



Carrera de Psicología

***Del Lugar de los Padres en la Construcción de la
Demanda de Atención Psicológica de sus Hijos: Una
Contribución desde el Psicoanálisis.***

Profesor Guía	: Maritza Quevedo R.
Metodólogo	: Álvaro Gainza V.
Profesor Informante	: Juan José Soca G.
Alumno(s)	: Simón Aranda R. Romina Oro L.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y
Título de Psicólogo

Santiago, Octubre de 2007

RESUMEN

La presente tesis trata sobre el lugar que ocupan los padres en la construcción de una demanda de atención para sus hijos que han sido derivados dentro de un Hospital Pediátrico de Santiago de Chile hacia la Unidad de Psicología. Los lineamientos teóricos de esta investigación están basados en la propuesta teórica de la escuela francesa de psicoanálisis, y se utilizó para la aproximación al fenómeno de estudio los métodos de la Investigación Cualitativa. Los actores que fueron abordados para la comprensión de esta temática son padres que al momento de la investigación tenían un hijo en tratamiento psicológico, así como también los psicólogos que trabajan en dicha Unidad. Se observa a partir de los resultados de la investigación un acercamiento a cómo ocurren los procesos de derivación hacia la Unidad de Psicología del Hospital, y el modo en que tanto padres como profesionales se ubican en dicho proceso.

Entre los hallazgos se pudo observar que los padres perciben ciertas conductas en sus hijos que los motiva a plantearse interrogantes sobre la normalidad de éstas, sin embargo al llegar a psicología no entienden de forma cabal el por qué de la derivación. En relación a lo expuesto por lo profesionales se aprecia que existirían dificultades dentro del proceso de derivación a Psicología donde el médico procedería desde su parecer no tomando en consideración el deseo de los padres y niños por ser derivados.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de forma especial a Georgina, mi madre, quien siempre ha estado junto a mí y me ha apoyado en todos mis sueños, también Carolina, mi hermana, quien a pesar de la distancia siempre ha estado presente, a René, mi padre que me enseñó el significado de la perseverancia y el verdadero sentido del estudio, a Simón mi novio, con quien ideamos este proyecto y me acompaña con su amor día a día, a mi familia en general que siempre me ha entregado su cariño y a mis amigos con los que miro el futuro con alegría. Dedico esta tesis a todos ellos.

Romina Oro.

Todo mi cariño y gratitud por lo que me han entregado va hacia a mi familia, para desde allí desplegarse hacia mis otras estrellas, entre las que resplandecen mi pareja, mis primos, tías, compañeros y los que han trabajado por la libertad de mi país.

Simón Aranda

INDICE

INTRODUCCION

Antecedentes y Planteamiento del problema.....	5
Formulación del Problema.....	11
Pregunta de Investigación.....	14
Aporte y relevancia de la Investigación.....	15

OBJETIVOS

Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17

MARCO TEÓRICO

Introducción.....	18
El niño en la historia.....	19
Psicoanálisis.....	29
Freud y la comprensión del niño.....	32
La constitución Psíquica.....	42
Necesidad, demanda y deseo.....	44

El psicoanálisis con niños: Cuestión de hijos y padres.....	51
Institución, interconsulta y demanda.....	59

MARCO METODOLÓGICO

Enfoque metodológico.....	69
Tipo de investigación.....	72
Diseño de investigación.....	73
Universo y Muestra.....	74
Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	77
Plan de Análisis de la Información.....	80

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Análisis Padres.....	81
Análisis Profesionales.....	131

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	150

BIBLIOGRAFÍA.....	161

ANEXOS.....	164

INTRODUCCION

Planteamiento Del Problema: Antecedentes

Una vez realizada la revisión de la literatura atinente a esta investigación se puede afirmar que no se han encontrado investigaciones que se refieran a la participación que los padres poseen en la construcción de la demanda de atención para sus hijos desde el enfoque psicoanalítico, visión desde la cual se plantea la presente investigación así como tampoco de la psicología en general, sin embargo, existen artículos de nuestro país y extranjeros que poseen una aproximación a la problemática a desarrollar. Para comenzar a plantear la problemática se expondrá el estado actual de las políticas de salud mental para la infancia para posteriormente presentar la información anteriormente señalada.

En el año 2000 el Ministerio de Salud de nuestro país por medio de la Unidad de Salud Mental crea el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el cual posee como objetivo:

Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus

metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (MINSAL, 2001, p.9).

Por lo tanto este plan traducido en políticas determina el modo de ejercer las acciones de salud mental en los centros de atención pública, proponiendo abordajes intersectoriales para su accionar con el propósito de crear estándares de intervención que apunten a: la promoción, prevención, detección temprana y reinserción social. De éste modo dichas políticas poseen relevancia concreta y para ello asignan una orientación de comprender la enfermedad en salud mental. Específicamente en el área de salud mental infanto-juvenil el ámbito donde se desarrolla la educación pre-escolar y escolar es concebido como un lugar fundamental para la acción intersectorial.

De acuerdo a lo expuesto por el MINSAL (2001) la permanencia habitual del niño que está cursando etapas claves de su desarrollo biopsicosocial en la escuela, a cargo de adultos capacitados y en convivencia con otros niños, ha demostrado ser un período de tiempo privilegiado para promover, proteger, detectar problemas, y realizar acciones de recuperación y rehabilitación, en conjunto con los sistemas sanitarios.

Es así como se comienza a pensar que los sitios en donde se desarrolla la educación formal son un privilegiado y primer lugar de encuentro entre el niño y la salud mental, según lo expuesto por el Ministerio de Salud.

Por otro lado, en dicho plan existen prioridades programáticas, en las cuales el niño aparece enmarcado dentro de los trastornos Hipercinéticos de la Atención, ya que conforme a las estadísticas de atención este trastorno es considerado uno de los principales motivos de consulta en los servicios de Psiquiatría, Neurología y Salud Mental Infantil en menores de 15 años.

Los mecanismos de ingreso para estos niños son: por intermedio de su familia o tutores, consulta por especialidad no psiquiátrica, desde el sistema escolar o por accidentes físicos atribuibles a su hiperactividad. Hasta este momento se observa como el diagnóstico y posible consulta se realiza mediante un otro que localiza en el cuerpo del niño ciertos rasgos que se hacen pensar en una categoría diagnóstica de hiperactividad, por ende la importancia al hablar de niño desde el Plan Nacional de Salud Mental está situada desde la caracterización de un cuerpo que no se puede contener, y que no responde a lo que la familia y principalmente las instituciones en tanto agentes evaluadores desean.

Dentro de los artículos nacionales encontrados en la revisión bibliográfica se encuentran un texto extraído del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile, específicamente de la Unidad de Psicoanálisis con niños y adolescentes titulado: “Demanda, contrato y transferencia reflexiones psicoanalíticas respecto a nuestro quehacer” y otro artículo extraído de la revista Castalia titulado “Clínica acto cultural”.

El primer artículo refiere que la demanda de atención en niños es una demanda socializada, aludiendo a un niño que en palabras de Marchant (2002) no ha sabido responder a lo que el cuerpo social le exige como modelo, es decir, no hace gozar al cuerpo social. Un niño que no puede adaptar su comportamiento, su inteligencia, sus emociones, por diversas razones el niño no puede acoplarse a lo que se espera de él. El ideal propuesto al niño, de inocencia o sumisión por ejemplo, se encuentra en peligro, el narcisismo depositado por los adultos hacia el mundo infantil se encuentra en riesgo. Con estos niños desviados se quiere restablecer el orden de las cosas con la reconducción hacia el ideal fijado por el Otro.

Se puede decir entonces que lo que acontece con el niño no ocurre a un nivel meramente familiar sino que la traspasa y su síntoma adquiere su estatuto en el contexto en que éste habla, juega, se instruye o rechaza hacerlo.

El siguiente artículo llamado “Clínica acto cultural” señala por medio de referencias históricas como el acto de educar dentro de la familia se trasladó desde el lugar de los padres al lugar del preceptor y médico salubrista, personajes que se caracterizan por contener un saber respecto a cómo educar a los niños en todo aspecto.

La idea principal del artículo es reflexionar en torno a cómo los padres han ido situando en otras personas el lugar de educadores de sus hijos, siguiendo a María Cristina Kupfer (2005) estos otros hablan desde un lugar político, en el que los

educadores tratan de educar pero en tal movimiento arrebatan a los padres su lugar de saber. La figura del preceptor se hace presente en esta nueva dinámica desde la instalación de la burguesía en la llamada familia moderna, figura que comienza a introducirse en las familias a modo de un sujeto que conoce lo que los otros desean y ostenta todas las respuestas a sus interrogantes “El preceptor entonces, podrá reocupar su lugar ahora indispensable junto a la naciente familia nuclear moderna, compuesta del padre, madre, hijo y el preceptor” (Kupfer, 2005, p. 70). Se plantea por lo tanto desde una mirada psicoanalítica otra posible relación entre el tratar y el educar.

La discusión sobre la intersección entre el tratar y el educar permitirá situar el debate sobre la clínica pensada como acto cultural, por lo menos desde una cierta mirada que no da por examina los supuestos sobre los que se erige la técnica clínica. Por medio de ésta será posible demostrar que la clínica o el tratamiento mental de los niños, fue propuesto históricamente como un acto político, que el psicoanálisis buscará transformar en un acto cultural (Kupfer, p. 69 - 70, 2005)

Lo que proyecta Kupfer (2005) es resaltar la diferencia desde lo que Freud planteó entre la educación ideal y el ideal de educación. La educación ideal por un lado hablaría de un mandato imaginario que entrega respuestas a todo, es decir, habla del lugar del preceptor y por ende no cede espacio para la creación, para que surja el deseo, desde esta mirada el niño que no aprende desde los ideales educativos es el que necesita tratamiento. En contraposición el ideal de educación al surgir desde un

orden simbólico abre la oportunidad a la palabra del sujeto ya que se articula mediante una demanda enigmática.

Supone un sujeto del Inconsciente y no se entrega a la normalización, lo que permite un tratamiento en el cual se escucha justamente, lo que escapa en ese sujeto a lo educable como norma, o simplemente de lo educable como intento de domesticación del goce. (Kupfer, p. 75, 2005)

Entonces al hablar del estado de salud mental del niño en las políticas públicas chilenas se observa que el niño que es tomado para atención es aquel que no responde al ideal de educación, distinción que es efectuada por medio de los organismos encargados del educar, es decir, desde fuera de la familia, por lo que el saber de las Instituciones, sean hospitales o colegios se presenta de modo omnipotente ante los padres detentando un conocimiento que a los padres les es ajeno, encontrándose actualmente éstos en una situación en la que otorgan a otros las facultades de signar a sus hijos.

Formulación del Problema

Las estrategias de Salud Mental del Ministerio de Salud hablan de una demanda de atención para niños originada y pensada desde un lugar político, lugar que encarnan las Instituciones, donde estas se aplican a otros de una manera predeterminada relegando a la persona a una posición de receptor en dicha operación.

La demanda desde esta mirada puede ser entendida como un imperativo para el sujeto, a modo de inclusión en la que se pierde y omite su deseo de participar, por el contrario desde la teoría que enfoca esta investigación la demanda es entendida desde el deseo de ese otro, la persona, por abrir un campo de reflexión.

En el caso de los niños se aprecia que estos generalmente son derivados de otras Instituciones que le han caracterizado, entonces cuando un niño llega a psicología por medio de la derivación se pueden plantear ciertas interrogantes respecto a quién esta demandando el trabajo que ha de comenzar ese niño. Un niño rara vez expresa de manera directa la demanda de asistir a un tratamiento psicológico.

Es raro escuchar que un niño le diga a sus padres "hoy deseo ir a ver al psicólogo". La primera derivación al psicólogo -en muchos casos, sin ser necesariamente la mayoría- no viene de los padres, quienes identificarían un

sufrimiento en su hijo e identificarían en el psicólogo la posibilidad de salida de éste. (Marchant, 2003).

Se puede hablar que la entrada de un niño a la clínica se produce por una demanda que va más allá de su palabra, es decir, existen otros actores que designan su padecer y al nombrarlo responden a cuestiones referentes a un llamado cultural.

Kupfer (2005) plantea que los tratamientos mentales de los niños entran en escena cuando se supone que la educación falló. La psicopatología infantil es en éste contexto, sobre todo, un discurso ideológico, dictado por intereses políticos, sobre cómo debería haber sido y no fue la educación familiar del niño.

En la clínica con niños los padres son quienes aparecen acompañando el proceso terapéutico, tal situación los coloca en un lugar fundamental para la comprensión de cómo estos piensan el trabajo que su hijo inicia en psicología. Los padres son comúnmente quienes decidirán si su hijo permanecerá en psicoterapia, sin embargo, se puede apreciar que actualmente los padres se han desligado en cierta medida de las funciones que culturalmente se entiende que deben efectuar, siendo el colegio el principal medio de educación de los hijos y los profesionales de salud mental los encargados de entender que le ocurre a ese niño, se puede desprender entonces que las Instituciones han abarcado espacios que antes eran predominio de éstos.

La idea de que los padres han ido depositando en otros su propio saber puede ser reflejada de una manera histórica. En la época moderna con el asentamiento de la burguesía se dio paso a distintas transformaciones en la familia, donde la educación quedó reservada a la figura del preceptor. Esta figura queda plasmada en el libro “Emilio” escrito por Rousseau en el que se observa como la naciente familia nuclear burguesa empieza a necesitar de otras personas para realizar la educación de los niños.

Por otro lado en la mitad del siglo XIX en Latinoamérica se evidencia la aparición del movimiento salubrista, movimiento que de la mano del Estado comienza a gestionar políticas para dar respuesta a aquellos padres que no pueden frenar la alta mortandad de sus hijos, medidas que no pasan meramente por métodos de higiene o prevención de enfermedades en los menores, sino que da cuenta de una forma de educación. De esta forma los padres en tanto sujetos que educan, cuidan y responden a lo que sus hijos necesitan, comienzan a ser remplazados en tales funciones por el equipo de médicos salubristas. Son ellos por lo tanto los que conocen lo que necesita ese otro, el niño, para estar en plenitud.

Si bien presentemente la figura del preceptor y de los médicos salubristas no se observa de forma manifiesta, existen modos de actuar de muchos profesionales sean estos médicos, profesores, psicopedagogos e incluso psicólogos que recuerdan su operar, ya que al relacionarse con el niño lo transforman en un objeto sobre el cual

se debe decidir lo que requiere, sin incorporar en su operar el deseo de éste y sus padres.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto surge la interrogante respecto a cómo en éste escenario los padres participan del proceso de atención psicológica con sus hijos, dado que aparecen despojados de un saber el cual es desplazado a las Instituciones y los sujetos que en ella actúan.

Desde acá la interrogante que guiará nuestro estudio es:

¿Cuál es el lugar de los padres en la construcción de la demanda de atención psicológica para sus hijos derivados hacia la Unidad de Psicología de un Hospital Pediátrico de Santiago de Chile?.

Aportes y Relevancia de la Investigación

Considerando que no existen estudios en nuestro país referentes al lugar de los padres en la construcción de demanda de atención desde la mirada psicoanalítica, esta investigación puede aportar información importante en relación a la reflexión que una vez obtenidos los datos se puede realizar y por ende, abrir un espacio para futuras investigaciones en este plano u otro similar.

Por otro lado la información obtenida puede ser entregada no solamente a psicólogos interesados por la mirada psicoanalítica sino que también a otros profesionales de la Salud Mental ya que esta investigación habla además del lugar que las instituciones confieren al niño y su tratamiento, por ello otra de las contribuciones que puede entregar esta investigación está dada también como una forma específica acerca de cómo pensar la clínica infanto juvenil.

Por medio de las herramientas y conceptos entregados desde el psicoanálisis esta investigación está motivada principalmente por buscar y exponer cuál es el lugar de los padres en la demanda de atención de sus hijos, donde conceptos tales como lugar del los padres, lugar del niño, institución y demanda serán los puntos que anudarán la reflexión. Reflexión que a juicio de los investigadores marca una diferencia partiendo desde la premisa “niño como sujeto en constitución” y al ser esta investigación de tipo cualitativa la relevancia estará dada en la búsqueda de la

singularidad del fenómeno, recogiendo la palabra del actor involucrado en dicho proceso.

Entender el lugar que los padres ocupan en una Institución origina un espacio en el que se abre la posibilidad como psicólogos de comprender como las Instituciones, en este caso un hospital, despliega su saber hacia sus pacientes, reflexión que resulta importante en la práctica como psicólogos dentro de un sistema de salud público ya que nos permite acceder al momento previo a la llegada de los pacientes a psicología, es decir, la comprensión del proceso de derivación.

Es por tanto el deseo de esta investigación apostar por el sujeto, en su ámbito subjetivo y recuperar su discurso.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Comprender el lugar de los padres en la construcción de la demanda de atención psicológica para sus hijos derivados hacia la Unidad de Psicología de un Hospital Pediátrico de Santiago de Chile.

Objetivos Específicos

- Indagar desde el discurso de los padres acerca del proceso de derivación de sus hijos a la Unidad de Psicología.
- Indagar mediante el discurso de profesionales sobre la participación que los padres tienen en el proceso de derivación de sus hijos hacia la Unidad de Psicología.
- Percibir los significados que los padres le confieren al tratamiento psicológico de sus hijos.
- Conocer la implicación de los padres respecto al tratamiento psicológico de sus hijos.

MARCO TEORICO

Introducción

La presente investigación tiene como orientación la propuesta teórica del psicoanálisis y dentro de esta los planteamientos de la escuela francesa respecto al psicoanálisis de niños. Se considera por lo tanto importante exponer las primeras ideas o bases en las cuales se comienza a gestar el psicoanálisis con niños, es decir, los aportes de Sigmund Freud como fundador del psicoanálisis y posteriormente la escuela francesa de psicoanálisis. Sin embargo para comenzar es fundamental realizar un recorrido sobre la articulación entre el niño y la historia, para así devenir en la reflexión y postura desde el psicoanálisis sobre qué es un niño.

Asimismo al realizar la investigación en una Institución de Salud Pública como lo es un Hospital de niños se abordarán conceptos tales como: Institución, demanda e interconsulta en relación a los profesionales, padres y niños pensados desde la perspectiva anteriormente citada.

El principal argumento para tomar ésta mirada se basa en las posibilidades que entrega para abordar la clínica infantil y la explicación que otorga al surgimiento del psiquismo en los seres humanos, ahondando en la articulación que se produce entre el sujeto y su cultura para devenir en un ser social. De acuerdo a ello se puede pensar en un sujeto social poseedor de una riqueza anímica que es posible de ser

interrogada mediante la utilización de conceptos que la desplieguen y asimismo de una perspectiva pertinente para comprender el cómo los padres y/o cuidadores se involucran en el terapia psicológica de sus hijos. Optar por esta mirada nos compromete como investigadores en la misión de decidir respecto a un modelo teórico que incluya tanto al contexto social como al sujeto que en éste surge, considerando al psicoanálisis con sus aportes teóricos y clínicos como una mirada enriquecedora al momento de comprender las dinámicas que dan como resultado lo que comúnmente se considera enfermedad en salud mental.

El Niño y La Historia: Una Construcción

Pensar la infancia como un lugar posible es una visión que se ha ido formando durante la historia, la cual es factible de ser observada mediante el examen de registros visuales como lo son las pinturas, esculturas y/o registros escritos pudiéndose establecer un recorrido en relación a ésta y cómo es que llega a tener existencia.

Se tomará principalmente en este apartado los aportes que el historiador francés Philippe Ariès (1973) en su texto “El niño y la vida familiar en el antiguo régimen” entregó mediante su trabajo en relación a cómo la infancia comienza a ocupar un lugar en el imaginario colectivo, investigación que se basa principalmente en el estudio de obras de arte realizadas entre los siglos XI hasta el XVIII.

La idea de Ariès en palabra de Jorge Rojas, historiador chileno era “reconstruir el origen de la brecha que había distanciado a padres e hijos y delimitando un espacio propio y privativo para los niños, y asignando un rol controlador a la familia y a la escuela” (Rojas, 2001, p.7)

Ariès plantea que hasta el siglo XVII no existía en el arte medieval algún registro que personificara la infancia de una manera real, si bien se han encontrado pinturas del siglo XI relacionadas con el evangelio que muestran una representación de los niños, éstas los personifican como cuerpos reducidos de un adulto, es decir, no existía ninguna diferencia o característica que distinga la adultez de la infancia. Una situación similar se evidencia en cuadros de los siglos XII y XIII en los que se muestra la desnudez del niño todavía mediante una forma reducida del cuerpo de un adulto, es decir, se enseña a un niño con pectorales marcados hecho personifica a un cuerpo adulto y no infantil.

Entonces a partir del siglo XIII en la Edad Media el niño aparece representado pero no como una imagen real de éste, ante ello se puede plantear la pregunta ¿Qué noción de niño se tenía en esa época si la representación de éste no lo designa en su singularidad?, y al no ser observado en su singularidad ¿Cómo es la relación existente?, ¿Cuál es el lugar otorgado?. Pero tratemos de ir respondiendo éstas interrogantes siguiendo el curso que Philippe Ariès expuso en su texto.

Es desde el siglo XV con el arte italiano en donde se comienza a observar de una manera más nítida el origen de un sentimiento en torno a la infancia, captado principalmente por la ternura que la madre demuestra hacia sus hijos.

En palabras de Ariès (1973) el sentimiento cautivador de la pequeña infancia se reserva al Niño Jesús hasta el siglo XIV cuando, como es sabido, el arte italiano contribuirá a desarrollarlo y a extenderlo, apareciendo vinculado a la ternura de la madre.

En los siglos XV y XVI la iconografía religiosa se comienza a separar de la laica y por medio de dicha distancia se pueden observar la aparición de nuevas representaciones de la infancia, las cuales muestran a los niños y la infancia en relación a otros, es decir, los niños son retratados en imágenes junto a los adultos en escenas de la vida cotidiana: en la casa, el trabajo de los padres, reuniones sociales, etc.

Bajo este punto Ariès afirma que en éste tiempo el mundo de los niños y de los adultos no se encontraba separado como lo está actualmente, es decir, ambos participaban activa o presencialmente de las actividades del otro. El punto anterior resulta singularmente interesante de analizar, ya que se puede ver la existencia de un desplazamiento a través de la historia de los lugares que el niño puede ocupar, por ejemplo actualmente vemos como los niños nuevamente comienzan a participar de las actividades de los adultos, lugar que se tornaba imposible hace un tiempo atrás.

Las efigies funerarias también son tomadas por el autor como un registro mediante el cual se puede dar cuenta de la historia de la infancia, en el siglo XV el niño aparece retratado en las efigies funerarias de sus profesores, no así en la propia o en la de sus padres. Hasta el siglo XVI en las efigies funerarias los retratos de niños sin que apareciese la figura de sus padres eran muy escasos, solamente a partir del siglo XVII comienza a hacerse numerosos los retratos individuales de niños, sin la aparición de otros personajes. El niño comienza en este siglo a ser modelo preferido de pintores, escribiendo estos el nombre y edad del niño tal como lo hacían con los retratos de adultos. La costumbre de poseer retratos de los hijos solos o junto a su familia se aprecia desde el siglo XVII hasta el siglo XIX, pese a la reciente aparición de la fotografía como otro medio de plasmar el retrato de los sujetos dicha técnica se mantuvo.

Una de las hipótesis fundamentales que Ariès formula como resultado de su estudio, es que desde antes del siglo XVII la infancia no era considerada como un momento de la vida que mereciese un trato especial, idea que se basa principalmente en la existencia de una alta tasa de mortalidad que sufrían tanto madres como hijos al momento del parto o posteriormente a este, lo que provocaba dificultades en la relación materno-infantil tornando complejo el establecimiento de un apego entre ambos.

Sin embargo y desde el siglo XVIII se comienza a construir un sentimiento en relación a la infancia, sentimiento bifronte en palabras de Ariès, el que mezcla la

ternura con la severidad. La pregunta que se puede plantear respecto a la hipótesis que Ariés entrega es ¿Cómo es posible otorgar un lugar a lo infantil si dicha esfera no se constituye por medio de una relación entre la madre y el niño?

“El siglo XVIII es el punto angular para la formación en Occidente de una "esfera" infantil. Separados trabajo y vivienda, a la infancia se le asignan espacios propios donde permanecer. Surgen los cuartos de los niños y las plazas de juegos, así como una vestimenta particular que diferencia más nítidamente edades y también a las niñas de los varoncitos. Comienza la masificación de los juguetes y el auge de una literatura específicamente infantil” (Vasen, 1994, p.105)

Se distinguen por lo tanto dos períodos a lo largo de la historia respecto al lugar de la infancia y por lo tanto en relación a los niños y su familia, períodos denominados como: sociedad Tradicional y sociedad Moderna.

En la sociedad tradicional la familia no cumple una función afectiva, ya que el amor es considerado como un sentimiento innecesario de ser expresado al interior de ésta y por lo tanto su expresión se torna mínima, en los niños la demostración de los afectos se esgrime de forma superficial, “se les veía como animalitos graciosos útiles para mimar, pero su presencia no era significativa” (Rojas, 2001, p.7)

La familia bajo esta caracterización no desempeñaba una función socializadora para con los niños, ya que el aprendizaje se realizaba en la comunidad. En esa época la familia participaba de una vida colectiva.

Decir que no existe en esta época un sentimiento en torno a lo infantil no significa que los niños estuviesen descuidados o abandonados, sino que apela a una forma de vida en la cual existe afecto hacia los niños, pero no una conciencia en torno a las necesidades particulares que poseen a diferencia de las de los adultos.

A diferencia de la sociedad tradicional en la sociedad moderna la familia comenzó a gestarse como un espacio privado tanto para la socialización como para el aprendizaje, y es bajo este tipo de sociedad que el niño comienza a ser educado mediante instituciones específicas emergiendo la escuela como un lugar privilegiado para la educación, mediante ésta nueva forma de vincularse en lo social es como se comienzan a separar el mundo infantil del mundo adulto, los padres se repliegan en la esfera del trabajo y los niños aparecen como seres que necesitan ser educados.

Ariès (1973) plantea bajo este punto que la escolarización acontecida en dicha época equivaldría al encierro de locos, prostitutas y pobres. ¿Por qué éste autor equipara estos hechos?, ¿Qué de similar tendrán entonces los locos, las prostitutas, los pobres y los niños?. A modo de aproximación se puede plantear que todos estos personajes son sujetos sin palabra, sin decisión, personajes a los cuales otros designan el lugar donde deben estar y que es lo que se debe hacer con ellos, personajes que

representan un malestar para la sociedad, los niños por lo tanto ¿también representarían un malestar en esta época?.

De este modo en la sociedad moderna se comienza a pensar y dar un lugar a los niños, siendo principalmente los moralistas quienes comienzan a interesarse en la infancia implementando mecanismos de protección ante ellos, el control por lo tanto se hace presente en el nuevo escenario, la libertad de la cual en la época medieval los niños gozaban comienza a ser manejada y modelada.

De la gran casa feudal llegamos este hogar-nido, un remanso de paz, pero también de intrusión. La presión de la socialización comienza a abarcar todas las expresiones vitales del niño y determina así, en última instancia, las reglas de decencia que convienen. (Vasen, 1994, p.105).

Mediante la búsqueda del lugar que ocupaba la niñez en la sociedad se llega a la conclusión de que si bien en la sociedad tradicional el niño no ocupaba un lugar definido, con la llegada de la sociedad moderna este lugar comienza a aparecer pero bajo estatutos de dominación, emergiendo principalmente la escuela y las Instituciones educativas como lugares en donde la familia puede ceder la instrucción de sus hijos, comenzando los niños a ser modelados en relación al dictamen de la moral, es decir, a reglas que dictaminan que es lo correcto o incorrecto de realizar en la sociedad.

Como se planteaba anteriormente respecto a una posible articulación entre el encierro de pobres, prostitutas, locos y los niños, podemos acercarnos aún más a una respuesta, la relación que tienen con la moral dictaminaría esa concordancia, dado que todos estos personajes desconocerían lo moralmente correcto de efectuar en una sociedad, por lo tanto los niños se ubican al igual que los otros personajes como seres que necesitan de un otro para que se les enseñe y frene sus instintos como promulgan los moralistas.

Esta nueva visión remonta a los escritos del médico y pedagogo alemán Paul Schreber, padre de Paul Daniel Schreber personaje que Freud utilizó para explicar por medio de sus memorias el mecanismo de la paranoia. Manonni (1988) en su texto “La Educación Imposible”, plantea como la figura de Paul Schreber encarna lo que la Institución escolar y mental comienzan a desarrollar en los sujetos, posicionando al médico y a los educadores en un lugar de saber omnipotente, saber que sobrepasa el deseo del otro, en palabras del autor una misión civilizadora, en la que se comienzan a imponer reglas de vida.

Schreber padre personifica un saber que ha de ser depositado a un otro, sin embargo y para que ocurra tal operación resulta necesario que aquel otro asuma el lugar de saber de éste, y por lo tanto validarlo como un sujeto con saber supremo, adquiriendo una posición de sumisión donde el sujeto se entrega a ese otro. Desde aquí no resulta azaroso que los principios educativos que promulgaba guardan

relación con que el niño debe aprender de forma precoz el arte de la renuncia y el adulto debe adquirir el dominio sobre las tendencias y cuerpo del niño. La fórmula de Scheber habla de un tipo de pedagogía que hasta el día de hoy se manifiesta, pedagogía que no sólo se acota a lo escolar, sino que también traspasa hacia otras esferas de lo social.

En relación a lo anterior se puede proponer que existen dos deseos, el deseo del alumno por aprender y el deseo del maestro porque el alumno aprenda, sin embargo al limitar lo que el alumno debe y le es permitido aprender se pierde en este mandato el deseo del sujeto transformándose en alumno. Muy parecida resulta entonces la relación entre un terapeuta o un médico que cree saber lo que el otro necesita para aliviar su sufrimiento.

Desde ese nuevo escenario nos podemos preguntar ¿Dónde se ubica la figura del niño?.

Tomando lo expuesto por Jean-Jacques Rousseau en su texto Emilio (1762) se puede comenzar a responder esta interrogante, en este texto Rousseau habla del lugar del preceptor, personaje que sin proponérselo establece una dinámica con su educando en la cual se van acotando las posibilidades de acción de éste, hecho que se pone de manifiesto cuando el antiguo educando se convierte en padre, en un padre imposibilitado de establecer una relación con su hijo que dé como resultado la

educación. Pero ¿Qué ocurrió con ese niño?. Con la sociedad moderna y la instalación de la nueva familia burguesa otros personajes entraron en escena, como lo es el preceptor, a quien los padres confirieron la educación de sus hijos como se observa en el Emilio de Rousseau. Los niños comenzaron a ser educados bajo un ideal, ubicándolos como personas que necesitan de otros, que no son los padres para habilitarlos en la convivencia en lo social. Con Rousseau se comienza a pensar en una nueva educación, creando un nuevo concepto de niño, donde el papel de el preceptor no debe ser el de dar respuestas a los niños sino ser una guía para que este sienta por si mismo el deseo por aprender.

Aquel niño descrito por Ariès que participaba de las actividades de los adultos y que se educaba en la sociedad comienza a ser lenta y progresivamente tomado por las Instituciones promoviéndose la separación de los espacios, espacios que en un momento fueron colectivos.

La familia por lo tanto ha pasado a ser más pública que privada, en donde las Instituciones, a decir, Escuela, Hospital y Estado se han ido posicionando de funciones que antes sólo incumbían a ella, reemplazándolas en su lugar

Después de este recorrido realizado en torno al lugar del niño en la historia podemos comenzar a plantearnos ¿Qué de aquellos tiempos aún se conserva?. Si bien actualmente no observamos el fomento de políticas como las dictaminadas por

Schreber, aún existen en nuestra sociedad métodos de enseñanza cuyo fundamento implícito es el de concebir al niño como un objeto que se ha de colmar, sin detenerse en considerar al deseo de éste por querer aceptar dicha posición, despojándolo de su deseo.

Psicoanálisis

Hablar de psicoanálisis nos remite a la noción de inconsciente, de un inconsciente particular que dista del conocimiento o representación popular que lo sitúa frecuentemente a la par con la palabra subconsciente u otras similares, hablar del inconsciente desde el psicoanálisis consigna en definitiva hablar del inconsciente descubierto por Freud, en tanto espacio psíquico que difiere de la conciencia pero que se encuentra ligado a ella. Al ser una dimensión distinta de la conciencia el acceso a su existencia de forma directa se muestra velada, haciéndose apreciable sólo por medio de sus productos y/o formaciones que aparecen en lo cotidiano, es decir, por medio de: actos fallidos, sueños, lapsus, chistes, síntomas, etc., por lo tanto el conocimiento del inconsciente nos es graficado mediante expresiones que alcanzan la conciencia. Ciertas insuficiencias de nuestros funcionamientos psíquicos -cuyo carácter común denominaremos a continuación mas precisamente- y ciertos actos aparentemente intencionados se demuestran motivados y determinados por motivos desconocidos de la conciencia, cuando se los somete a la investigación psicoanalítica” (Freud, 1904, p. 258).

El psicoanálisis propone no solamente la existencia de un inconsciente admisible de ser reconocido, demostrando con ello su eficacia sobre todo en el caso de los síntomas, sino que postula además que dicho espacio psíquico posee características particulares en su modo de operar, entre dichas leyes que le confieren un dinamismo se encuentran: ausencia de cronología, por ello hechos que acontecieron en edades tempranas del sujeto pueden tener presencia en su adultez y permanecer vigentes en el inconsciente, es por tanto atemporal permitiendo la coexistencia de lo pasado y presente del sujeto, no posee principio de contradicción por lo que representaciones de valores opuestos entre sí pueden estar vigentes al mismo tiempo sin producir conflictos como lo harían en la conciencia, por último, el inconsciente se encuentra regido por el principio del placer, es decir, busca de forma imperativa la consecución de los deseos sin tratar en su tarea con las posibilidades a los que la realidad le confronta.

A estas características se suman las del proceso primario, forma elemental de funcionamiento que se rige por la actuación de la condensación y el desplazamiento. La condensación se puede entender como la sumatoria de diversos elementos que poseen rasgos comunes entre sí y que al agruparse forman una sola y nueva representación psíquica que posee características de todas las anteriores, y por otro lado el desplazamiento, que es la movilización de una carga psíquica desde una representación psíquica hacia otra vinculada a la anterior con conservación de su valor.

Freud (1901) en su texto *La Interpretación de los Sueños* señala que mediante el análisis del contenido latente de los sueños se observa que estos son la realización de un deseo, y que para que estos accedan a la conciencia han debido ocurrir procesos de desfiguración onírica, han debido de atravesar una especie de censura que les haga posible expresarse y al mismo tiempo requieren de la interpretación para que se haga explícito su designio en tanto cumplimiento de un deseo, ello quiere decir por una parte que existen mecanismos que actúan sobre el contenido de los sueños, los de desplazamiento y condensación, y por otro lado que para que accedan a la conciencia han de sortear una censura producida por todo aquello del deseo que pueda causar displacer al sujeto, como por ejemplo su desenfado ante lo moral, pero más aún se nos formula que el contenido del inconsciente son representaciones reprimidas, que el inconsciente no sólo difiere de la conciencia por sus características, modos de operar y separación de la conciencia sino también porque sus contenidos son representaciones confinadas de la conciencia por medio de la represión, dado que su exposición e influencia sobre la conciencia sobrevendrían en un conflicto para el sujeto, en suma, en displacer.

Es por medio del estudio de las formaciones del inconsciente, como lo es el sueño, que se afirma desde el psicoanálisis que hay un más allá de la conciencia, infligiéndose con ello una herida narcisista al sujeto en tanto rebasa la idea de que posee gobierno absoluto de sí por medio de su racionalidad, pues deja expuesta el desconocimiento de la persona sobre su vida anímica y las voluntades que organizan su proceder.

Comprender los procesos con los cuales Freud entendió como se conforma un sujeto y cuales son las leyes que operan en el inconsciente nos otorga la posibilidad de entender al sujeto adulto que llega a la clínica, sin embargo no podemos desconocer que todos éstos procesos que devienen en lo subjetivo comienzan a desarrollarse en etapas tempranas del sujeto, incluso como dice Lacan desde antes de que éste hable. Ante lo cual se torna esencialmente prioritario articular como es que Freud comienza a pensar sobre lo infantil.

Freud y la comprensión del Niño

Para comenzar a esbozar y articular el marco teórico sobre el cual se pensará esta investigación se considera necesario realizar un recorrido que exponga el modo en que ha sido tomada la noción de niño por el psicoanálisis, por ello resulta inevitable remitirnos al aporte que Freud hizo en éste ámbito e inicialmente a fin de especificar lo que este autor pensó respecto a la infancia se ha de exponer elementos conceptuales que esta teoría forjó.

A través de la experiencia obtenida mediante sus observaciones en pacientes neuróticos e histéricos sumado a las manifestaciones de la sexualidad adulta Freud comienza a cuestionarse si éstas manifestaciones guardarían algún tipo de relación con lo acaecido en la infancia del sujeto, dado que mediante lo recogido en la experiencia analítica los pacientes exponían de manera recurrente escenas que

hablaban de su infancia las cuales eran plausibles de ser ligadas a su presente, de esta manera Freud se interesó por el estudio de los primeros años de vida del sujeto pues allí encontraría la génesis de la sintomatología que sufría en su presente, así como también una explicación del comportamiento sexual en el adulto.

De este modo, nuestro interés se dirige a la vida sexual del niño; estudiaremos el juego de influencias en virtud del cual el proceso de desarrollo de la sexualidad infantil desemboca en la perversión, en la neurosis o en la vida sexual normal. (Freud, 1905, p.156)

El interés de Freud en otras palabras remitía a la constitución psíquica temprana del sujeto la cual se desarrolla en la infancia, es decir en la niñez, y caracterizó la disposición de éste como perversa polimorfa en la medida en que el niño en un primer momento dirige sus impulsos sexuales hacia cualquier objeto, de una manera desorganizada y por ende sin represión. Lo que se destaca en este punto es el descubrimiento que Freud hizo sobre la existencia de una sexualidad infantil la cual deviene por medio de un complejo proceso de desarrollo en la sexualidad adulta. Pensar a los niños como individuos sexuales fue un hallazgo fundamental en la obra de Freud ya que desde este momento se comienza a hablar de la existencia de una sexualidad infantil.

Freud (1905) señala que la pulsión sexual del adulto engendra una aspiración con una única meta sexual mediante la composición de múltiples mociones de la vida infantil en una unidad.

Entonces bajo esta premisa nos podemos preguntar ¿Qué noción existía respecto a la sexualidad y lo infantil antes del descubrimiento que Freud realiza?

En el tiempo en que Freud comienza a trabajar sobre éste tema imperaba la creencia de una inexistencia de la sexualidad en la infancia, negligencia de lo infantil, la cual sólo aparecería de forma repentina en el periodo de pubertad, más aún, Freud plantea que muchos autores para dar cuenta de la sexualidad en el adulto buscaron evidencias en los antepasados más que en la niñez del sujeto, lo que da cuenta de una primacía por la búsqueda en la herencia y ignorando así la vida infantil del sujeto, remitiéndose a ésta sólo en términos curiosos y excepcionales como al hablar de la actividad masturbatoria por ejemplo.

Los educadores...se conducen como si compartieran nuestras opiniones acerca de la formación de los poderes de defensa morales a expensas de la sexualidad, y como si supieran que la práctica sexual hace ineducable al niño; en efecto, persiguen como “vicios” todas las exteriorizaciones sexuales del niño.... Ahora bien, nosotros tenemos fundamento para interesarnos en estos fenómenos temidos por la educación, pues esperamos que ellos nos esclarezcan la conformación originaria de la pulsión sexual. (Freud, 1905, p.62)

De acuerdo a ello Freud realiza un planteamiento crítico en relación a cómo hasta ese momento la sexualidad infantil se había situado en la sociedad, lugar que al emerger desde el velo de la moral restringía los espacios a su comprensión en la medida en que se atravesaba con la tarea de ejercer una educación basada en la imposición de un deber ser del niño basados en ideales.

El término amnesia infantil como fenómeno psíquico, se forjó con el fin de explicar por qué el individuo rara vez puede dar cuenta de la sexualidad ocurrida en su infancia, imposibilidad atribuible a la educación recibida como también a un proceso psíquico. Esta amnesia de la cual nos habla Freud debe ser considerada en el sentido de que todo hecho ocurrido durante nuestra vida, en este caso en la infancia, no deja de tener presencia, por lo tanto dejará huellas mnémicas en nuestro aparato psíquico y determinaría el ulterior desarrollo del sujeto.

No puede tratarse, pues, de una desaparición real de las impresiones infantiles, sino de una amnesia semejante a la que observamos en los neuróticos respecto a vivencias posteriores y cuya esencia consiste en un mero apartamiento de la conciencia (represión). (Freud, 1905, p.159)

Freud al comenzar a estudiar las manifestaciones sexuales infantiles empieza de forma conjunta a caracterizar distintas etapas del desarrollo en el niño, las que

conceptualizó como: oral, anal y genital o fálica, cuya diferencia se basa según el área corporal que sirva como fuente de satisfacción al sujeto.

Dentro de los hallazgos encontrados en las manifestaciones de la sexualidad infantil Freud observó la conducta de succión del dedo pulgar en los niños, considerándolo como una de ellas, la cual posteriormente asoció como una labor característica de la fase oral. El chupeteo que aparece principalmente en bebés está asociado generalmente a una acción que permite conciliar el sueño la que puede continuar hasta la vida adulta. El chupeteo en palabras de Freud (1905) consiste en un contacto succionador rítmicamente repetido y verificado con los labios, acto al que falta todo fin de absorción de alimento. El chupeteo por lo tanto, se puede definir como una acción con finalidad autoerótica en el niño, quien no necesariamente necesita de otros para lograr tal satisfacción sino que se sirve de sí mismo para tal efecto, por lo tanto se considera como una manifestación sexual autoerótica del niño.

En el chupeteo o el mamar con fricción hemos observado ya los tres caracteres esenciales de una exteriorización sexual infantil. Esta nace apuntalándose en una de las funciones corporales importantes para la vida; todavía no conoce un objeto sexual, pues es autoerótica, y su meta sexual se encuentra bajo el imperio de una zona erógena. Anticipemos que estos caracteres son válidos también para la mayoría de las otras prácticas de la pulsión sexual infantil. (Freud, 1905, p.165 – 166).

Del ejemplo de la succión se comienza a pensar en las zonas erógenas como lugares corporales de satisfacción, (epidermis o mucosas) donde las pulsiones sexuales tendrán sus destinos y por lo tanto al estimularlas emergerá el placer. Las zonas erógenas por lo tanto, pueden estar determinadas a una parte del cuerpo, como lo es el chupeteo sin embargo Freud explica que también pueden estar asociadas a cualquier parte de la piel que después del recorrido que realiza el bebe logra ser focalizada como zona erógena. “El niño chupeteador busca por su cuerpo y por acostumbramiento, este pasa a ser su preferido” (Freud, 1905, p.166).

Respecto a la etapa anal esta se encuentra ligada a la acción de una retención de las heces por parte del niño, encontrándose la existencia de una satisfacción producida en el juego de retención y expulsión, acción que puede ser de índole masturbatoria otorgando placer al niño, más aún las acciones realizadas en esta fase hablan del control que el niño esta experimentando sobre su cuerpo y la existencia de una incipiente dualidad dentro/ fuera en el niño. Esta zona erógena por otro lado, puede quedar fijada en la edad adulta como sería el caso de pacientes neuróticos que sufren de trastornos intestinales.

Tanto la etapa oral o caníbal, donde la actividad sexual no se encuentra separada de la actividad alimenticia, como la sádico anal donde la actividad se representa por el instinto de aprehensión, serán caracterizadas como organizaciones pre- genitales de la libido. Las organizaciones pre- genitales serán entendidas como

aquellas organizaciones de la vida sexual en las cuales las zonas genitales no han asumido todavía a un papel predominante.

En continuación a las anteriores etapas descritas se sitúa la denominada etapa fálica, en este momento del desarrollo libidinal del niño comienza a gestarse un predominio de lo genital, si anteriormente las pulsiones eran parciales en esta etapa se comienzan a aunar en torno al área genital, lo cual llegará a su asunción en la pubertad.

Es mediante la exploración que realiza el niño de sus genitales que esta zona se torna la principal fuente placer, donde la masturbación posee un lugar fundamental tanto en la excitación como en el conocimiento del cuerpo, conocimiento que ha comenzado a gestarse en las etapas anteriores del desarrollo sexual pero que en este momento se subordina a los genitales y es bajo este nuevo interés que demuestra el niño en sus propios genitales y en el de los otros que en esta etapa despierta un deseo de saber, principalmente asociado al interés por parte de este en relación a la diferenciación de los sexos. La etapa fálica, remonta a las preguntas que el niño se hace respecto a la tenencia o no del falo, es por lo tanto en este momento que el niño comienza a entrar en el complejo de Edipo y por ende aparecen las fantasías referidas a la castración.

Una vez terminado este proceso el niño ingresará a un estado de latencia, donde sus deseos sexuales están aminorados y apagados hasta su exuberante

aparición en la pubertad, la cual dará comienzo a la última etapa del desarrollo sexual.

En dicho momento todas las zonas parciales se subordinan a la primacía de la zona genital, por lo que se puede decir que aparece un nuevo fin sexual que determinará diferentes funciones en relación a los sexos.

La nueva meta sexual consiste para el varón en la descarga de los productos genésicos: En modo alguno es ajena a la anterior, al logro de placer; más bien, a este acto final de proceso sexual va unido el monto máximo de placer: La pulsión sexual se pone ahora al servicio de la función de reproducción; se vuelve por así decir, altruista. (Freud, 1905, p.189).

En este recorrido Freud para exponer cómo se logra la asunción de una sexualidad considerada normal, en relación a su elección de objeto, indaga en la prehistoria del sujeto para comprender los mecanismos que en él operan y así afirma que existe un desarrollo sexual que es conforme a la libido y sus objetos destinatarios, que son en un principio autoeróticos, y cuya gestación se encuentra en la infancia revelando a un niño que posee riqueza anímica y que lleva en sí la tarea de forjar su psiquismo.

Entonces al hablar del niño como perverso polimorfo se hace referencia a una disposición particular frente a sus objetos de satisfacción, pudiendo ser inducido a

toda clase de extralimitaciones sexuales ya que aún no ha establecido un mecanismo de represivo, es decir, no está orientado a un objeto particular y por ende al preguntarse qué fuerzas tendrían que actuar para hacer que ello ocurra situó su atención en la infancia, en donde pensó localizar la fuente de los síntomas del adulto por sobre un predominio de la denominada herencia genética.

Otro punto fundamental en la obra de Freud (1909) respecto a la infancia lo constituye lo expuesto en el caso del Pequeño Hans, sobre cuyo escrito otros autores posteriormente comienzan a pensar una posible apertura a la clínica psicoanalítica con niños y la importancia de los padres en el psiquismo de los niños. En este caso fue a través de información entregada por el padre, aprovechando la transferencia que ocurría con su hijo, que se comienza a abrir una perspectiva acerca de las posibilidades de realizar un trabajo psicoanalítico con niños, en tanto un ser que está desarrollando una posición subjetiva y que transita por los estados anteriormente descritos. Si bien Freud no trató directamente con el niño estando aquel en la frontera entre ser sujeto de investigación y paciente, el caso permite apreciar la apertura hacia un campo nuevo en la clínica y formular la pregunta en relación a las posibilidades de aplicación de la técnica psicoanalítica con pacientes jóvenes para así aliviar su sufrimiento.

El caso del pequeño Hans se instituyó como un modelo que sirvió a muchos psicoanalistas para comenzar a plantear una posible clínica psicoanalítica con niños, y cómo no pensar en ello si como Maud Manonni (1963) expone en su texto “El niño,

su enfermedad y los otros” ambas clínicas, de adultos y niños, tienen como común denominador el campo del lenguaje como lugar de operación, y que si bien existen distinciones propias en ambas clínicas las dos tienen como base el psicoanálisis. Al pensar en el psicoanálisis de niños existe una adaptación de la técnica, sin embargo el psicoanálisis con niños es de todas formas psicoanálisis.

En el psicoanálisis tal como se constituyó al comienzo, la infancia sólo figuraba (en lo que de ella informaban los adultos) como recuerdos reprimidos. No se trataba tanto de un pasado real como de la manera en que el sujeto lo sitúa dentro de cierta perspectiva: al reconstruir su infancia, el sujeto reordena un pasado de acuerdo con su deseo. Lo mismo sucede con el niño pequeño que, en su juego reordena su mundo presente o pasado de acuerdo con lo que quiere. (Manonni, 1963, p.2)

Mediante la lectura del caso Hans se hace factible observar como el niño con su síntoma pone en evidencia un elemento de la pareja parental que va más allá de la dinámica que se conforma entre sus padres y él, ya que roza espacios de la problemática personal de cada uno de los padres.

Lacan y la Constitución Psíquica

Respecto a la comprensión que la escuela francesa de psicoanálisis posee sobre qué es un niño, resulta indispensable remitirse a lo que Jacques Lacan expuso a lo largo de su enseñanza. Resulta fundamental para la comprensión de está entender que se basa en la lectura que Lacan realizó sobre los escritos de Freud, es decir, en un retorno a la obra freudiana integrando nociones de la lingüística sausseriana y la filosofía de Hegel.

Para comenzar a remitirnos en los aportes que Lacan entregó al psicoanálisis resulta preciso exponer para el desarrollo de ésta investigación el denominado Estadio del Espejo. El Estadio del Espejo aparece en los Escritos I de Lacan (1949) y explica las operaciones que han de acaecer en la cría humana para conformar el Yo, es decir y en correspondencia a lo planteado por Freud, han de acontecer una serie de ordenamientos en el infans para que se instaure dicha superficie. Lo que Lacan señala es que la cría humana a diferencia de otros primates aparece con una falta de carácter fisiológica al momento de su nacimiento que le impide reconocer la imagen que le es proyectada por el espejo al situarse frente a éste, y que sólo a partir del sexto mes de vida en donde comienza a reconocer dicha imagen como propia, no obstante lo que interesa a Lacan no es la mera observación de lo que se podría denominar como progreso o desarrollo de la cría, sino todo lo que de ello se puede articular tomando la experiencia psicoanalítica. Lacan plantea que la imagen reflejada en el espejo posee un efecto cautivador en el infans, ya que al proyectarle una imagen le presenta un

estado de completitud, es decir, le devuelve una imagen de totalidad unificada respecto a su cuerpo que aún no posee, y en dicha fascinación ante un reflejo que le es a la vez propio y ajeno en tanto imagen externa, prosigue un instante en el que por oposición a la imagen se descubre a sí mismo como cuerpo fragmentado, fragmentación que no había percibido en sí con anterioridad. Dicha oposición origina una dicotomía entre la imagen de totalidad unificada y la naciente sensación de fragmentación de su cuerpo, lo que suscita una relación de hostilidad para con la imagen conduciendo a una amenaza de fragmentación, cuyo desenlace está dado por la precipitación del infans ante una imagen avanzada de sí mismo, operación denominada como de anticipación.

Siguiendo a Lacan (1949) se comprende el Estadio del Espejo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a dicha expresión, como la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen.

El Estadio del Espejo es entendido entonces como un momento de identificación en el cual el infans comienza el reconocimiento de sí mismo en relación a la imagen de totalidad corporal que el espejo le concede, pero el espejo además de entregar un reconocimiento a nivel de lo especular lleva al infans por medio de la anticipación a la conformación del Yo, donde el momento especular que se caracteriza por la satisfacción del niño al verse reflejado en el espejo se produce debido a que el lugar desde donde se origina la imagen proviene desde un Otro, cabe preguntarse entonces ¿Quién es ese otro que proyecta un reflejo capturando la mirada

del niño?, ¿Quién es ese Otro al que el psicoanálisis denomina como Otro primordial, en tanto primer Otro?, diremos que es la madre quien situándose en el lugar de Otro primordial cautiva al niño, reflejando una imagen de totalidad ante la cual el infans se anticipa y precipita .

Necesidad, Demanda y Deseo

Si esta investigación posee como objeto la comprensión del lugar de los padres en la demanda de atención de sus hijos, resulta indispensable articular ¿Qué se entiende por demanda desde el psicoanálisis?. Sin embargo la demanda no puede ser entendida sin detenernos en la relación que posee con otros dos conceptos, a decir: la necesidad y el deseo, ya que si bien estos tres conceptos no poseen el mismo valor, señalan tres sentidos distintos y no son intercambiables ni idénticos, encontrándose intrínsecamente relacionados entre sí.

La necesidad puede ser comprendida en su relación directa a un objeto que la satisface, es decir, es precisa en su objeto de satisfacción y es señalada como parte de un momento en el que el sujeto no ha entrado en el orden del lenguaje. La noción de necesidad refiere a una satisfacción directa en su trato con el objeto, sin embargo todo lo que es del orden del lenguaje se encuentra allí, preexiste al sujeto antes incluso de que este pueda articular palabra alguna entonces ¿Cómo es posible hablar de necesidad si aquél recién nacido es tomado de forma inmediata por un mundo de significados?. Se habla de necesidad en términos hipotéticos, o en palabras de Lacan

se habla del sujeto mítico de la necesidad, una posición no constituida del sujeto, un sujeto que aún no ha sido capturado por lo Simbólico y por ello tiene trato directo con el objeto de la necesidad, se postula como sujeto mítico ya que parte de la presunción de que alguna vez existió, estuvo allí y posteriormente transmutó.

Como se señalaba anteriormente en la articulación referente al Estadio del Espejo, la madre es el Otro Primordial para el infans, encarna como persona a un Otro sin proponérselo, y desde dicha posición observa toda la descarga motriz de su hijo y la sanciona: el niño se mueve, tiene hambre; se agita, el niño está enfermo; gruñe, tiene el genio de su padre, etc. Dicha sanción sitúa a la necesidad en otro plano, más aún la transforma al hacerla ingresar a la estructura del lenguaje, en palabras de Lacan (1957) lo que entra en la creación del significado no es pura y simple traducción de la necesidad sino recuperación, reasunción, remodelado de la necesidad, creación de un deseo distinto de la necesidad.

La sanción de lo que el niño hace o deja de hacer se realiza utilizando la estructura del lenguaje, se articula mediante significantes que el sujeto toma prestado desde el lugar de Otro y al realizar dicha operación la necesidad se convierte en demanda.

¿Qué es la demanda entonces?. Siguiendo a Lacan (1957) podemos decir que es lo que, de una necesidad, por medio del significante dirigido al Otro, pasa.

El lenguaje preexiste al sujeto, fuera de él antes de constituirse hay un universo de lenguaje y un ordenamiento simbólico que le estructura, en donde la necesidad ha de pasar por allí para adquirir significantes y transformarse en demanda articulada por los significantes.

Al transformarse la necesidad por medio de los significantes tomados de Otro se extravía la relación directa que tenía con su objeto, entonces ¿Qué sería entonces de aquello que daría respuesta a la demanda?. Los significantes con los que se articula la demanda son significantes prestados, tomados desde Otro, en palabras de Lacan:

La demanda se sitúa así en el plano de una comunidad de registro y de lenguaje, y lleva a cabo una entrega total de sí, de todas las necesidades propias, a otro de quien se toma prestado el propio material significativo de la demanda, que adquiere un acento distinto.

Entonces lo que se le devuelve al sujeto, lo que hacía el retorna, no es sino la demanda del Otro, lo que el Otro le demanda al sujeto, algo completamente diferente del carácter de la necesidad, aunque encontramos en ella su materia prima. “Este mensaje es una formulación que se encuentra alienada desde el principio, en tanto que parte del Otro, y por este lado conduce a lo que de algún modo es deseo del Otro” (Ibíd. p. 99)

La constitución de la demanda expone la existencia de un sujeto desconcertado en psicoanálisis, dado que en su petición demanda con significantes de Otro aquello que desconoce, el sujeto que descubre el psicoanálisis es uno profundamente fragmentado.

Se puede decir por lo tanto que la demanda no va dirigida a un objeto, sino que es una demanda de presencia o ausencia, muy diferente a la satisfacción por medio de objetos que se plantea respecto a la necesidad. Anteriormente se mencionaba al Otro primordial que sancionaba los actos del infans, la madre situada en dicho sitio quien posee la facultad de satisfacer o privar las necesidades del niño, es por ello un Otro soberano al que el niño sostiene como único con facultad de satisfacer, en una relación de dependencia queda librado de si mismo en cuanto a satisfacción se trata, colocándola como función de Otro, configurando así la demanda de presencia o ausencia como demanda de amor incondicional a un Otro. La demanda en tanto demanda de amor supone la existencia de un Otro que tiene con que responder, otro casi omnipotente caracterizado por poseer aquello que se le requiere

Lo anteriormente descrito representa un recorrido que va de la necesidad a la demanda articulada por significantes, pero es preciso señalar que no todo de la necesidad puede ser capturado y transformado por los significantes, a saber, no toda la necesidad entra en el área de la demanda porque hay algo que se imposible de ser articulado en el terreno simbólico por medio de los significantes del Otro. A aquella diferencia Lacan la denomino el deseo.

¿Qué es aquello que no puede ser acogido por lo simbólico?, es aquello que se puede nombrar como el objeto de la necesidad, dado que en el paso de la necesidad a la demanda se desprende algo que no es articulable, que no entra al mundo del lenguaje y que permanecerá confinado en el inconsciente de forma reprimida.

Ello no sitúa una división en el Otro, dado que en un primer momento tenía como responder a las demandas del sujeto pero en vista de que no todo lo de la necesidad pudo convertirse en demanda hay algo a lo que no puede responder, es decir es un Otro privado de responder a la diferencia de la demanda y la necesidad, a saber: al deseo.

El deseo en palabras de Lacan (1957) está determinado por una separación esencial con respecto a todo lo que corresponde pura y simplemente a la dirección imaginaria de la necesidad- necesidad que la demanda introduce en un orden distinto, el orden simbólico, con todas las perturbaciones que éste puede traer aquí.

Entre el Otro que puede responder a la demanda y Otro imposibilitado de responder a la demanda se sitúa el deseo, en tanto inaccesible a lo simbólico como insistencia de lo real que no puede ser apresado por lo simbólico. Lacan denomina a aquel resto del espacio real, campo del sujeto mítico de la necesidad, como el objeto “a”, aquello que escapa a lo simbólico siendo la causa del deseo con un carácter similar a la demanda de amor, es decir incondicional.

Por lo tanto cuando un sujeto demanda algo ¿Qué es lo que demanda?, ¿Qué es lo que le pide a un otro?, cuando un padre llega a consultar por su hijo ¿Tiene una demanda? ¿Qué demanda ese padre o esa madre y a quiénes demanda?. Frente a éstas preguntas sólo queda responder una cosa, que la demanda siempre va de la mano con el deseo, por lo tanto, la demanda de ese otro nunca será y podrá ser satisfecha o completada ya que el deseo siempre es deseo de otra cosa. Bajo esto nos podemos preguntar, entonces ¿Cómo se responde a esa demanda?

Lacan (1969) por otro lado en su texto “Dos notas sobre el niño” y en relación a la constitución subjetiva plantea como el niño tiene tres posibles destinos en la estructura familiar, los que están referidos al lugar que este niño ocupa en el deseo de los padres, lugares que van de situarse como fantasma materno, como síntoma y/o falo.

El lugar de falo habla del sobreinvertimiento libidinal que la madre realiza hacia su hijo en las primeras etapas, falización que resulta necesaria en un primer momento ya que implica una posibilidad para que el que el bebé ingrese en el circuito deseante, es decir para que sea signado por el deseo del Otro mediante la función materna, y por medio de dicha díada se gestione la entrada a la estructuración del infans.

La falización del niño por lo tanto “es una operación necesaria y determinante para la estructuración del niño, la madre en cuanto Otro marcará e invocará al niño en su deseo” (Quevedo, s.f., p.16) Sin embargo, quedar atrapado en este lugar traería

consecuencias perjudiciales ya que no le permitiría constituirse como sujeto en relación a Otro viéndose truncado su desarrollo.

Respecto al lugar de fantasma materno este es considerado una de las posiciones mas complicadas para un niño, ya que si esta posición se torna predominante devendría en posibles trastornos para este, puesto que al estar colocado en el lugar de fantasma materno el niño quedaría atrapado como objeto, objeto de goce del Otro, es decir, un ilusorio petit “a” para la madre.

Por último el lugar de síntoma habla de la existencia de un vínculo inconsciente entre padres e hijos, siguiendo a Dolto (1965) se plantea que los hijos soportan de manera inconsciente las tensiones e interferencias de la dinámica emocional sexual inconsciente de sus padres y es en este punto donde en la clínica se hace necesario escuchar cómo este niño es llamado para responder con un síntoma.

Lacan propone a la familia como una estructura conformada por funciones en donde los integrantes de la familia se sitúan en lugares desde donde llevan a cabo cada función. En este sentido el niño debe comenzar a situar su interés mas allá de la dualidad madre-hijo, separación que se gesta mediante el ingreso del falo como ordenador psíquico representado en la función paterna. En palabras de Lacan esto se entiende desde la Metáfora Paterna momento en el cual el significante “Deseo de la Madre” sobre el cual el niño esta tomado es reemplazado por el significante “Nombre

del padre”, donde este significante viene a ordenar el deseo de la madre y el abatar sexual del niño.

Por lo cual al hablar de padre y madre como funciones encarnadas en sujetos, no existirá la necesidad que exista un padre o una madre en términos comunes sino un otro que cumpla esta función.

De acuerdo a lo anteriormente planteado se observa que Lacan durante su enseñanza a expuesto en relación al niño, pero sin embargo estas puntualizaciones no se centran particularmente en un deseo por desarrollar una clínica psicoanalítica con niños, sino que procuran dar cuenta del modo en que se funda la subjetividad del sujeto y para ello se dirige a la constitución psíquica temprana.

El Psicoanálisis con Niños: Cuestión de Hijos y Padres

El psicoanálisis con niños se gesta a partir de los planteamientos teóricos de Jacques Lacan, específicamente en torno a los significantes y a la idea del deseo del Otro como constituyente del Sujeto, sin embargo, serán otros autores como: Françoise Dolto, Maud Manonni, Ricardo Rodulfo, María Rodulfo y Catherine Mathelein quienes conceptualizarán la especificidad de esta clínica, y por lo tanto son ellos los que serán abordados en este momento para la comprensión de la clínica psicoanalítica con niños y el lugar que ésta le confiere a los padres.

Tal como se expuso en el capítulo Freud y la comprensión del niño, resulta indispensable pensar como punto de partida a esta articulación que ante todo el psicoanálisis de niños es en sí psicoanálisis y que si bien en la clínica con niños se cambian las formas de trabajo, ocupando el juego y otros materiales estructurados y no estructurados para conocer la problemática del niño, de todas formas el lugar donde se opera es en el inconsciente, es decir, el campo de trabajo es el lenguaje al igual que en el psicoanálisis con adultos.

Manonni (1963) nos señala que al reconstruir su infancia, el sujeto reordena un pasado de acuerdo con su deseo. Lo mismo sucede con el niño pequeño que, en su juego reordena su mundo presente o pasado de acuerdo con lo que quiere.

En este tipo de clínica se puede observar un niño con un síntoma, un niño que sufre, un niño que necesita ayuda, es decir y siguiendo a Manonni (1963) el malestar del cual se habla se objetiva en ese niño y son los padres mediante su queja los que generalmente dan cuenta de aquello. ¿Pero los padres al consultar por su hijo qué revelan?, los padres al hablar de su hijo primeramente traen consigo en ese momento a su propia infancia, traen a escena su propio deseo, nos hablan de cómo la dinámica edípica se manifiesta y de qué forma son ocupados los lugares en la estructura familiar, cuando un padre acude a consulta por su hijo se abre el espacio de lo no dicho respecto al conflicto parental.

En la clínica con niños el discurso que se abre paso se desplaza entre y en tres lugares, el lugar del analista, el lugar del hijo y el lugar de los padres, es decir, es un discurso colectivo que se construye alrededor del síntoma que es representado por el niño. La inclusión de los padres en el tratamiento se torna como un punto fundamental, punto que se fue caracterizando con el tiempo, y que la escuela francesa de psicoanálisis comienza a esbozar pensando en la importancia que tenían el lenguaje, la filiación, el deseo y el discurso parental en la clínica con niños.

La idea respecto a que los padres que tienen a uno o más de sus hijos en tratamiento acudan a ciertas sesiones se plantea sobre la base de que el niño que está en terapia es poseedor de un inconsciente, el cual se ha ido formando en relación a su propio deseo y a lo que sus figuras primordiales acarrean consigo. El discurso del niño que llega a sesión se encuentra empapado de los discursos maternos y paternos por lo cual se torna necesario conocer como se despliegan las dinámicas en torno a ese niño, abriéndose la posibilidad de que los padres asistan también a la consulta.

Desde la clínica psicoanalítica con niños se plantea que éste es un sujeto en constitución y que serán los padres en tanto función quienes ayudarán a ese proceso, “funciones que se despliegan en el campo familiar, funciones cuya función más elemental es sostener al pequeño sujeto” (Rodulfo, 1989, p. 17)

Pero el psicoanálisis infantil debe tener alguna posición sobre quién es esa persona con la cual se trabaja ¿Qué es un niño para el psicoanálisis?, ¿Quién es esa

persona que llega acompañada a sesión?. El niño que llega a la consulta sea esta pública o privada, sea derivado de otro especialista o por medio de una consulta espontánea desde esta visión es primera y principalmente un sujeto. Un niño desde el psicoanálisis es una estructura en conformación y en relación a un Otro comienza a constituir su subjetividad, “es a través del deseo del Otro que el bebé tendrá la posibilidad de ser” (Rodulfo, 1989, p. 19), donde ser objeto de deseo del Otro es causa de la existencia subjetiva.

El niño antes de llegar a su familia esta mediado por lo simbólico, es decir, antes de su advenimiento hay una historia que lo antecede, que lo signa, que lo marca. No se debe pensar por tanto que la función materna está esperando el nacimiento de la cría para comenzar a gestarse ya que la madre antes de que el niño llegue al mundo lo ha posicionado en su subjetividad, la que se constituye a modo de campo previo en donde acontecerá su existencia al momento de arribar.

En el momento de nacer el niño ingresa a un espacio conformado por una red de significantes que lo antecede, red donde mediante su cuerpo como depositario de significantes el niño comenzará a insertarse en el mundo ayudado del sostén que las funciones paternas y maternas le entreguen.

El niño depende de sus padres en dos planos, primeramente uno de orden biológico ya que el niño en sus primeros años de vida necesita del sostén de otros para satisfacer sus necesidades básicas tales como alimentación, protección, refugio,

entre otros, pero además existe una dependencia de tipo estructural, en la cual padres e hijos se ven ligados entre sí mediante una estructura discursiva, es decir, una red significativa atesorada en un mito familiar, a partir del cual comenzará a asirse y tomar una posición o lugar dentro de éste discurso.

El niño que llega a una familia comienza a vivir en esa red de significantes, red que habla de un mito familiar conformado por cada uno de los mitos familiares que trae cada miembro de la pareja parental, por lo que se torna fundamental para la comprensión del niño entender cómo el encuentro de dichas progenies le invisten y confieren un lugar en la familia.

Maud Manonni (1965) plantea que en la relación madre e hijo el niño es llamado a ocupar un lugar en el que satisface el deseo de su madre, pero añade que el niño desconoce dicho llamado y por ende el lugar en el que será situado, más aún, el bebé paga con su propio cuerpo a fin de lograr la constitución subjetiva en la medida en que queda tomado por el deseo de la madre en una relación de alienación que le permitirá ser y transitar hacia el espacio simbólico.

Francoise Dolto (1965) por su parte refiere que existe una dinámica inconsciente entre los niños y sus padres, que si bien tiene en sí un valor estructurante para el psiquismo de los niños también confiere como resultado que los hijos mediante sus síntomas encarnen y manifiesten las consecuencias del conflicto

parental, soportando de manera inconsciente las tensiones que ocurren en la dinámica de la pareja.

Por lo tanto y como se expuso anteriormente, al hablar de la clínica con niños se puede postular que dejar de lado a los padres en el tratamiento implica un desconocimiento de la importancia que tienen en la configuración de su hijo, es decir, la importancia que tiene el discurso de la pareja parental en el devenir como sujeto del niño y en su sintomatología.

Cuando un niño llega a la consulta siempre es traído por un adulto, sea éste alguno de sus padres, abuelos, tíos o adulto que lo tome a su cargo, por lo que es indispensable consignar desde dónde se realiza la consulta o desde que lugar se origina la derivación, es decir, indagar sobre el cómo llegan a consultar a psicología. En ciertos casos la llegada de un niño y su familia se encuentra enmarcada dentro de un discurso de autoridad, de lugares ligados al saber médico o derivaciones efectuadas dentro del colegio del niño, ante lo cual resulta necesario conocer a qué esta respondiendo esa demanda. Los terapeutas en este sentido tienen el deber de otorgar una escucha tanto al niño como a sus padres más allá de la consignación de datos en la comúnmente utilizada anamnesis ya que el uso de esta herramientas muchas veces opera cerrando los espacios en vez de propiciar su apertura.

El acto de concurrir a consultar por un hijo a un especialista en salud mental conlleva en sí una herida narcisista para los padres dado que revelaría un fracaso en su función de padres en tanto aparición de síntoma en el niño, sea esté distinguido por ellos o alguna persona en contacto con el niño.

Cuando los padres consultan por un hijo, la sensación suele ser de desgarrro, de muchísimo dolor, de ruptura interna frente al embate narcisista que supone que un hijo tiene problemas. Y si el hijo es aquel que debe cumplir los deseos insatisfechos, los proyectos truncos, la constatación de que hay dificultades que ni el niño ni ellos pueden resolver solos y que necesitan ayuda será vivida generalmente como un golpe insoportable (Janin, 2004, p.18)

El niño por lo tanto con su síntoma representa un espacio sobre el cual los padres no han podido llegar, si pensamos que los niños para esta sociedad traen consigo el porvenir, el futuro ¿Cómo se vislumbrará para los padres ese futuro si el hijo esta sufriendo?. Los hijos generalmente representan para los padres la realización de un deseo, que tiene que ver con un deseo propio de los padres, entonces la consulta por un hijo abrirá también espacios en los padres respecto a su propia subjetividad.

Existen diversas posiciones en las que los padres se pueden situar en el proceso terapéutico, existiendo padres que consideran el tratamiento de forma peyorativa generando reacciones defensivas, padres que traen a su hijo con un

discurso que le cataloga de deficiente mental o “loco”, a otros padres que solamente desean de un diagnóstico para así no involucrarse con el posible trabajo que su hijo realice, y por ello no se realizan preguntas respecto a sí mismos ni al niño.

De aquí la importancia de no dejar a los padres fuera de la escucha terapéutica, más aún en las entrevistas preliminares, es decir, las entrevistas realizadas al momento de iniciar un tratamiento, para así conocer por medio del relato que los padres efectúen su historia y observar cómo ellos han posicionado a ese niño en la estructura familiar. Desde Manonni (1963) se puede pensar que una madre o padre que no es escuchado por el terapeuta se transformará en una resistencia para la continuación del tratamiento, ya que como se expuso anteriormente la realidad psíquica de los padres modela la realidad psíquica de sus hijos.

Maud Manonni (1964) en su texto *El niño retardado y su madre*, expone que la aparición de los padres en terapia no se circunscribe solamente a si ellos se presentan en forma real, ya que siempre se instalarán a través del discurso del niño, es decir, en un plano simbólico, presencia que al ser trabajada en terapia permitirá que gradualmente desaparezca ya que existen muchas ocasiones donde el discurso del niño esta altamente teñido por el de los padres, por lo cual al escuchar ese discurso e intervenir sobre él abrirá la posibilidad en la cual el niño construya o hable desde sí, es decir, como sujeto de enunciación.

El hecho de escuchar a los padres no implica necesariamente que se está desarrollando una psicoterapia con ellos ya que lo que importa es el decir de los padres en relación al tratamiento de su hijo. En palabras de Mathelin se tiene que “El síntoma pertenece tanto al niño como a sus padres, y en este “entre – dos” es donde debemos trabajar” (Mathelin, 1994, p.28).

Por lo tanto en sesión los padres son llamados en todas las funciones que ocupan, en tanto reales, imaginarios y simbólicos, llamado que va más allá del hecho que los padres son las personas más cercanas al niño, debido a que lo que implica en este llamado es la comprensión respecto a cómo se mueve la estructura familiar en relación a sus significantes que la circundan y el deseo se moviliza al interior de esta.

Institución, Interconsulta y Demanda

Realizar una investigación dentro de un contexto institucional como lo es un hospital nos remite a definir como investigadores que entendemos por la palabra hospital. El hospital puede ser entendido como una institución pública particular, según Jorge Rodríguez Solano (1996) el hospital es pensado como un dispositivo de intervención desde un campo de saber, con reglas de consistencia heterogénea, mixtura discursiva y extradiscursiva producto de un momento histórico que cumple un papel en la funcionalidad social.

Los discursos que se abren paso en un hospital son extraídos del campo de la ciencia, por ello al incluir en el hospital un trabajo desde el área de la psicología resulta necesario reconocer que se opera bajo un tipo de red discursiva, hecho que no implica necesariamente la adherencia a éste, sin embargo resulta necesario conocer esta red al momento de relación con los otros, así como también para pensar sobre la red discursiva ya que ella revela desde qué lugar se esta pensando el sujeto.

En el trabajo de hospital los psicólogos se encuentran en constante relación con otros profesionales de la salud, sean estos, pediatras, traumatólogos, psiquiatras, neurólogos, cardiólogos, etc, lo cual invita primeramente a realizar una delimitación de campos en los cuales se ejerce la profesión, sin embargo se puede decir que todos los profesionales se encuentran atravesados por el mismo dispositivo institucional, es decir, reglas que atraviesan a la institución.

En una institución de salud los discursos médicos y psicológicos tenderán por lo menos a un acercamiento, el que puede ser efectuado desde la noción de lo psicosomático, en la conocida forma de unificación mente/cuerpo o en los esfuerzos por lograr una “humanización” de la medicina.

Sosteniendo la ilusión de que un médico más humano sería aquel que en caso de ser necesario podría cambiar una explicación orgánica por una psicológica. Sin embargo, tocar una causa por otra no nos aleja del campo del orden médico. (Rincón, Santa Cruz y Farinola, 1992, p.64)

Bajo este punto es importante reconocer que los discursos médicos y psicológicos parten de epistemologías distintas, por lo tanto llegar a la tan anhelada unificación desde esta perspectiva se torna a lo menos complejo, puesto que el médico en su labor se ocupa solamente de la dimensión somática y no es inquietante que así sea ya que es en ese dominio donde él se desenvuelve y desarrolla.

En las instituciones de salud mental dedicada a la atención de niños existe un común denominador, el cual se caracteriza en que los niños que llegan a consultar han sido derivados de otros lugares, niños que llegan por motivos diversos y que generalmente han sido derivados por un especialista, escuelas, centros comunitarios, entre otros.

La forma mediante la cual los niños llegan a psicología dentro de un hospital se realiza a través de la interconsulta, por lo que se puede decir que la llegada de la interconsulta como artefacto en el espacio médico, habla de un momento en el que aparece otra cosa, sobre la cual el médico no tiene experticia, es decir, se abre paso el sujeto. “Si el médico no se ocupa de la relación del cuerpo con el goce, ello no es por ignorancia, sino que debemos pensarlo por el lado de un efecto problemático de exclusión” (Rincón, Santa Cruz y Farinola, 1992, p.65)

La palabra interconsulta evoca generalmente a un papel mediante el cual un profesional pide a otro una evaluación del paciente, es en otras palabras, una acción frecuente en la práctica hospitalaria, como recurso habitual entre especialidades

médicas, respecto de las dudas que van presentando en el manejo de un paciente y de su enfermedad. Más allá de estos planteamientos la interconsulta revela un vacío del saber en la disciplina que se instala justamente como una insuficiencia para comprender a cabalidad la problemática del sujeto.

Es así como el pedido o llamado de interconsulta a psicología se instala cuando el paciente comienza a decir por medio de sus palabras o cuerpo aquello que la disciplina, biomédica en este caso, trata de acallar.

En el caso particular de niños que son tratados en hospitales, debemos puntualizar que el niño que llega a una institución se las tiene que ver primero con los dispositivos que en esta institución se forman.

“Si el niño es neurótico, trata de situar como funciona el Nombre del Padre en esa institución” (Holvet, 1996, p.9). El niño por lo tanto comenzará a realizarse preguntas en torno a ideales, reglas, mandato y normas que funcionan dentro de la institución. Ante lo cual si estamos en presencia de una institución forjada sobre la idea de saber lo que el niño necesita, impide la emergencia del propio deseo del niño, ya que el niño se ordenará en relación al deseo supuesto del Otro institucional.

La interconsulta va estrechamente ligada al concepto de demanda, por lo tanto los profesionales al realizar una interconsulta están demandando por una lado a otro profesional y por otro existe un paciente que demanda.

La palabra demanda es un término que proviene del ámbito jurídico y desde la psicología puede ser entendida como una queja en la que el paciente demuestra su malestar, la cual se irá reformulando mediante las primeras entrevistas, por ello se puede entender a la demanda como un lugar en el que se introduce un pedido.

Bajo la mirada del psicoanálisis la demanda es algo sobre lo cual se debe trabajar y trae consigo una dimensión específica que es en cierta medida el motor que sustenta el trabajo psicoanalítico, es decir, el deseo. La idea entonces de trabajar en la demanda pasa por “la necesidad de discriminar la demanda, allí donde se introduce un pedido; situando en el enunciado al sujeto de enunciación” (Rincón, Santa Cruz y Farinola, 1992, p.62).

Sin embargo, sabemos que la institución médica trabaja sobre el silenciamiento del síntoma, abriéndose la posibilidad de la interconsulta y consiguiente demanda a psicología cuando el paciente comienza a mostrarse como sujeto. “La demanda del que habla y el goce del cuerpo exceden del marco de la medicina, comprometiendo al médico a la necesidad de llamar a otros para que llenen ese vacío” (Rincón, Santa Cruz y Farinola, 1992, p.64)

La demanda desde el psicoanálisis es la inauguración de una posibilidad para abrir el espacio analítico, cuyas condiciones se complican en el campo específico de niños, ya que en el mismo a diferencia de la clínica con pacientes adultos no se opera generalmente a partir de un pedido del niño sino de los padres quienes toman a su

cargo la consulta o cuando estos fueron derivados de alguna institución como es la escuela o de otro profesional como puede ser el pediatra. “Cuando recibimos la consulta de los padres por un niño, en nuestra condición de psicoanalistas, hay una especificidad que hace que debamos considerar qué se pone en juego en tanto demanda” (Favre, 2003, p.33)

Sin embargo, dicha situación en relación al trabajo con niños no implica en sí que el niño no tenga formas mediante las que pueda verbalizar de forma directa o indirecta el pedido, es decir, el niño puede por vías de la expresión de dibujos o verbalmente expresar su sufrimiento. Este padecer por lo tanto será uno de los primeros indicios que harán pensar en la posibilidad de apertura en el trabajo con un niño.

Aurora Favre (2003) plantea que se ha llegado a sostener que aunque exista indicación de tratamiento, y aún contando con el apoyo de los padres para tal empresa, el tratamiento tendrá que decidirse a partir del incondicional respeto por lo que el niño decida.

Como se expuso anteriormente la demanda en el trabajo con niños generalmente en un principio no se muestra clara, podemos pensar ¿Existe demanda? ¿Quién o quiénes demandan?. Sin embargo es importante puntualizar que la demanda en sí necesita tiempo para ser formulada, por lo que la posición del terapeuta es

fundamental ya que es él quien tiene que estar dispuesto a escucharla en su complejidad para que se instale y desenvuelva.

Por lo que al hablar de demanda nos remitimos a un tiempo, tiempo en el cual el otro comenzara a formar ese deseo de demanda, por lo que el terapeuta con su calidad de escucha y puntualizaciones mediante la transferencia abrirá junto a los padres la posibilidad de definir su demanda la que en ocasiones comienza a cambiar diametralmente aquello que los condujo a terapia.

La demanda habla de una decisión propia del sujeto apelando al deseo inconsciente que éste trae, un deseo que refiere a Otro.

Mediante las entrevistas preliminares se comenzará a comprender a qué está respondiendo el padecimiento que se trae, es decir, el lugar que el niño que llega a terapia ocupa en la estructura familiar, siendo importante el que los padres ubiquen al terapeuta en un lugar de supuesto saber.

La teoría psicoanalítica sitúa al niño como objeto “a” en relación al fantasma de la madre. Con esa letra nombra Lacan justamente el objeto causa. Decimos entonces que en la consulta de los padres por su hijo algo de la estructura se mueve, se pone en causa en tanto estructuralmente el niño ocupa ese lugar en el fantasma materno. (Favre, 2003, p.34)

Como se expuso anteriormente los niños que llegan a consulta siempre son llevados por otras personas, es en éste punto donde se aprecia que los padres podrían ocupar en cierta medida el mismo lugar que el médico en relación a ese síntoma que no se puede silenciar, es decir, padres que quedan atrapados en la imposibilidad de no poder hacer nada frente a ese niño y de esta forma entregar a ese otro profesional la responsabilidad de la cura.

Balbo y Bergés dos psicoanalistas franceses plantean que la cuestión de la demanda en el psicoanálisis con niños se torna un poco más compleja ya que los padres también traen consigo una demanda. Estos autores explican como la demanda que traen los padres también es una demanda socializada, que apuntara al reforzamiento del yo del niño, con el objetivo que el yo del niño responda a lo política e ideológicamente correcto.

Siguiendo a Balbo y Berges (1999) ya no estamos en la época en que un hijo en cura podía enviar a su padre psicoanalista a control donde Freud; la demanda, a lo menos para lo que concierne al niño, ya no es únicamente un asunto de familia: igualmente social, se amplía aún a la ideología que lo social y su saber promueven es influida incluso... socializada ... Lo social sigue también desde entonces, a veces precede y condiciona, como vamos a verlo en la demanda de los padres.

Basados en estas ideas se puede comprender como el niño que llega a terapia no conforma su yo en relación a la ideología, es decir, no goza de lo que el cuerpo

social requiere. Los padres al ser percatados de esta situación, generalmente desde el colegio o desde un médico comienzan a plantearse la idea de que algo en su hijo no anda bien y por lo tanto deciden consultar por él.

Informados que su hijo no anda bien, ya que se margina no integrándose al sistema que sin embargo desea su felicidad, sus padres son amablemente conducidos a que emprenda una cura, una terapia, en fin algo que lo conlleve a la regla: estudiar para tener éxito, con el fin de que el yo ideal propuesto por el Otro social se cumpla, y para que este Otro esté asegurado de su gozo. Así la demanda de los padres se encuentra socializada (Balbo, Bergés, 1999)

Muchos terapeutas pueden tratar de responder a esta demanda que aunque esté dirigida hacia él no deja de estar regentada por lo social, pudiendo responder a ésta demanda dirigiendo a ese niño al cumplimiento de un yo ideal que establece el Otro ideal en tanto ideología, sin embargo resultara más beneficioso dar vuelta esa demanda y comenzar a gestionar preguntas sobre la misma, ver si ese malestar le hace sentido, si están dispuestos a cuestionarlos y a relacionarlo con su propio deseo. Es una forma de devolver la palabra tanto a padres e hijos sobre su propia subjetividad.

Hasta acá se pueden postular una serie de preguntas en relación a quién es el que demanda en una institución y de qué manera como profesionales se responde. Por un lado se aprecia que es un médico quien demanda un actuar “el médico no pide para sí sino para su referente, el paciente, frente a una imposibilidad de hacerse cargo

de él. Y es justamente en esa exclusión donde se posiciona como implicado en su pedido” (Rincón, Santa Cruz y Farinola, 1992, p.62) y por otro un paciente que demanda una cura.

Transitar desde la consulta a la demanda es un proceso complejo, ya que en muchas ocasiones el hecho de que un niño y sus padres estén hablando y asistiendo a terapia no significa necesariamente que se haya instaurado una demanda. Bajo dicha lógica cabe preguntarse ¿El hecho de ser enviados a psicología obturará la conformación de una demanda?. Los padres que se encuentran habituados al hospital, como lo son aquellos que tienen a un hijo con una enfermedad denominada “de base”, generalmente son remitidos a distintas unidades al interior de éste, no obstante el niño y sus padres ¿Son acaso interrogados respecto a su deseo por ser derivados a la Unidad de Psicología?, ¿Dónde queda la palabra de los sujetos si éstos son hablados por otros?, y en éste caso particular cuando se someten a un Institución que detenta el discurso médico, ¿Dónde se ubican como sujetos, con su deseo y el saber que ellos poseen?, es decir, ¿Cuál es el lugar en el que se ubican en estas operaciones en tantos sujetos?

MARCO METODOLOGICO

Enfoque Metodológico

Al ser el sentido de la investigación la comprensión de un fenómeno social en donde la mirada se encuentra orientada a la búsqueda de percepciones y significados que los sujetos le atribuyen a su medio cultural, esta investigación se plantea en concordancia con los criterios de la metodología cualitativa, que es definida como: La investigación que produce datos descriptivos; las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable (Taylor, Bogdan, 2004, p.20).

Si por un lado se tiene que la investigación cuantitativa opera mediante la correlación de variables en cuyo proceso se reducen los fenómenos a fragmentos individuales que permitan su manipulación, a fin de inferir el comportamiento del objeto de estudio y con ello generar conclusiones mayoritariamente explicativas y generalizables, en cambio, lo esencial de la perspectiva cualitativa es acoger el fenómeno globalmente, para a partir de la recolección de los datos profundizar en los contenidos que éstos señalan al investigador, acentuando con ello la riqueza del fenómeno social, abarcando a la persona en su ámbito subjetivo y los significados atesorados en la narrativa que expresa, dando cuenta de las expresiones culturales en que está inmerso y la significación que le otorga a éstos.

Dado que la presente investigación requiere aproximarse en su búsqueda al espacio subjetivo del actor en el contexto en que se desarrolla su experiencia, se necesitan de la mirada particular de las metodologías cualitativas ya que otorgan un acceso a que el sujeto realice una descripción de su propia experiencia, puesto que poseen una ontología subyacente que considera a la realidad como “dinámica, global y construida en el proceso de interacción misma” (Rodríguez, Gil, García, 1999, p35), y no como con pre-existente es decir es el propio individuo quien en su interacción construye y significa su medio particular.

La naturaleza de la investigación cualitativa tiene como resultado que el investigador guiado por su deseo de comprender el fenómeno asuma una visión integradora de éste, en palabras de Rodríguez (1999) el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística: las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables sino considerados como un todo, no existe la descomposición entre sujeto y contexto, puesto que es en la relación entre ambos en donde se origina el objeto de estudio. El investigador considera los supuestos y creencias que posee y los sitúa entre paréntesis para de ese modo lograr una aproximación al fenómeno sin la pretensión de poseer la certidumbre de conocer a priori cómo se comporta lo que da como resultado un abordaje a la experiencia inclinado hacia la comprensión.

La perspectiva cualitativa considera que todas las representaciones de los sujetos poseen validez en el ámbito en que se desenvuelven, por lo que se aboca a recolectar los datos que puedan develar dicha información en una postura principalmente situada desde lo emic ya que presenta la perspectiva interna de las personas que ya están integradas dentro de la cultura o de la propia sociedad al desglosar la interpretación del significado, con sus reglas y categorías, no aspirando comparar categorías o realidades a modo de jueces asentando dualidades entre el observador y lo observado, sino que atiende a los conceptos de las personas que participan en la manifestación y accede a trabajar con los significados mediante la interpretación.

Dado que la investigación se orienta a la comprensión de las experiencias del sujeto que participa en la coyuntura entre la institución de salud pública y la demanda de atención psicológica, es necesario contar con un enfoque que permita una perspectiva holística y que acceda a la subjetividad del actor, que es en donde se encuentra la información necesaria para el desarrollo del proceso que da como consecuencia la comprensión. Solamente con metodologías cualitativas, ya sean sus herramientas y técnicas, su visión no reduccionista del fenómeno, su propósito de acceder a los significados internos y de interpretación se puede dar respuesta a los objetivos principales como específicos de esta investigación, en palabras de Rodríguez (1999) Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.

La información para llevar a cabo esta investigación se encuentra atesorada en el mundo interno de las personas, a los cuales es posible acceder solo por medio de técnicas cualitativas enmarcadas en un enfoque que sitúa como eje la articulación entre el sujeto y su mundo, entre los padres del niño nombrado paciente y la Institución de Salud que lo circunscribe.

Tipo de Investigación

Tomando como base el hecho de que no existen estudios que se aboquen a la temática abordada en esta investigación, ni tampoco producciones de conocimiento que traten desde una posición comprensiva contenidos como los planteados en los objetivos la presente investigación es de tipo exploratoria, más aún, si se considera que no se han observado trabajos empíricos respecto a la participación de los padres en la construcción de la demanda de atención al interior de instituciones de salud pública en nuestro país desde un lugar en el que se utilicen conceptos tomados de la teoría psicoanalítica para la lectura y comprensión de la información obtenida y trabajar en conclusiones de carácter interpretativo, nos encontramos ante la primera aproximación a un objeto de estudio que desde éste enfoque teórico desemboca en un acercamiento particular e inédito a la cuestión a investigar.

En concordancia a Sánchez Hernández, Fernández y Baptista (2004) el estudio de tipo exploratorio se utiliza cuando el fin es examinar un tema o problema de

investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes, caso al que se enfrenta la presente investigación, dado que si bien se cuenta con un marco teórico de bases sólidas y profundas, el problema de investigación no cuenta con recursos bibliográficos ni datos obtenidos de estudios anteriores que posibiliten introducirse en profundidades más extensas. No obstante es por lo anteriormente expuesto que el aporte que los estudios exploratorios tienen la cualidad de ofrecer la posibilidad de constituirse en un primer acercamiento, “sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos,” (Hernández, Fernández, Baptista, 2004 p.116) radicando en ello su principal valor como producción de conocimiento en tanto se traducen en acciones que dan cuenta por vez primera de un fenómeno.

Diseño de Investigación

La investigación cualitativa observa a las personas considerando su contexto de forma holística, y no pretende montar escenarios para realizar una manipulación de variables ni recrear los fenómenos en ambientes controlados, sino que estudia a los sujetos en su medio particular en donde el fenómeno ya ha ocurrido para posteriormente analizar los datos obtenidos, debido a ello la investigación que se plantea posee un diseño no experimental.

Siguiendo a Hernández, Fernández, Baptista, (2004) se puede afirma que en el diseño no experimental no hay intervención directa e intencionada por parte de los investigadores respecto a variables, sino una observación de los acontecimientos en el contexto en el que se desarrollan. La imposibilidad práctica de reconstruir el fenómeno así como la tendencia reduccionista del diseño experimental sumado a la coherencia en la continuidad estructural del marco metodológico presentan al diseño de tipo no-experimental como la técnica más adecuada para el desarrollo de la investigación y sus objetivos.

La recolección de los datos será realizada en un momento único puesto que no se pretende analizar el desarrollo de uno o varios aspectos a través del tiempo, sino comprender en un tiempo determinado y seccional las expresiones del fenómeno, además el tema a investigar corresponde a un problema de investigación con escaso abordaje, por lo tanto se está frente un diseño de tipo transaccional-exploratorio.

Universo

El universo en una investigación corresponde al total de elementos o casos que constituyen el conjunto que se ha considerado para la realización de un estudio, como esta investigación posee un enfoque cualitativo hablaremos de los conjuntos de personas y/o organizaciones que correspondan a determinadas especificaciones.

Por lo tanto el universo o población de esta investigación está conformado por todas aquellas familias en las que alguno de sus integrantes menores de edad se encuentre recibiendo atención psicológica en el Hospital Pediátrico de la ciudad de Santiago de Chile abordado para la investigación sumado a todos los profesionales de esta misma institución que participen de dicho tratamiento al momento de realizarse el estudio.

Dicho hospital se aboca a una labor pediátrica y se encuentra bajo la administración del Servicio de Salud Oriente respondiendo por ende a las políticas públicas del Ministerio de Salud, acogiendo a beneficiarios del sector público por lo que se constituye como un lugar que posee los atributos, en tanto institución pública, necesarios para obtener la información que dé respuesta a la pregunta que guía nuestro estudio.

Muestra

Para la investigación cualitativa no todos los sujetos de una población determinada poseen los mismos atributos y por ende no poseen el mismo valor para el investigador como fuentes de información, por lo que la selección de los integrantes que conforman la muestra no se realiza mediante criterios azarosos o probabilísticos, sino que es deliberada siendo el investigador quien distingue y selecciona los componentes que constituyen la muestra caracterizada por sus atributos de deliberada

e intencional. La muestra cualitativa es “La unidad de análisis o conjunto de personas, contextos, eventos o sucesos sobre el (la) cual se recolectan los datos sin que necesariamente sea representativo del universo” (Hernández, Fernández, Baptista, 2004 p.302).

Si en la investigación cuantitativa la muestra responde a criterios estadísticos en la medida en que los integrantes de la población poseen características similares, en la investigación cualitativa los sujetos en tanto objetos de estudio que participan del fenómeno social, no son reemplazables entre sí ya que no son idénticos y la representatividad se encuentra dada por la capacidad de abarcar las diversas perspectivas que posean, por ello el muestreo en la investigación será de tipo no-probabilístico.

La actual investigación estará compuesta por dos muestras, la primera tomará a padres que al momento del estudio se encuentran acompañando a su hijo en un proceso terapéutico cuya duración sea de al menos 4 meses en Unidad de Psicología del Hospital. En correspondencia a la pregunta de investigación se piensa que son los padres mediante su discurso quienes mejor pueden dar cuenta de cómo se ha estructurado la demanda de atención para sus hijos, pueden aportar la información más directa e inmediata del fenómeno en el que participan, siendo en el transcurso de su experiencia depositarios de un patrimonio único en tanto actores de primera fuente que han observado el origen y desarrollo de los procesos de derivación que dan como resultado la consulta psicológica de sus hijos.

Asimismo incorporar una segunda muestra que contenga la visión de los profesionales de psicología que trabajan en la institución ya que permite un acercamiento a la palabra de la institución por medio de sus actores los cuales pueden entregar una percepción a partir de su propia experiencia en relación a la derivación, el tratamiento, el modo en que se inserta el psicólogo en el trabajo con otros profesionales de la salud mental y la experiencia de articular el saber médico con el grupo familiar que llega a consulta. Los psicólogos a entrevistar pertenecen al área de Psicología del Hospital y trabajan en el área ambulatoria por lo tanto son ellos quienes reciben las derivaciones y deciden si se procede a realizar una psicoterapia en los niños, observando además cómo se gestiona este proceso estando en contacto directo con los padres.

El tamaño de la muestra comprende por lo tanto a 6 padres o madres cuyos hijos estén recibiendo atención psicológica y a 2 psicólogos que son quienes trabajan realizando psicoterapia en el área ambulatoria del hospital .

Técnica de Recolección de Información

La técnica elegida para recoger la información es la entrevista en profundidad, la cual se define como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informante, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informante respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las

expresan con sus propias palabras (Taylor, Bogdan, 2002, p.101). En donde la postura del entrevistador es la de aproximarse a ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros (Rodríguez, Gil, García, 1999, p.168), siendo el elemento principal la interacción entre entrevistador y entrevistado mediante el uso de la palabra.

Se puede afirmar que las entrevistas en profundidad son el encuentro entre el investigador e informante los cuales asumen la estructura de entrevistador/entrevistado, siendo el investigador quien intenciona mediante sus preguntas los temas a tratar e incentiva asimismo la producción discursiva del entrevistado, suspendiendo para ese fin sus propios juicios y suposiciones, montando así un escenario que permita la emergencia de los significados, creencias y opiniones que el entrevistado atesora.

En éste tipo de entrevistas el propio investigador es el instrumento de la investigación y asume la perspectiva horizontal en la que se produce una conversación entre iguales, como señala Taylor Bogdan (1999) alejándose de una dinámica en donde se intercambien preguntas y respuestas, dado que existe una cadencia en el modo en que se tratan los tópicos, el momento en que se entablan y profundizan.

Al ser un encuentro cara a cara entre personas el investigador considera los elementos análogos y digitales que participan en el proceso comunicativo en la que se

establece una interacción social, por lo que las posturas y actitudes del entrevistador influyen en las posibilidades de acceso a los datos y por consiguiente el entendimiento e interpretación futura de los datos obtenidos. Las preguntas en dicho contexto asumen la función de provocaciones que el entrevistador dirige al entrevistado para alentarlos a que exprese mediante el uso del lenguaje su percepción del fenómeno que se estudia.

El tipo de entrevista en profundidad a utilizar será la semi-estructurada entendiéndose esta por ser las que “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Hernández, Fernández, Baptista, 2004, p.455), ya que mantiene una flexibilidad que no obstaculiza profundizar en temáticas que se consideren relevantes en el proceso conversacional pero así mismo posee una guía de preguntas generales que motiven al entrevistador y animen su elaboración discursiva, promoviendo el trato de aspectos temáticos que para el investigador sean considerados esenciales en su proceso de recolección.

La palabra es una forma de acceso privilegiado para entrar a las descripciones que los sujetos posean y por consiguiente para responder a los objetivos de la presente investigación. Si se considera que se apunta a la comprensión de la participación que los padres poseen respecto al proceso de construcción de demandas de atención, mediante la entrevista que se obtiene la mejor técnica para recoger la

información dado que nos referimos a un proceso subjetivo que no puede ser apreciado en su totalidad mediante la observación o el cuestionario.

Plan de Análisis de la Información

El análisis de los datos se realizará utilizando la técnica de análisis por categorías, la cual se realiza mediante la transcripción de las entrevistas a un procesador de textos, para posteriormente acceder a dichos documentos y mediante su lectura profundizar el conocimiento de la información contenida en éstos y de ese modo poseer un conocimiento acabado del material obtenido, gracias a ello se puede retornar al texto cuando fuese necesario y así lograr familiaridad con los datos contenidos.

A partir de lo observado en dicho proceso de lectura se identificarán categorías que permitan ordenar la información, es decir, se procederá a recoger fragmentos de los textos cuyo contenido sea similar e incluirlos en las casillas de categorías. Para dicha operación cada fragmento será codificado para posteriormente ser trasvasiado a la categoría que pertenezca. Ello dará como resultado una matriz de datos que permite realizar la interpretación de éstos con la finalidad de responder a los objetivos propuestos en la investigación, y asimismo, considerando la posibilidad de aparición de información nueva que no corresponda a los objetivos propuestos se incluirá dichos datos en la interpretación final para recoger el fenómeno estudiado en su totalidad.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

El presente apartado reúne el análisis de los datos extraídos desde las entrevistas realizados y que han sido agrupados en la matriz de datos, por ello se encuentra dividido en dos secciones, a decir, el análisis de las entrevistas efectuadas a los padres y el análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales. Se presentan los resultados ordenados por temas, los cuales se hallan divididos en las correspondientes categorías.

Análisis Entrevistas de los padres

Tema: Proceso de derivación.

I.- Categoría: Quejas respecto al niño

La categoría quejas respecto a lo observado en el niño recoge todas aquellas expresiones que denoten conductas, manifestaciones o comportamientos que han sido percibidas en el niño y que mediante el discurso de los padres son significadas como inadecuadas por estos. Dichas quejas pueden surgir de la iniciativa de los padres, familia del niño, médico o a partir de lo observado en la institución educativa por un profesor, por ello esta categoría se subdivide en 4 subcategorías que se analizarán a continuación.

I a.- Subcategoría: Quejas respecto al niño observadas por los padres.

Se observa que los padres realizan comparaciones entre el comportamiento de sus hijos y el de otros niños de similar edad, en dicha operación se concluye que es en el área de las relaciones interpersonales con otros niños donde los padres visualizan mayores conflictivas en sus hijos, lo cual revela la existencia de un ideal de comportamiento respecto a la infancia al que sus hijos no adhieren.

E1 “antisocial, yo lo encuentro a él que es antisocial pero con sus pares con los adultos no”

E2 “en el colegio tenía problemas porque él no usaba la pizarra, él no conversa mucho con amigos”

E4 “por ejemplo niños de 2 años que se tiraban de un resbalín muertos de la risa para ella era una cosa que no es que le diera miedo era un pavor se descontrolaba, se ponía a transpirar, lloraba, era atroz. Todo lo que ocasionara movimiento también era una cosa que realmente la descontrolaba”

E4 “cosas como normales de los otros niños ella no, yo la notaba como mal, que se descomponía, se ponía mal, trataba de hacer cosas y no podía”

E4 “ahí hay como problema con sus compañeras, se lleva muy bien con los adultos, estupendo, y con los niños mas chicos también pero con sus compañeras, ella ha estado como en tres colegios, nos hemos estado cambiando de comuna y el colegio de ahora lleva ya al tercer año ya, pero en los tres colegios que ha pasado siempre ha tenido problema con sus compañeras”

E6 “L siempre a sido así, cuando estaba en kinder o en el jardín también, ahí habían más niños, pero el siempre se aislaba, siempre jugaba solo, además que es hijo único y en la casa pasa solo, porque nosotros de la reja para afuera no lo dejamos salir. O sea no tiene relación con otros amigos o con niños del sector”

También se observa que existen quejas de reacciones somáticas, es decir a sintomatologías que se expresan en el cuerpo del niño causando dolores y/o malestar que irrumpen el funcionamiento esperado, el síntoma en este caso adquiere un carácter somático el cual escapa del control de los padres en la medida en que no tienen soluciones para acallar la queja del hijo. De estas quejas somáticas observadas en el discurso de los padres se encuentran las jaquecas, el dolor de estómago y vómitos.

E2 “cuando hay mucho calor o un poco mas tira el sol le empieza el dolor de cabeza, antes tenía con nauseas y vómitos que tenía que ir a acostarse, pasaba todo el día durmiendo lo que él no hace porque el no duerme en el día, pero son tan fuertes los dolores de cabeza”

E3 “él era demasiado nervioso porque por ejemplo hay situaciones que estemos solo en la noche y que él sienta un ruido, yo le pongo que se le salen los ojos y empieza a moverlos por todos lados como demasiado nervioso”

E4 “se sintió mareada que quiero vomitar, porque es tanto lo que se hiperventila que después realmente queda descontrolándose”

E5 “bueno el J. tenía dolores de cabeza, le costaba mucho dormirse en las noches, dolor de guatita”

I b.- Subcategoría: Quejas respecto al niño observadas por algún miembro de la Institución educativa

En las entrevistas en donde aparecieron expresiones relacionadas a ésta subcategoría se observa que los profesores poseen quejas similares a las halladas en el discurso de los padres respecto al comportamiento de los niños, específicamente en el área de las relaciones interpersonales con compañeros de su nivel.

E1 “Claro me decía ella que era como demasiado alterado, se alteraba con mucha facilidad cuando los niños lo molestaban”

E1 “entonces claro decía agresivo en el sentido de que responde muy fuerte, brusco, una cosa así pero que acusaba a los niños”

E6 “lo que pasa es que L se aísla del resto de sus pares, como dice la profesora, L le gusta jugar solo, no se relaciona con los demás niños”

E6 “Pero de repente se va a otro mundo. Eso me decía la señorita que en clases el L. se iba y que tenía que chispearle los dedos”

I c.- Subcategoría: Quejas respecto al niño observadas por algún miembro de la Institución de Salud

Se encontró en 2 entrevistas expresiones que son posibles de reunir en esta subcategoría, en las cuales se advierte que los profesionales médicos expresan en términos técnicos la etiología causante de las conductas del niño que causan disrupción en los padres y profesores, en estos casos se habla de la ansiedad como motivo de la sintomatología.

E2 “enviado por nefrología porque empezó con una ansiedad”

E2 “por una ansiedad porque empezó, en 2 meses subió como 4 kilos”

E4 “ella me dijo que era un síndrome ansioso”

En todas las quejas observadas se aprecian que existen 2 temáticas principales, una perteneciente a lo observado por padres y profesores que hablan de falencias en

el ámbito de las relaciones interpersonales del niño con sus pares, en el que mediante la contrastación entre el ideal del niño y la observación de la conducta de éste se obtiene una falta que se adjudica al ser del niño, y por otro lado existen por parte de padres y médicos quejas relacionadas con el ámbito somático, es decir, con sintomatología que irrumpe en el cuerpo del niño movilizándolo la preocupación de ambos, las que se pueden entender como ocasionadas por la ansiedad y que devienen en distintas reacciones psicósomáticas en el niño, no obstante este término es nombrado desde el discurso médico y no desde los padres por lo que se puede afirmar que es el médico quien engloba y da un nombre a las quejas observadas por los padres.

II. Categoría: Motivación de consulta a Psicología

Esta categoría recoge todos aquellos segmentos del discurso en que los padres expresan la existencia de una motivación por derivar al niño a psicología, sea esta proveniente de un profesional médico, un profesor, del niño o por iniciativa de los padres. Esta categoría se encuentra dividida en 4 subcategorías que acogen a los 4 actores anteriormente citados.

II a.- Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde el médico

Al hablar los padres de motivaciones provenientes de un médico para la derivación de sus hijos, se observa que utilizan expresiones referentes al

cumplimiento de un mandato u orden que han de consumir, situándose en una relación vertical respecto al médico, es decir, confieren un saber encarnado en la persona del médico el cual dictamina las acciones más adecuadas para el tratamiento de su hijo sin situarse a sí mismos como sujetos con poder de decisión respecto a la palabra del otro.

E2 “entonces justo coincidió de que empezó con la ansiedad y la doctora me lo mandó para acá”

E2 “entonces en el margen de esos exámenes la nefróloga lo mandó para acá, entonces no se alcanzo tampoco la neuróloga a decir, vamos para psicología, sino que antes de que llegáramos con exámenes y todo la nefróloga lo mandó”

E3 “y ella me dijo que era un síndrome ansioso, algo así, y que la iba a derivar a psicología a una terapia”

E4 “y en neurología le pidieron más estudios y lo mandaron al psicólogo”

E4 “yo lo traje al médico por el asunto de los desmayos y ahí como lo mandaron acá”

E6 “yo creo que de esto la doctora, la neuróloga se dio cuenta y por eso lo derivo a la psicóloga, para que sea más abierto”

II b.- Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde los padres

Esta subcategoría agrupa las expresiones que se ajustan a motivaciones por realizar una derivación proveniente de los padres, en este caso se aprecia que los padres intuyen que existen síntomas en sus hijos que van más allá de una explicación del ámbito biomédico, y por ende sus demandas no poseen una respuesta desde lo médico. En los casos en que se formula la existencia de una necesidad que puede tener respuesta desde la psicología existe una inquietud por acceder a una interconsulta hacia el área de la psicología la cual no es acogida por el médico, instancia en la cual los padres insisten por acceder a una derivación a psicología.

E1 “escuchando reportaje en televisión y viendo un montón de cuestiones, no es sólo él uno piensa que es como que es muy alharaco yo lo tomaba por ese lado, entonces le comenté a su doctora la bronco pulmonar que lo atiende, le comenté”

E1 “yo hacía rato que me venía dando cuenta de algo de L., o sea en su forma de ser para mí no era cien por ciento no se si decirlo normal, pero yo me daba cuenta que L. tenía como problemas”

E4 “siempre tenía la duda de si era de la enfermedad misma o era de otra cosa, si era de otra cosa de que lo que era, era cosa como del equilibrio, como susto pero no era a las alturas, una cosa rara así yo sigo sin entender de que cosa es”

E4 “y como justo tocó el cambio de doctor después de tantos años se lo vuelvo a comentar me dice “bueno alguna otra cosa”, “bueno si” le digo yo esto, “ah no” me dijo eso es mejor verlo”

E5 “nosotros llegamos a psicología por que yo hable con la tía L”

E5 “entonces la tía L yo le conté y ella me dijo que le iba a conseguir, me dio un papelito para llevarlo a psicología y ahí llegamos”

II c.- Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde el colegio

Esta subcategoría recoge las expresiones que provienen desde el ámbito de la institución educativa, específicamente los profesores, en donde existe la formulación directa de una demanda hacia los padres para que estos inicien una consulta a psicología. La motivación de los profesores articula de forma directa la necesidad de una intervención psicológica en los niños, palabra que posee un valor significativo para los padres, no obstante no se aprecia a cabalidad que compartan dicha necesidad

siendo difícil precisar si se sitúa a un nivel de recomendación, orden u interés compartido.

E1 “Hacia hartos meses atrás en el colegio la profesora me decía que L necesitaba terapeuta”

E1 “yo le comenté a la doctora le dije que en realidad a mí me había dicho la profesora que necesita psicólogo si era posible”

E1 “No, ella me dice un terapeuta un psicólogo habría que ver, me dice, la posibilidad de consultar, porque me dice yo siento que L. necesita algo”

E5 “la profesora nos mando a llamar y de ahí fue cuando empezamos a ver más el apoyo psicológico para ver que estaba pasando con J.”

E6 “Bueno nosotros llegamos más que nada por el tema que le contaba de la directora del colegio y la profesora jefe”

II d.- Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde el niño.

En esta subcategoría sólo se encuentra que en una entrevista se plantea la existencia de una formulación proveniente del niño por acudir a psicología, ya sea que existen dificultades en articular una demanda por parte del niño o falta de interacciones comunicativas verbales entre el niño y sus padres que hagan emerger dicha motivación, resulta interesante plantear el cuestionamiento de que quien es la principal persona involucrada en el proceso terapéutico no aparece en el discurso de los padres como sujeto implicado por una motivación en la derivación hacia psicología.

Cuando el niño logra expresar su deseo de concurrir a un tratamiento este fue reconocido por los padres como un niño que esta sufriendo, lo cual les moviliza a realizar acciones que den respuesta a la petición del niño.

El “porque él sentía como extraño, de hecho una vez el me lo pidió llorando de que lo trajera que lo llevara a un psicólogo y ahí fue cuando yo me decidí ir a hablar con la doctora, entonces yo ahí dije bueno, bien no está”

En estas categorías se aprecia que las motivaciones de realizar una consulta a psicología provienen de diversos lugares: de la institución de salud por medio de la palabra de los médicos, por parte de Instituciones educativas por medio de los profesores, por los padres del niño y solamente en un caso por parte del niño. Es

interesante destacar que la motivación del niño surgió de forma infrecuente en el discurso de los padres, como una singularidad, pero invistió un gran valor en la movilización de estos, y asimismo existe una significación de mandato a las derivaciones que surgen desde profesionales médicos lo que enuncia una relación vertical entre los padres y el médico, que tampoco advierte si el niño o niña desea o no dicha atención.

III.- Categoría: Conocimiento del diagnóstico médico del hijo.

Esta categoría agrupa las expresiones que demuestren conocimiento por parte de los padres del nombre y características de la enfermedad de sus hijos. El hospital abordado esta orientado y especializado a la atención pediátrica y por ello una gran mayoría de niños que ingresan a atención psicológica poseen una enfermedad orgánica diagnosticada con anterioridad. Dado que el procedimiento de derivación a la unidad de psicología proviene del interés de otras unidades del hospital resulta interesante examinar si los padres reconocen en sus hijos una enfermedad, el diagnóstico y sintomatología relacionada a ella, puesto que demuestra la presencia de una preocupación frente a la problemática del niño.

E1 “era un quiste adherido al pulmón y también tiene un tercio del lóbulo superior izquierdo inactivo prácticamente muerto”

E2 “porque ellos sufren de síndrome de Alport”

E2 “Esa es una enfermedad renal. De los cuatro años se les declaró a los dos, el mayor empezó primero y de ahí con examen que le hicimos al más chico y salió que era lo mismo”

E4 “C. tiene epilepsia desde que era guagua”

E6 “Lo que pasa es que L es u niño prematuro, nació con una hemiparesia en su lado izquierdo”

La observación del material asociado a esta categoría demuestra que los padres poseen conocimiento del diagnóstico médico de su hijo, siendo posible de caracterizar y nominar con términos técnicos, además se observa que los padres logran expresar el momento que en la vida de su hijo fue realizado el diagnóstico, siendo este generalmente en los primeros años de vida.

IV.- Categoría: Actitud en el proceso de derivación

Esta categoría comprende las descripciones de los padres respecto a la forma y modo en que médicos, niños y sí mismos se comportaron al momento de realizarse la interconsulta a la Unidad de Psicología. Compuesta por 3 subcategorías permite observar los afectos y el lenguaje asociado a dicho momento, en todas ellas, cabe señalar, que la consulta médica posee como paciente o consultante al niño.

IV a.- Subcategoría: Actitud en el proceso de derivación del médico

Se observa que los padres mencionan conversaciones en las que el médico acepta o rechaza la palabra del paciente o los padres, es decir, la actitud percibida por los padres hace referencia a la capacidad de escucha por parte del médico a las quejas de padres e hijos, siendo el acento en este elemento necesario de considerar al hablar de las valoraciones que los padres dan a la relación entre médico y paciente.

E1 “entonces allí la doctora me dijo, ya vamos a derivar, ya en todo caso ella estuvo conversando con él y ahí L. igual estuvo contándole le corrieron sus lágrimas por el hecho de que los niños lo molestaban y la doctora me dijo, de verdad me dijo es mejor derivarlo a un psicólogo”

E4 “yo le comentaba esto al doctor, al neurólogo y me decía: no, no te preocupes si son distintas personalidades, entonces será”

E4 “llegamos a psiquiatría y nos atiende una doctora, no sé como se llamaba, muy agradable y muy dije, y ahí empezar a contar todo, empecé a contar un poco de la dinámica familiar, estos sustos de la C., de su epilepsia, de su DAT absolutamente de todo conversó con ella”

E4 “justo se dio la oportunidad que me escuchó esta doctora la neuróloga y me dijo inmediatamente la vamos a mandar a psiquiatría, así que desde entonces estamos viniendo para acá”

IV b.- Subcategoría: Actitud en el proceso de derivación de los padres

Se percibe que los padres aceptan el proceso de derivación de sus hijos, lo cual se puede interpretar a que atribuyen que la derivación concierne implícitamente a la búsqueda de un bienestar para los niños por lo que aceptan el proceso dado que trasciende en un beneficio, por tanto el hospital está significado como un lugar en donde se produce la cura y que aunque no se comprendan los procesos y motivos a cabalidad de la derivación se acepta participar en ella.

E1 “La verdad es que yo sentí como un alivio, porque yo sentía que él necesitaba de ayuda que yo no se lo sabía dar”

E4 “No, no, no, como que era lo normal ese proceso digamos pasar de psiquiatría a psicología para supuestamente mejorar todas estas ansiedades que ella tenía”

E6 “los procesos que va cambiando, a él lo van derivando, incluso tenemos hora con la psiquiatra también, que está esperando que ella termine con su colega para verla ella.”

Como conclusión se aprecia que los padres consideran que el paso de su hijo a psicología corresponde a un conducto regular dentro del hospital. Por otro lado se observa que los padres ubican la derivación a psicología como un espacio donde ellos podrán ser ayudados en torno a la problemática que tiene su hijo, la cual ellos no han podido solucionar de forma directa.

IV c.- Subcategoría: Actitud en el proceso de derivación del niño

Las actitudes de los niños referidas por los padres dan cuenta de un proceso en el que el médico establece una conversación con el niño, para a partir de las expresiones aparecidas en el relato de éste designar la existencia de un padecer que debe ser atendido por la unidad de psicología, las posibilidades de percibir actitudes en el niño se encuentran en los discursos observados en referencia a la interrogación de un médico.

E1 “ella estuvo conversando con él y ahí L. igual estuvo contándole le corrieron sus lágrimas por el hecho de que los niños lo molestaban y la doctora me dijo, de verdad me dijo es mejor derivarlo a un psicólogo”

E4 “de todo conversó con ella porque la C. estaba súper preocupada y no hablaba nada, súper tímida, y ahí entonces me aviso que lo que venía ahora era terapia psicológica”

E4 “en realidad ella nunca me hace ningún problema cuando le llevo a un doctor, que la llevo aquí que la llevo acá, que el electro, que el scanner, que esto, que lo otro, no nunca, se podría decir que esta como acostumbrada a ir a donde tenga que ir no mas”

Como conclusión se aprecia que algunos hijos de los entrevistados fueron interpelados por el médico en el proceso de derivación, sin embargo en las citas expuestas se observa solamente el proceder que el médico ha sostenido con el niño, no así la actitud que el niño adquiere ante dicho proceder. Los padres enuncian conductas que sus hijos expresaron en el proceso, conductas que no exponen si el niño esta de acuerdo o no con la derivación, por lo que no se puede establecer de forma clara cual fue la actitud que percibieron los padres en sus hijos en este proceso, cuestión que resulta interesante de analizar ya que pone en evidencia el lugar que le es dado al niño en la derivación.

V.- Categoría: Sentimientos de los padres frente a la problemática del hijo

Esta categoría agrupa los sentimientos aparecidos en el discurso de los padres ante el problema de sus hijos, dichos afectos son evocados en relación a las dificultades percibidas y a la imposibilidad de dar respuesta a la problemática en sus hijos. La angustia emerge como un afecto común en la mayoría de las entrevistas, ya sea de manera directa o indirecta, sin embargo cabe mencionar que ante no saber lo que ocurre en sus hijos y la dificultad por entregar consuelo se abre paso a un sentimiento de incertidumbre en los padres, lo que configura un espacio para un otro

ayude a colmar esa falta. En este pasaje sin lugar a dudas y mediante la emergencia de la angustia se evidencia que los padres sienten aflicción al no poder completar ese vacío.

E1 “entonces a mí eso me tenía como terriblemente angustiada”

E1 “a mí me asusta su forma de ser del L.”

E3 “entonces a mí eso ya me tenía, yo ya no hallaba que hacer de qué manera tratar de evitar esa situación”

E4 “entonces en realidad más que nada como una inquietud mía”

E5 “porque cuando yo traje a J. yo estaba muy angustiada por todo el entorno que estaba viviendo”

E6 “Lo que pasa es que L. exige cosas que no están a nuestro alcance, a él le gusta mucho la televisión, él hace monos, nos hace títeres, incluso yo con una caja de una lavadora yo le hice una ventana y él se mete adentro y dibuja los personajes de la televisión y después los pinta y después actúa ahí, entonces quería ir a Miami, quería ir a buscar a Don Francisco, y yo le decía pero L eso no se puede, hay que ir en avión, entonces esas cosas como que nos cuesta a nosotros”

Se instala una preocupación en los padres al no poder entregar solución a las dificultades percibidas en sus hijos, ante ello se toman de la palabra “angustia” como palabra significadora de las sensaciones que les aparecen en este escenario, es decir, que cuando se produce la imagen de un conflicto en sus hijos ellos comienzan a gestionar intervenciones que apunten a solucionar la problemática, ante el resultado infructuoso de estas emergen otros actores que puedan ayudar a los padres en tal acto.

Tema: Implicación de los Padres

I. Categoría: Sentimientos descritos por los padres surgidos a partir del proceso psicoterapéutico de sus hijos.

Esta categoría agrupa las expresiones que se refieren a los sentimientos emergidos en los padres a raíz del proceso terapéutico de sus hijos, es decir, lo que para ellos ha significado el acompañar a sus hijos en el proceso terapéutico. Se aprecia que los padres realizan una comparación entre lo que sentían antes del comienzo del tratamiento y lo que al momento de la entrevista perciben, lo cual se caracteriza por una sensación de apoyo, lo que trae como consecuencia una reducción de la sensación de angustia percibida en sí mismos. El tratamiento de sus hijos y el modo en que se ha establecido la relación con el terapeuta posee efectos que alcanzan a los padres en relación a la tranquilidad que para ellos es el apoyo a sus hijos brindado en la concurrencia a un tratamiento psicológico.

E 1 “Bueno para mí ha sido como una ayuda bastante grande, o sea no me siento así como en el aire, de hecho me siento que estoy he más tranquila porque se que él, a lo mejor más lento en él, pero que a él le esta haciendo efecto”

E 3 “yo siento que nos ha hecho bien a todos o sea para mí igual me ha hecho bien”

E 4 “o sea tratar de encontrar el equilibrio, ahí estamos, en eso estamos, pero no ha servido mucho, a mi me ha servido hartó”

E 5 “me ha ayudado bastante porque cuando yo traje a J. yo estaba muy angustiada por todo el entorno que estaba viviendo”

E 5 “entonces es algo que me ha ayudado tanto a mi como a J”

E 6 “Para nosotros ha sido bueno, además que el L. se relaciono bien con ella”

A partir de la verbalización de un bienestar y tranquilidad por parte de los padres se puede pensar que en ellos ha existido un cambio que se inicia una vez que sus hijos comienzan el proceso terapéutico, lo que revela que aunque el paciente sea el niño existen efectos en los padres debido a la existencia de un vinculación de ellos a la problemática del niño, y que al intervenir, cambiar o modificarse un aspecto de dicha problemática por la intervención del psicólogo devienen consecuencias relacionadas con la sensación la tranquilidad en los padres.

II.- Categoría: Participación de los padres en el proceso psicoterapéutico de sus hijos.

Esta categoría se refiere a los modos en que los padres manifiestan su participación en el tratamiento psicológico de sus hijos, es decir, agrupa aquellas expresiones en la que los padres realizan observaciones que demuestren de participación con la terapia de sus hijos. En esta se desprende que realizan una correlación entre el grado de implicación y la asistencia de sus hijos al tratamiento, ya sea acompañados por ellos u otros familiares cercanos, la asistencia es vista como una forma de compromiso con el proceso terapéutico.

E 2 “o sea por ejemplo ellos venían semana por medio, entonces la semana que no venían ellos venía yo”

E 2 “entonces igual como estar más metidos con ellos, más apoyo, porque igual he venido lo que más he podido”

E 3 “y nosotros hemos venidos todos o sea ha venido los hermanos, ha venido el papá,

°Se observa también la utilización de la expresión “traer” relacionada con la asistencia a las sesiones psicoterapéuticas, ello se puede entender como el resultado de la evidente necesidad de orientación en el niño para desplazarse con autonomía de modo tal que no puede concurrir por sí solo a la sesión, pero además se puede

desglosar que existe una dependencia hacia los padres dado que si estos no concuerdan con la existencia de una necesidad de tratamiento en el niño éste no podrá iniciar un tratamiento psicológico.

E 4 “No yo he sido súper involucrada, o sea en todo lo de ella, o sea si no la he podido traer a sido estrictamente por trabajo pero no, siempre súper preocupada en las cosas de ella”

E 3 “Yo creo que trayéndolo, no faltando a las citas con psicólogo, yo creo que de esa manera lo estamos ayudando”

El acompañamiento que los padres realizan para con sus hijos en el proceso de la terapia permite crear espacios de conversación con el psicólogo en los que estos se implican en la terapia de sus hijos, abriendo la posibilidad para que emerjan demandas por parte de los padres y el conocimiento del desarrollo de la terapia.

E 5 “En la manera de ayudarlo, a la tía le pregunto que como van las cosas, que esta pasando”

E 5 “Después que J. entra un ratito a sesión entro yo y ahí conversamos de lo que ha ido trabajando, de lo que ha pasado de cómo lo vemos y estando a veces J. dentro de la sesión”

E 2 “entonces igual como que estábamos así bien comprometidos dentro de lo que pasaba, después venía a conversar a grandes rasgos durante una hora lo que ellos pensaban, que podíamos hacer o que pensaba yo”

E 3 “igual habían semanas en que yo no podía venir y que venía mi hijo, pero siempre he estado sabiendo cada ciertas semanas venía yo y me enteraba de lo que pasaba”

E 4 “cuando la vi se la comente a ella, tú nos puede citar a los dos, si me dijo, entonces ahí vinimos los tres y la verdad es que a mí me sirvió mucho pero yo creo que hacen falta más”

Acompañar a sus hijos a las sesiones es significado por los padres como una expresión del compromiso que poseen con el proceso terapéutico, evidenciando que la existencia de una demanda de los padres es esencial para que se instale un proceso terapéutico, y que a partir de ello se pueden establecer espacios de conversación entre el terapeuta y los padres que inciden en el desarrollo de la terapia.

III.- Categoría: Cambios que los padres perciben que han tenido sus hijos a través del proceso psicoterapéutico.

Esta categoría recoge expresiones que señalan los cambios observados por los padres en sus hijos en el transcurso del tratamiento psicoterapéutico. Los padres

perciben cambios en los niños sobre el área de las relaciones sociales de éstos, sobre todo en las interacciones de los niños con sus pares, lo cual se corresponde con las quejas anteriormente descritas dado que las distinciones realizadas por los padres respecto a las dificultades de sus hijos atañen a problemas en la interacción con otros niños, por ello se puede concluir que la atención de los padres se focaliza en los cambios ocurridos en esta área en particular.

E 1 “ahora él me dice, no estuvimos conversando, estuvimos jugando el taca-taca, o estuvimos jugando, un amigo llevó unas cartas de esas cartas que juegan ellos, entonces yo por ese lado he notado que está un poco más sociable”

E 2 “ya después viniendo a terapia, como que empezó a jugar más con sus compañeros a integrarse un poquito, no como hubiese querido yo pero un poquito más, ya por lo menos conversaba, hablaba con sus compañeros”

E 4 “el otro día estuvo una amiguita en la casa y me encanta por que la veo tan contenta”

E 3 “ahora último ha estado más en contacto con ellos no ha estado tanto en la casa ha salido más, lo que antes no salía porque temporada de colegio salen el puro fin de semana, en la semana no salen a jugar ni a nada solamente en la casa”

El acto de jugar aparece como denominador común en el discurso de los padres para describir cambios en sus hijos, la actividad lúdica puede ser significada como referente en los padres para evaluar el bienestar de los niños, produciendo inquietud en estos cuando no se presenta. También se encuentran referencias a la ansiedad, expresadas en un mejor afrontamiento de ésta por parte de los niños apareciendo en una actitud de mayor tranquilidad para sus padres lo que se traduce en una disminución de conflictos con sus pares.

E 3 “Ha tenido varios cambios porque al principio cuando recién empezamos a venir él se relajó y empezó a estar más pasivo, porque qué es lo que pasa con el hermano del medio pelean demasiado, peleaban, ahora están como más relajados”

E 5 “En cambio ahora no, es más espontáneo para decir cuando las cosas le suceden, en el mismo colegio también, cuando han tenido problemas en el colegio”

E5 “la disminución del dolor de cabeza, ya no está, se acabaron los dolores de cabeza, las emociones las maneja mucho mejor porque antes yo le decía J. se te cayó esto recógelo o por qué lo hiciste y él lloraba, ahora él trata de manejar mejor sus emociones”

Se observa por tanto que los padres describen cambios en los niños atribuidos a los efectos de la terapia valorándolos positivamente los que tienen como efecto una mejora en la relación de los niños con sus pares. Dichos cambios ocurren a nivel de la

conducta observable, a saber, acciones concretas, no encontrándose referencias respecto a las fantasías, imágenes o pensamientos que los niños pudiesen tener, apareciendo dicho espacio velado del campo de percepciones de los padres, siendo muy difícil afirmar o negar si han existido cambios en dicho espacio, lo cual se puede relacionar a que las quejas iniciales de los padres no explicitaban una preocupación en dicha área, por ello la atención y distinción de cambios se concentraba específicamente los comportamientos visibles por los padres.

IV.- Categoría: Opinión dada por los padres acerca de lo que el niño siente respecto al tratamiento psicológico que está cursando.

Esta categoría recoge todas las opiniones de los padres que hacen referencia al modo en que su hijo se vincula con el proceso terapéutico, es decir, las actitudes que presentan los niños frente a su participación en el trabajo psicológico.

Se observa en esta categoría que los padres describen que el niño tiene una postura de agrado frente al tratamiento, asistiendo de forma motivada a las sesiones de psicología e involucrándose del proceso de una manera entusiasta.

E2 “A ellos les ha gustado, les ha gustado, incluso me preguntan cuando vamos, salen de vacaciones y en Marzo empezamos y volvemos al tiro”

E2 “a ellos les gustaba venir y les gusta venir, por ejemplo me dicen, ¿nos toca psicóloga hoy día?, no vamos a tal parte, a que fome”

E4 “La C acá se ha enganchado mucho con eso, viene feliz”

E5 “Bueno y J. viene contento acá, no es que tú lo traigas obligado, no es que diga ya J. te toca con la psicóloga no que lata, él viene feliz de venir acá”

La actitud con la cual el niño asiste en terapia se encuentra relacionada a juicio de los padres con el tipo vínculo que establecen con el terapeuta, destacándose la capacidad para generar una relación de confianza entre el niño y el psicólogo como parte fundamental para el desarrollo del proceso dado que es en esa relación donde el niño puede expresar su malestar y sentirse acogido en su problemática.

E1 “y que está él también se siente como apoyado”

E2 “aquí se adaptó súper bien a la doctora X o sea a la señora X, se ganó la confianza de él porque empezó después de la segunda sesión ya conversaba con ella”

E4 “Bien, súper bien, ni un problema, la K es súper amorosa, la C viene contenta”

E6 “por eso le digo que con la psicóloga el encajo súper bien, porque los días que le toca venir él está ansioso, me dice tenemos que ir donde X”

Las descripciones que los padres realizan respecto a los niños surgen a partir de las actitudes que ellos perciben en éstos, estando caracterizada por el hecho de que los niños poseen interés por concurrir a las sesiones, lo que manifiesta por una parte un deseo en el niño por participar en el proceso terapéutico, y por otra que dicha motivación tiene relación directa con el modo en que se vinculan con el terapeuta.

E4 “entonces y siempre sale muy contenta y viene contenta también, entonces es súper motivador traerla”

El agrado del niño por asistir a la terapia es plausible de ser ligado a la actitud de los padres frente al tratamiento, dado que si el niño se observa motivado los padres a su vez se relacionan con la terapia de un modo equivalente. Se puede distinguir que la importancia del vínculo entre terapeuta y niño posee consecuencias en el modo en que la postura de los padres con el tratamiento de éstos.

V.- Categoría: Explicaciones que los padres se realizan respecto al origen de la problemática de su hijo.

Esta categoría agrupa aquellas expresiones de los padres que se refieren a la explicación que le dan a la problemática de su hijo, es decir las manifestaciones que revelen las causas del malestar del niño. Se observa que todos los padres de la muestra se explican de algún modo la aparición de la sintomatología en sus hijos.

E1 “desde que me separe yo L como que hubo un tiempo en que él estuvo así como parejo, como que no expresó nada por la separación, pero yo siento que después si a él lo marcó y de ahí a lo mejor ha sido cuando empezó su, todo su proceso”

E1 “Si después como en tercero o cuarto por ahí, como en cuarto como que empezó a crecer y empezó, o no se si empezó a absorber los problemas que él veía, no grandes problemas pero problemas al fin”

E3 “él tenía una profesora que era muy apegado a él y él muy mimado por ella y paso que el segundo semestre la profesora lo dejo solo para que él tomará el rumbo y a él parece que eso le, no se qué pasaría en él que tuvo un cambio que bajo al punto de quedar repitiendo ese año”

E5 “cuando mi mamá ya llega a la casa ahí empiezan a presentarse estos síntomas en J. , porque ya no era que la iba ver al hospital sino que ya estaba en la casa, requería mucha mas atención de la que necesitaban ellos. Y ahí empezó en la noche, era en las noches, con dolores de guatita y dolores de cabeza”

En estas citas se aprecia que las explicaciones de los padres revelan la creencia de que a partir de dificultades en las relaciones interpersonales se gatilla en el niño el malestar psicológico, en los casos citados se habla de la pérdida de contacto con personas consideradas relevantes para el niño, lo que le afectan de una manera tal que da como resultado la expresión de una sintomatología. Los niños por lo tanto al

perder una figura significativa para ellos como lo es el padre, la profesora o la madre comenzarían a manifestar su sintomatología, desde aquí la explicación de los padres sobre la posible causa de la problemática del niño la que se une a la pérdida de un otro considerado por los padres como valioso para el niño.

Por otro lado bajo esta categoría se observa la descripción de un proceso en el que niño fue perturbado por las consecuencias que conllevan el tener una enfermedad de origen orgánico, padecer una enfermedad desde el discurso de los padres puede actuar como un estresor en el niño que actúa de forma acumulativa en la medida que transcurre la enfermedad y los procedimientos que se llevan a cabo por la misma, lo cual deviene en una merma del ámbito emocional en el niño.

E2 “ellos iban a necesitar una ayuda psicológica, porque son muchas cosas, mucho examen, eh de repente le salen mal los exámenes y la otra semana vuelvo de nuevo y no hay examen”

E4 “yo creo que ella estuvo tanto tiempo como metida en este cascaron de que no, mejor no la dejemos ir al cumpleaños por que le pude venir una crisis que no mejor no la mandemos al colegio por que esta media resfriada y le va subir la fiebre y le van a venir las convulsiones no”

E4 “no por que la enfermedad le produzca que no esté como amistosa, no creo que eso tenga que ver, pero si a lo mejor como secundario puede tener que ver”

Como conclusión se puede observar que la sintomatología del niño posee una explicación por parte de los padres quienes la piensan desde un lado como producto de una pérdida de una figura significativa para él o como producto de la merma que han sufrido las relaciones interpersonales por causa de una enfermedad de base que tienen los hijos.

Tema Tratamiento Psicológico

I.- Categoría: Percepciones u opiniones que los padres tienen respecto a que es la psicología.

Esta categoría reúne las impresiones que los padres tienen respecto a la Psicología, es decir, a las características que le atribuyen a la disciplina. Las nociones que se pueden apreciar destacan que los padres poseen la representación de que es un apoyo que se otorga a las personas, en este caso a sus hijos, como principal finalidad de la psicología, en donde sus hijos en tratamiento están siendo ayudados por los terapeutas.

E3 “Para mí no es psicología, no es algo nuevo ni que me llame la atención, ni que me asuste porque yo he estado en tratamiento psicológico, entonces para mí es una ayuda mas”

E5 “Yo creo que es ayudar al paciente en las etapas que esta pasando, a lograr comprender las cosas que le suceden”

E6 “Como todos dicen que es bueno, que de repente a un niño lo tome una psicóloga”

E2 “No yo si, yo entendía, yo se igual que las psicólogas son una gran ayuda, dependiendo de las circunstancias”

Existe también la idea que un tratamiento en esta área contempla una duración prolongada, reflexión que surge posiblemente desde la comparación que realizan entre los tratamientos en medicina y la atención psicológica, siendo esta última considerada como una disciplina que requiere mayor tiempo para solucionar la problemática. Dichas expectativas revelan la postura de los padres frente al tratamiento y una apreciación de que las causas de la problemática son de una índole particular.

E1 “yo se que esto es para largo las sesiones psicológicas, el tratamiento”

E4 “yo creo que son cosas para largo, de largo tiempo”

E4 “se que es para largo”

E5 “que se me imagina que eso es más largo”

Además algunos padres exponen la existencia de una representación en donde se liga a la psicología con el tratamiento de personas gravemente perturbadas en su juicio de realidad, aludiendo que este planeamiento toma un lugar de prejuicio en la sociedad respecto al área en el cual se desempeña la psicología, no obstante lo anterior, señalan que actualmente este prejuicio a cambiado, por lo que ellos no distinguen la psicología desde ese ámbito, sino mas bien desde un lugar de ayuda que no contempla solamente a los designados como “locos”, este planteamiento los padres lo argumentan desde distintos lugares, es decir, desde su propia experiencia en psicología, desde lo escuchado en conversaciones y/o lo observado en los medios de comunicación masivos.

E1 “no dudaría en llevarlo a un psicólogo si fuese necesario. No me trauma que él este con psicólogo (risas) o sea encuentro lo más normal en estos tiempos como están las cosas”

E2 “porque igual hay gente que todavía piensa que un psicólogo y un psiquiatra son para locos, entonces los que o han estado en control no saben que ayudan y no es necesariamente para locos sino también para conversar problemas y después ir solucionando”

E3 “Para mí no es psicología, no es algo nuevo ni que me llame la atención, ni que me asuste porque yo he estado en tratamiento psicológico, entonces para mí es una ayuda más”

E3 “Yo pienso que a todos los niños les hace bien, lo que pasa es que está mal catalogado porque todos creen que porque van al psicólogo están locos, porque es un mito que la gente hace porque toda persona ajena que no ha ido nunca al psicólogo lo trata así, pero yo encuentro que hace súper bien”

Por lo tanto bajo esta categoría se puede observar que la mayoría de los padres entrevistados poseen opiniones respecto a la psicología y a su participación en el proceso psicológico con sus hijos, en donde el tratamiento se significa como una ayuda para sus hijos, y además que dicho proceso posee como característica el poseer una amplia extensión en el tiempo, por último se afirma que un trabajo desde la psicología no es actualmente exclusivo de personas con perturbaciones graves en su personalidad como antes se pensaba. Estas características hablan de los significados que le confieren a la psicología, y en particular, al tratamiento que sus hijos realizan en el ámbito de dicha disciplina.

II.- Categoría: Motivos por los cuales los padres perciben la necesidad de tratamiento psicológico.

La presente clasificación congrega las expresiones de los padres que hablan acerca de los motivos por los cuales ellos creen que sus hijos requieren tratamiento psicológico. Todos los padres expresan alguna motivación por la que consideran adecuado un tratamiento psicológico en los niños, en general han percibido

comportamientos y características en los niños que les originan preocupación dado que son percibidas como inadecuadas a su juicio.

E1 “Si, si la verdad es que yo hacía rato que me venía dando cuenta de algo de L., o sea en su forma de ser para mí no era cien por ciento no se si decirlo normal, pero yo me daba cuenta que L. tenía como problemas”

E2 “yo en algún momento iba a pedir porque es muy reservado”

E3 “entonces yo igual sentía que el M lo necesitaba por sus actitudes”

E4 “cuando era más chica también le preguntaba al doctor: ¿doctor será la epilepsia o no?, no, no creo si esto debe ser porque es tímida, ya se le va a pasa” entonces siempre tuve mi duda ¿esto será lo mismo?”

E5 “tenia dolores de cabeza, le costaba mucho dormirse en las noches, dolor de guatita, eran como todas cosa psicológicas psicomáticas”

E6 “L siempre a sido así, cuando estaba en kinder o en el jardín también, ahí habían más niños, pero el siempre se aislaba, siempre jugaba solo”

Los entrevistados generalmente aluden a que el niño necesitaba algún tipo de apoyo para su problemática, sin embargo se aprecia que la mayoría de los padres no

realizan la consulta de forma inmediata a la aparición de la sintomatología del niño, además se evidencia que los padres se cuestionan respecto a la sintomatología de su hijo, lo que les inducen a pensar que lo que sucede a su hijo no es normal y que por ello merece ser evaluado por un profesional de la salud.

Además se puede observar que los entrevistados no se perciben a sí mismo como sujetos que necesiten de ayuda, situando solamente a sus hijos en el lugar de pacientes. Por otro lado se logra apreciar que el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la llegada a consulta no es inmediato ya que los padres comienzan a gestionar sus propias intervenciones y soluciones.

III.- Categoría: Conversaciones sostenidas entre padres e hijos referentes al tratamiento psicológico.

Las conversaciones dadas entre padres e hijos respecto al tratamiento psicológico se dividen en dos según el momento en que se realizan: conversaciones efectuadas antes del inicio del tratamiento, como una forma de informar al hijo que implica estar en un tratamiento y que se desarrollaría en este y aquellas que ocurren durante el tratamiento.

En la primera de ellas se encuentra que los padres introducen a sus hijos respecto a lo que van a hacer en psicología, explicándoles que conversarán con el terapeuta sobre los posibles problemas que ellos tuviesen.

E2 “a los niños igual traté de explicarles o sea como se podía, si yo les decía no más que ellos venían acá a conversar porque siempre preguntan, a qué vamos, donde voy, que nos toca hoy día, que vamos a hacer hoy día, a que vamos”

E5 “y yo les decía que ellos venían a conversar, que les iban a hacer unas preguntas y que iban a conversar si tenían algún problema, si tenían alguna duda, por si pasaba algo”

Por otro lado en las conversaciones que se dan una vez que el tratamiento está en desarrollo poseen como denominador común el que los niños no relatan completamente lo que realizan en sesión, bajo esta categoría se puede ver que padres e hijos mantienen conversaciones acerca del tratamiento, pero sin embargo lo que ocurre en la sesión adquiere un nivel de privacidad entre niño y terapeuta, configurándose como un espacio de intimidad para el niño.

E1 “No, la verdad es que a L. yo le pregunto, igual yo me doy cuenta de que él no me dice todo, yo le pregunto de qué conversaron hoy día, no me dice, bueno de lo de siempre me pregunta que he hecho, me pregunta, yo le digo, te pregunta el papá, que a él no le gusta mucho hablar de su papá, eh bueno”

E3 “porque un día yo le dije que por qué no me contaba que para qué me va a contar a mi si le cuenta a la psicóloga esa fue la respuesta de él, yo prefiero contarle a ella que contarte a ti me dice”

E4 “sea no estoy así como ahí metida encima, pero tampoco puedo ser tan avasalladora de meterme en esta cosa que también para la C es como una cosa mas privada, entonces cuando ella me quiere contar yo le preguntó igual pero si ella no me quiere contar ya ok no me cuenta, pero yo creo que lo normal no mas”

E5 “Si, le pregunto, las veces que yo no paso a hablar con la tía le digo oye J. que hiciste hoy día, hablaron, J. cuéntame. Hay veces que me cuenta, hablamos de esto”

E6 “No, no me dice nada, yo le pregunto L. que conversaste con X, que viste con X”

Se observa en el relato de los padres la presencia de un interés por conocer que contenidos se tratan en las sesiones de sus hijos, ante lo cual los niños se muestran reticentes de dar respuesta a dichas inquietudes adquiriendo el espacio terapéutico un borde cuya instalación permite la privacidad entre lo realizado por el niño y su terapeuta.

IV.- Categoría: Conversaciones sostenidas entre los padres y el psicólogo dentro del tratamiento psicológico.

En esta categoría se agrupan las expresiones que versan sobre las conversaciones realizadas entre los padres y el terapeuta, en ella se aprecia a partir de los discursos de los padres que en su generalidad han mantenido por lo menos una conversación con el psicólogo respecto al tratamiento de su hijo, sin embargo se distingue que existen algunos padres que conversan de forma continua con el psicólogo, es decir, sesión a sesión a otros que sólo han conversado con éste en las primeras sesiones, denominadas preliminares.

E2 “aparte de las sesión de ellos, ellas conversaban conmigo sola, entonces hablábamos de qué se podía hacer, cómo se podía ayudar, qué podíamos conversar, cómo se podía ver en torno la familia”

E3 “A la otra sesión cuando venimos de nuevo la psicóloga me comenta lo que están haciendo pero también así a grandes rasgos”

E4 “estuvimos un día, una mañana hablando un montón de rato, estuvimos los dos con mi marido y después nos hemos estado turnado, una vez uno, una vez otro que viene con ella. Entonces hemos conversado hartito, no solamente de esta cosa con la que entro, el cuento de los sustos, sino que un montón de otras cosas que van saliendo”

E5 “Después que J. entra un ratito a sesión entro yo y ahí conversamos de lo que ha ido trabajando, de lo que ha pasado de cómo lo vemos y estando a veces J. dentro de la sesión”

E6 “Claro eso es lo que nosotros en un principio le dijimos a ella que nosotros queríamos saber como manejarlo”

Los padres en su generalidad muestran que han existido conversaciones con el psicólogo, si bien estas no se dan con la misma frecuencia en todos los casos permiten a los padres conocer la forma en que se desarrolla el tratamiento, es decir poseen directa relación con el modo en que los padres son implicados en la terapia encontrándose que cuando existe una mayor frecuencia hay una mayor comunicación entre los padres y el terapeuta.

V.- Categoría: Atribuciones que los padres le otorgan a lo que indica el psicólogo.

La categoría atribuciones que los padres le otorgan a lo que indica el psicólogo agrupa las expresiones encontradas en el discurso de los padres que exterioricen las facultades que le confieren a la palabra psicólogo y que exponen el saber que implícitamente suponen que posee como profesional. En la mayoría de las entrevistas el psicólogo aparece como una persona a quien el niño puede confiar sus preocupaciones, las que en muchas ocasiones no se les ha confidenciado a los padres.

E3 “porque a uno a veces los hijos le dicen “no nada” y pasa pero con la psicóloga yo me he dado cuenta que él se abre más, le cuenta más cosas”.

E5 “súper bueno que J. viniera a psicólogo por el hecho también de que a lo mejor con nosotros no era capaz de contar ciertas cosas pero acá sí,”.

E6 “entonces a lo mejor con la ayuda de la psicóloga posiblemente con la forma de conversar puede hablar de algo que tenga oculto con ella.”

El lugar del psicólogo se abre como un espacio en el cual, desde la mirada de los padres, sus hijos tienen la posibilidad de relatar lo que les ocurre con una mayor libertad en comparación con ellos u otras personas. Por otro lado los padres manifiestan mediante su discurso que las opiniones e indicaciones que el psicólogo ha proporcionado son competentes y meritorias de ser consideradas en lo relativo a la problemática y su solución, lo cual también acontece con sus hijos dado que se conducen coherentemente las alternativas que el terapeuta le propone.

E1 “pero para él el hecho de que yo le diga ya una psicóloga, es otra cosa, me entiendes”

E2 “la doctora X lo fue empujando, pa’ que diciéndole que él podía hacer las cosas, o sea que él era inteligente y podía lograrlo, que él no tuviera miedo más que nada porque él podía y de a poco ha podido”

E4 “nosotros también de repente claro conversamos, claro, recuerda que la K dijo tal cosa te acuerdas o no, si claro, entonces no hagamos otra cosa”

E5 “entonces la tía me hizo darme cuenta que tenia que decir lo que me pasaba”

E6 “yo he hecho todo lo posible por sacarlo porque la doctora nos decía acuéstenlo en la cama de él, duerman con el un rato y después se van”

Aparecen en el discurso de los padres elementos que expresan ciertas atribuciones que se le otorgan al psicólogo, las que se caracterizan por calificarlo como un sujeto que posee validez para hacer apreciaciones y sugerencias relativas al problema del niño, lo que indica que los padres y niños confieren un saber al psicólogo que tiene como consecuencia la conservación de un poder en quien detenta dicha función.

VI.- Categoría: Expectativas que los padres tienen respecto al tratamiento en psicología.

Aparecen ordenados en esta categoría las expresiones que denoten aquello que los padres ansían que ocurra como resultado del tratamiento de sus hijos, por ende ésta categoría manifiesta aquello que los padres demandan explícita o implícitamente a la terapia. Dentro de las expectativas que los padres tienen se advierte una demanda para que sus hijos modifiquen la relación que tienen consigo mismos y sus pares.

E3 “porque si a él le da miedo pasar vergüenza vamos a ver qué va a hacer cuando lo molesten, total porque es gordito y lo molestan porque es gordito entonces ese viene ahora”

E4 “ojalá que solucione estos sustos, pero mas me interesa es la parte mas emocional, la relación con los pares”

E4 “Yo creo que ella, que aprenda como a trabajar estos sustos que tiene, a lo mejor no se le van a quitar pero si a enfrentarlos de otra manera y si que pueda crear mejor relaciones interpersonales con sus pares, y con sus hermanos también”

E5 “va quedando manejar mucho más las emociones, que se me imagina que eso es más largo, y la ansiedad porque J. es muy ansioso”

Las expectativas encontradas incluyen una demanda dirigida hacia el psicólogo que articula una petición por recibir nuevas formas de conducirse con sus hijos, una demanda por conocer estrategias concretas para operar con el niño lo que habla de un deseo de los padres por situarse en un lugar activo en la solución de la dificultad de sus hijos.

E1 “para ver de que forma yo tengo que manejarlo o si yo tengo que hacer no se po’, cambiar mi forma de ser, ser como más abierta con él o ser menos exigente”

E4 “y que en el fondo como para empezar a aprender a lidiar con estos sustos que a lo mejor no se le iban a quitar nunca pero cómo enfrentarlo en la mejor manera que no la invalidaran su vida diaria”

E6 “es el manejo que nosotros no sabemos como manejarlo un poco, porque el L poco nos obedece a nosotros, o sea no razona, o sea si usted le dice no, no sabe que lo que es no es no”

Se aprecia que los padres configuran diversas ideas en torno a lo que desean que sea elaborado en el tratamiento de sus hijos, demandas que parten desde su propia inquietud, ya que en muchas ocasiones no son parte de la temática principal de la terapia o no han sido elaboradas con el psicólogo, desde aquí se puede divisar que las expectativas de los padres se forman desde aquello que los padres consideran necesario de ser trabajado, es decir, referido desde su propia angustia.

Tema La Familia y El Niño

I.- Categoría: Preocupación que la familia manifiesta respecto a la problemática del niño.

Se reúnen en esta categoría las manifestaciones halladas en las entrevistas que se refieren a la preocupación exhibida por otros integrantes de la familia que no participan de forma directa en el tratamiento del niño. Se percibe que en la mayoría de las entrevistas hay una inquietud de los integrantes de la familia nuclear o extensa por el problema del niño, en algunas entrevistas se evidencia una preocupación concerniente a la necesidad de tratamiento, donde mediante conversaciones con integrantes de la familia los padres pudieron corroborar que estos también observaban los problemas que el niño tenía.

E1 “Bueno mi hermano, uno de mis hermanos que vive cerca de mis tíos, de mi casa, que nos visitamos bastante, él una vez me hizo el comentario me dijo: yo siento que L. necesita ayuda, me dijo un psicólogo me dijo, por su forma de ser, porque él es como bien extremo para las cosas”

E5 “Con el papá conversábamos, el trabajaba pero yo igual le decía lo que estaba pasando, y con él empezamos a ver la posibilidad de que lo viera un psicólogo”

E 3 “Yo le comenté a mi marido inmediatamente cuando yo entregué la interconsulta acá para que lo llamaran y el me dijo “bueno si lo mandaron es por algo y hay que llevarlo”, mis otros hijos preguntaron por qué el M tanto remedio”

Por otro lado, una vez iniciado el tratamiento los entrevistados mencionan que sus familiares apoyan el tratamiento que el niño esta teniendo demostrando su preocupación por este, apoyándolos en sus actividades y preguntando constantemente como va el proceso que el niño esta teniendo. Como los entrevistados principalmente son madres que tienen a sus hijos en tratamiento, en esta categoría se enuncia lo que los padres han dicho respecto al tratamiento, las conversaciones sostenidas entre ambos y como estos han ido apoyando este proceso.

E2 “ellos siempre me preguntan cómo te fue hoy día, como les fue en el control, preguntan qué pasó, ellos les cuentan los tratos y todo”

E2 “pero en general mis papás igual y mi hermano trata de que, cuidado con lo que estas comiendo o cómo vas a comer otra vez”

E3 “y no le gusta, igual viene y se preocupa pero no le gusta mucho, pero cuando le conversamos que él tenía que venir para ver que estaba pasando porque ella necesitaba saber de todo lo que pasaba con M él vino y no puso ningún problema”

E5 “vivimos con mi mamá dos tías y una prima, mas el hermano de J., el papá, J. y yo, entonces es complicado por que todos se quieren meter un poquito, con el asunto de los dolores de cabeza una de mis tía es como súper alharaca y claro por lo que le ocurrió a mi mamá decía que a lo mejor tenia lo mismo, que al niño hay que llevarlo para ver que sucede con los dolores de cabeza”

Las expresiones agrupadas en esta categoría permiten observar que la familia distingue que algo está ocurriendo con el niño y que son perturbados de algún modo por la problemática, accediendo a asistir a algunas sesiones o intentando intervenir en las conductas del niño.

II.- Categoría: Dificultades presentadas al interior de la familia por la sintomatología del niño.

Aparecen reunidas en la presente categoría las expresiones que hacen relación con conflictos producidos en la familia atribuibles a la problemática del niño. En las entrevistas se advierten que las dificultades al interior de la familia ocurren en un periodo anterior al inicio del tratamiento como también en el transcurso del desarrollo de éste.

E2 “porque es como la abuela consentida entonces nos ha costado de repente con mi mami”

E3 “Lo digo yo y mi marido también me catetea cuando a veces no lo llevo al médico porque a veces, qué es lo que hacía él, me dolía la guata, me dolía la cabeza para no ir al colegio, entonces yo a veces las primeras veces yo lo dejaba y mi marido me decía ya no lo mandes si le duele la guata después vas a tener que ir a buscarlo”

E4 “En relación a los miedos si, cuando salíamos y la cuestión de la escalera siempre la pelea, pelea entre el papá y yo por que yo decía no la obligues a bajar, no que tiene que bajar que, es una tontera, que se le va a quitar o sea bajaba llorando, atroz, entonces se produce una pelea”

E4 “C. con su papá, por que ella se pone muy puntudita con él, y como él es muy mal genio comienza ahí una lucha de poderes, entonces yo también salía al baile por que en el fondo decía que yo la defendía y que por eso se sentía con ese derecho a ser insolente y cosas que en realidad se le pasaba la mano”

E5 “vivimos con mi mamá dos tías y una prima, mas el hermano de J., el papá, J. y yo, entonces es complicado por que todos se quieren meter un poquito, con el asunto de los dolores de cabeza”

En relación a las dificultades presentadas antes del inicio del tratamiento se distingue que otros integrantes de la familia opinan respecto al proceder ligado a la sintomatología del niño, apreciando que en dos de las entrevistas aparece un desacuerdo entre la pareja parental respecto al proceder para con el niño a partir del

cual se generan discusiones entre los padres. Por otro lado al estar en tratamiento existen diversos cambios que en ocasiones interfieren la dinámica de la familia, como lo es el caso de cambiar hábitos alimenticios. Por lo anteriormente expuesto se puede afirmar que en la familia se producen dificultades atribuibles al problema del niño, dado la inexistencia de un criterio consensuado entre sus miembros, principalmente la pareja parental.

III.- Categoría: Intervenciones realizadas para solucionar el problema.

Se agrupan aquí las acciones realizadas por los padres para modificar el comportamiento de su hijo con el fin de solucionar la dificultad percibida en ellos. Las intervenciones realizadas generalmente se efectúan antes que el niño llegue a psicología, traducéndose en acciones que los padres toman para aplacar el problema o conversaciones realizadas con el hijo para lograr tal objetivo.

E1 “Entonces yo le digo si tú sabes conversar con ellos o si te molestan no importa, tu hazte el loco, ignóralos o llévate el tema a otro lado, si vale la pena le digo yo a lo mejor el niño lo hace para llamar la atención también”

E3 “Decidí yo cambiarlo de colegio pensando que podía haberle pasado algo en el colegio y él no quería contar”

E4 “y yo le digo pero C mírate al espejo, si eres preciosa, no que aquí que allá”

E4 “con las escaleras nosotros erróneamente en el fondo la obligábamos a bajar o a subir”

E5 “Entonces como te contaba yo le daba agüitas con unas supuestas gotitas pero no tenía nada y a él se le pasaba y había otras veces que no se le pasaba, entonces ahí recurriamos al paracetamol”

E6 “entonces quería ir a Miami, quería ir a buscar a Don Francisco, y yo le decía pero L eso no se puede, hay que ir en avión”

Los padres movilizados por el problema de su hijo evalúan y ejecutan acciones que consideran pertinentes para solucionarle, en donde no se aprecia el mantenimiento de conversaciones en donde se pretenda entender junto al niño su problema, sino, más bien son soluciones creadas por los padres a partir de su propia conceptualización del problema, o sea, son maniobras en donde se actúa sobre el niño y no en conjunto con el niño las que en el transcurso de la entrevistas se aprecian como limitadas.

ANÁLISIS PROFESIONALES

Tema El Proceso de Derivación

I.- Categoría: Lugares desde donde proviene la derivación hacia la Unidad de Psicología del Hospital.

Esta categoría reúne las expresiones de los profesionales que manifiestan cuáles son aquellos lugares desde donde provienen las derivaciones hacia la Unidad de Psicología.

Se aprecia que desde el interior del hospital se realizan la mayor cantidad de derivaciones, en donde el Servicio de Neurología y Psiquiatría son los que derivan la mayor cantidad de pacientes a la Unidad de Psicología.

El “Acá de Neurología o de Psiquiatría y después de los otros servicios del hospital, de Genética nos derivan hartas evaluaciones, de Ginecología, de Cardiología, hay hartos servicios que nos derivan pero de todas maneras el mayor volumen de derivaciones que tenemos tiene que ver con neurología y psiquiatría”

E1 “lo que hacen estos consultorios o estos COSAM nos derivan algunos casos, nos derivan para atención porque nosotros somos parte de otro escalón de atención y por lo mismo todos los servicios del hospital que están con niños que están tratados por otras patologías nos derivan”

E2 “el gran volumen es derivado desde neurología y psiquiatría, un pequeño porcentaje del hospital y un pequeñísimo porcentaje desde los consultorios o cosas del colegio”

E2 “por lo tanto hay una derivación desde los consultorios y para ello se crearon puntos de derivación, servicios a los que se derivaba, nosotros en psicología no nos pusimos como punto de derivación porque la derivación desde el consultorio era menos letrada, menos técnica”

Los lugares desde donde se realizan las derivaciones hacia la Unidad de Psicología se producen tanto desde fuentes internas como fuentes externas al hospital. Las realizadas desde el exterior poseen la menor frecuencia y ocurren desde los COSAM, consultorios y colegios del área Oriente de Santiago, en cambio aquellas provenientes del interior del hospital, desde otras unidades del hospital, son las que poseen una mayor frecuencia, siendo los servicios de Psiquiatría y Neurología quienes ejecutan el principal número de derivaciones.

II.- Categoría: Persona que distingue de la necesidad de derivación a psicología.

En la presente categoría se reúnen los segmentos de entrevistas que enuncian quien es el sujeto que percibe la necesidad por realizar una derivación hacia la Unidad de Psicología. Por medio de lo expuesto se puede advertir que en este Hospital es principalmente la persona del médico quien distingue que hay una necesidad por que un paciente acuda a la Unidad de Psicología y por lo tanto él realiza la derivación

E1 “Un médico generalmente o algún otro profesional del equipo de salud detecta alguna problemática ya sea en el niño o la familia que este afectando al niño y hace una interconsulta mencionando cuales son aquellos problemas o síntomas que le llamen la atención y lo deriva a psicología para que sea evaluado”

E1 “el doctor le dice, lo voy a mandar a psicología por qué se esta comiendo las uñas, no se, lo voy a mandar a psicología por que este niño esta portándose mal, una cosa así. No se si se habrá establecido una comunicación de tal manera que se le haya podido informar a los papás por qué surge esta derivación”

E2 “por lo tanto lo ven primero ellos y derivan hacia psicología, pero en algunos casos ellos miran la interconsulta y la derivan sin haber analizado el caso”

E2 “el médico va y hace una interconsulta por trastorno de conducta o disfunción familiar y tú lo recibes”

El médico es el sujeto que ocupando una posición de observador aprecia la existencia de una problemática en el niño y su familia, decidiendo la necesidad por que éste acuda a psicología, por lo tanto el sujeto que hace tal distinción es un tercero externo a la familia.

Por otro lado mediante lo recogido a través de las entrevistas se puede observar que el medio mediante el cual el médico indica el por qué de la derivación y pasos a realizar es la interconsulta, en la cual generalmente va indicado como paso a realizar en psicología una evaluación del paciente

III.- Categoría: Opinión del psicólogo respecto al proceso de derivación.

La presente categoría agrupa las reflexiones que los entrevistados poseen respecto al proceso de derivación a partir de las percepciones que, en el transcurso de su experiencia, han inducido respecto a dicho procedimiento.

E1 “No la tienen muy clara, no la tienen para nada clara, yo creo que ellos lo hacen hasta el momento guiándose por el sentido común en torno a que patología las consideran mas graves y cuales más tratadas por psicólogos”

E1 “hay muchas cosas que son esperables de un niño a determinada edad y que responden a su estadio de desarrollo más que a un trastorno y eso claro genera preocupación en los padres por que los derivan a psicólogo pensando que esto es anormal y es totalmente normal, ahí entonces es pérdida de recurso porque tienes una hora de más, yo creo que se podría capacitar más al derivante”

E1 “comienzo si se producía este diálogo entre el médico y la familia, y a pesar de que nosotros como sistema de atención público y pediátrico se tiene muy en cuenta la familia y se esta muy presente en todas las acciones que se realizan con el niño, yo siento que esa comunicación es la que esta fallando y ni siquiera fallando es la que falta, ni siquiera que se haga mal sino que no se hace”

E2 “hay mucha derivación por opiniones del observador, que es obvio, y lo que sucede es que ese derivador a pesar de que se hacen mucho esfuerzos no tiene categorías diagnosticas uniforme, y algunos no tienen categorías, a pesar de que les encantan las categorías diagnósticas no es su campo entonces te mandan a los niños con una opinión de ellos”

E2 “si es que lo han derivado porque la estructura de relación que existe dentro del aparato de salud es un estructura autoritaria, hay un experto que le dice al inexperto lo que debe hacer”

E2 “hoy en día la tendencia es que el médico sabe y deriva, y mantiene una relación más bien de experto, yo te diría que aquí en general hay un buen trato, no hay una cosa déspota no lo conocemos, no se ve mucho, hay algunos médicos también déspotas, pero hay una relación bastante autoritaria”

Existen diversas opiniones que los psicólogos entrevistados otorgaron respecto al proceso de derivación. Como primer punto se evidencia que para los entrevistados éste proceso se realiza desde un sujeto que no tiene un conocimiento claro y preciso respecto a que conductas son meritorias de ser trabajadas en psicología, lo cual traería consecuencias perjudiciales al sistema intrahospitalario dado que muchos pacientes que llegan a la Unidad de Psicología no necesitan una atención especializada que corresponda a psicología, lo que se traduce en una pérdida de recursos humanos al crear una sobredemanda a la Unidad.

Además se sugiere que la forma de consignar la sintomatología en la interconsulta no es generalmente la adecuada, ya que no se observa que los médicos se rijan a la utilización de criterio unificado para referirse a los trastornos mentales.

Por otro lado los entrevistados refieren que al ser el médico quien deriva en base a lo que considera necesario deja de lado en ese acto un punto importante para comenzar a trabajar en psicología como lo es la motivación del paciente. Bajo este punto se considera que resulta necesario capacitar al derivante tanto en los tópicos

que utiliza para la derivación como en la explicación hacia el paciente del porque de la misma.

Como último punto se plantea la existencia de una relación autoritaria y jerárquica entre médicos y pacientes, donde el médico remite al paciente por medio de la derivación a psicología sin considerar si éste posee una demanda en dicho proceso.

IV.- Categoría: Acciones que se realizan en psicología con la familia derivada.

En esta clasificación se congregan los fragmentos de las entrevistas que manifiestan lo que se hace en la Unidad de Psicología con las derivaciones recibidas desde otras Unidades tanto internas como externas al hospital. Se observa que todas las derivaciones reciben citación por parte de la Unidad, ya sea para responder a la demanda de evaluación y/o para indagar si existe la necesidad de tratamiento por parte de la familia.

E1 “si el médico necesita una evaluación ya nosotros lo hacemos y se la devolvemos la información que requiere, pero pensando en psicoterapia para un niño y su familia es necesario que de ellos surja la motivación de esa consulta”

E1 “muchas veces el motivo de consulta es muy parecido o coincide con la derivación, pero otras veces la derivación requiere un tipo de respuesta y la familia otro tipo de respuesta, entonces ahí se trabaja tratando de dar respuesta a esta derivación, a esa interconsulta que puede ser una evaluación y por otro lado al motivo de consulta de la familia”

E2 “yo tengo la interconsulta que dice trastornos de conducta, no la doy por hecho, pregunto ¿por qué vienen aquí? “es que el doctor me mandó” ¿por qué lo mando, cuál era su preocupación, cuál era el problema que usted le planteó? para ir en el co-construir”

De acuerdo a lo expresado por los psicólogos en la entrevistas se puede apreciar que las acciones que estos realizan con la familia derivada a Psicología es comenzar a plantearse preguntas en conjunto con las personas derivadas, para de éste modo abrir espacios de conversación en los que se evalúe un motivo de consulta, los psicólogos intentan restablecer la palabra en los padres con el fin de que ellos comiencen a plantearse desde si la idea sobre la necesidad o no de un tratamiento en psicología. Desde lo que se aprecia mediante esas acciones emprendidas por el psicólogo junto a la familia se decide la pertinencia de iniciar un proceso psicoterapéutico, si la familia no considera necesario establecer una relación psicoterapéutica, es decir, si no existe una motivación en ellos, los psicólogos se remiten solamente a realizar la evaluación solicitada por el médico.

V.- Categoría: Posturas de los padres en el proceso de derivación.

Esta categoría acoge las expresiones de los discursos en los que se exteriorizan la actitud que poseen los padres en el proceso de derivación de sus hijos a psicología. Desde el discurso de los psicólogos entrevistados se observa que algunos de los padres que son derivados a psicología tienen una noción sobre el motivo por el cual han sido derivados, sin embargo también existe una gran cantidad que no comprende el por qué de la misma.

El “también son poli consultantes o sea que no vienen sólo a psicología, que están viniendo a otro servicio también del hospital entonces cuando lo mandan para acá es como parte del mismo trámite que hacen como cuando lo mandan a sacar un examen o cuando lo mandan a otro derivante, entonces vienen y acá empiezan a ver si eso les serviría en algo o no. Entonces como son poli consultantes la mayoría de ellos son bien obedientes, los van a mandar donde le digan y van a empezar a hacer muchas cosas que les diga el médico”

El “La mayoría son mamás, mamá con su hijo, algunos no saben por qué vienen, o sea algunos dicen, el doctor me mando aquí en el papelito sale, pero no lo tienen muy claro pero hay una mayoría importante que si se maneja al menos alguna idea de por qué los mandaron para acá, puede ser que los manden por un trastorno de conducta o un trastorno ansioso, llegan que porque el niño se porta mal o porque en el colegio dijeron, o sea al menos una idea de la queja del derivante”

E2 “muchas veces porque la estructura es jerárquica el padre obedece porque teme que su indisciplina le cueste otros controles o que lo vayan a retar si es que fue cuando vaya a hablar con ese mismo médico”

E2 “el médico va y hace una interconsulta por trastorno de conducta o disfunción familiar y tú lo recibes y el paciente esta como callado y no te contesta las preguntas, pero está porque le dijeron que viniera”

Como común denominador se aprecia que los padres en el proceso de derivación se ubican en una relación vertical en relación a quien realiza la derivación, en la que por medio de la complementariedad se posicionan como sujetos de obediencia ante el mandato del derivador, y que debido a ello, generalmente realizan la cita a psicología motivados por temor frente a la figura de autoridad que representa el médico, dicha posición caracterizada como pasiva se responde desde la estructura jerárquica y autoritaria que existe en los sistemas de salud, en donde el deseo de los padres por participar no es considerado como un elemento que requiera discusión en la derivación.

VI- Categoría: Consecuencias acaecidas por el cambio de postura de los padres frente a la derivación.

Se agrupan en esta categoría las expresiones que señalan lo que sucede cuando un padre consulta respecto al proceso de derivación que se está realizando, así como también, las reacciones que tiene el derivador ante dicha comunicación.

E1 “también puede suceder que los padres tengan el mismo nivel de angustia pero que se pongan en una posición súper activa entonces requieran, exijan, pidan, cosa que molesta mucho a los médicos pero todo lo que suceda entre los actores va a repercutir de alguna manera en el niño siempre”

E2 “hay unos padres que progresivamente, hay más padres que preguntan, pero también no es infrecuente de qué el hecho de que ellos pregunten se constituye un problema para el médico, los encuentran pacientes difíciles a los pacientes que preguntan, con una tendencia a que eso ocurra menos o sea que expliquen”

De acuerdo a la categoría anteriormente desarrollada se observó como los padres ocupan un lugar pasivo dentro del proceso de derivación, sin embargo existen algunos padres que en este mismo proceso toman un lugar de mayor actividad requiriendo información más exhaustiva y completa sobre el proceso, lo cual genera incomodidad en los médicos. De ello se puede desprender que aquellos intentos por conseguir mayor información causan efectos en la institución, dado que configuran

una relación diferente a la de complementariedad autoritaria, la que no es acogida por la institución ni por sus miembros.

VII- Categoría: Decisión respecto a la necesidad de tratamiento psicológico.

En la presente clasificación se agrupan las expresiones en donde se puede apreciar el modo en que se realiza la distinción de realizar un tratamiento psicológico. Se formula por parte de los profesionales la inexistencia de una correlación predeterminada entre interconsulta y demanda de tratamiento, por lo que la distinción de la necesidad de tratamiento se ha de formular junto al paciente y su hijo.

E1 “que además de eso hay algunos conflictos y observamos que los papás no se muestran motivados a trabajar eso no surge como una problemática en la familia, entonces nosotros nos remitimos a realizar la psicometría, devolver el informe a neurología y dejarlo hasta ahí”

E1 “uno también genera motivo de consulta con el niño y uno trata de trabajar el motivo de consulta que el niño tiene”

E1 “construyes con la familia un motivo de consulta que sea trabajable y que ambos en este caso el sistema o la familia ese preocupado o este de acuerdo con ese motivo de consulta y desde ahí te planteas los objetivos a trabajar, entonces una familia que

todo le hace sentido, que tiene un motivo de consulta no sólo una queja sino que tiene un motivo de consulta trabajable obviamente que va a ser una familia que se va a comprometer de manera distinta con el tratamiento y que va a seguir una línea de trabajo que va a ser más provechosa para el niño”

E2 “también porque hay veces que no corresponde y establecemos con el paciente un vínculo nuevo único donde co-construimos su motivo de consulta, es decir no es sólo una derivación mecánica, yo quiero que lo evalúen háganle eso, yo quiero que hagan terapia háganle eso, porque el derivador no es un experto y eso es inevitable”

E2 “entonces la política nuestra es co-crear el motivo de consulta es decir volver con el paciente a preguntarnos si ellos consultarían por ese motivo de consulta, si les hace sentido ese problema, si es un problema para ellos es muy importante en psicología que el paciente sea el que consulta”

En esta categoría se distingue que los psicólogos realizan conversaciones junto a la familia que ha sido derivada, con el fin de indagar sobre la existencia de una necesidad por parte de éstos para dar inicio a un proceso psicoterapéutico. También se plantea que el niño es un sujeto que merece ser interrogado respecto a su propio motivo de consulta y por ende a su deseo de estar en psicología.

Los psicólogos plantean que el proceso de co-construcción es el modo en que junto a la familia se realiza la distinción de la necesidad de tratamiento, y que si una

vez realizado este proceso no existe un motivo para trabajar en psicología el trabajo se restringe solamente a responder a la petición del médico, la que generalmente es una evaluación psicométrica, sin embargo se plantea que resulta necesario, independientemente ha que exista un motivo de consulta o no, la creación de un vínculo con los derivados tanto para indagar respecto a la necesidad de tratamiento como para la realización de la evaluación.

VIII.-Categoría: Motivación de los padres por iniciar un tratamiento en psicología.

Se clasifican en esta categoría los segmentos de las entrevistas que expresen aquello que incita a los padres para que sus hijos inicien un tratamiento psicológico. De acuerdo al discurso de los psicólogos entrevistados se aprecia que la motivación de los padres por iniciar un tratamiento psicológico son principalmente dos, primeramente se expresa que la motivación se despliega cuando los padres observan en sus hijos algún malestar, es decir, cuando ellos evidencian que en los niños algo ocurre a nivel de una inadecuación, y como segundo punto se plantea que ésta motivación se forma en una consulta cuando una vez realizadas las intervenciones, los padres sienten que no pueden manejar lo que le ocurre a su hijo

E1 “Cuando ven a los niños que están mal, en el sentido de que lo ven sufriendo o ven que no se adaptan en el colegio o que tienen problemas de rendimiento escolar, o generalmente cuando ven a un niño o a su hijo que lo esta pasando mal”

El “generalmente tiene que ver cuando sienten que pierden el control en el manejo del niño, cuando sienten que no pueden controlarlo ya sea por la conducta, se les escapa de las manos, el niño no les hace caso o en caso de que sea un niño con bajón o depresión y que no saben qué hacer para ayudarlo. Los padres en general solicitan ayuda externa cuando sienten que ellos ya no pueden manejar la situación que en la mayoría de los casos ya han hecho intentos y muchos para tratar de manejar la situación o el problema y cuando sienten que ya no pueden es cuando generan la consulta”

Se concluye que respecto a la motivación de consulta de los padres esta se presenta cuando ellos sienten que pierden el control con sus hijos y que las intervenciones que han realizado no han dado resultados positivos a la problemática, a partir de ello se abre la posibilidad de recibir una ayuda externa, presentando dicha significación la psicología.

IX.- Categoría: Sentimientos que emergen en los padres ante la problemática de su hijo.

Esta categoría se refiere a las emociones que los entrevistados observan que surgen en los padres como efecto de la problemática de sus hijos. Se afirma que los padres poseen la creencia implícita de que deben ser capaces de poder controlar e intervenir eficazmente ante las dificultades que sus hijos posean, por ello cuando sus

esfuerzos por resolver dichas conflictivas no dan la respuesta esperada por estos surge en ellos la sensación de incumplimiento ante su rol.

El “todo lo que tiene que ver con la frustración y con la incompetencia paterna que genera que un hijo esta mal o que se esta comportando mal y los padres no son capaz de manejar la situación, las madres generalmente sienten esa omnipotencia de que ellas debieran poder manejar todo en relación a sus hijos y cuando no es así obviamente que genera cosas desagradables y frustraciones importantes en el rol”

El “Las madres están a cargo de los niños desde muy chiquititos y sienten que son capaces de controlar o manejar todas las dificultades, si tú te das cuenta en la mente de la madre esta que si el niño le duele algo la madre le da un besito y se le quita el dolor, si tiene hambre la madre sabe como quitarle el hambre, si tiene sueño la madre sabe como quitarle el sueño, la madre sabe resolver todos los problemas, la madre puede hacerlo y cuando ya no puede hacerlo, cuando a pesar de todos sus esfuerzos siguen sucediendo cosas, que el niño que esta mal ahí obviamente surge una frustración y una impotencia”

Se destaca la aparición de frustración e impotencia en los padres, sobre todo en la madre, al no poder controlar la situación desfavorable que presentan sus hijos, se habla por tanto de la aparición de sensaciones displacenteras en los padres.

X.- Categoría: Opinión de los psicólogos sobre el niño y la sociedad en la actualidad

La presente categoría recoge las percepciones de los entrevistados respecto a los niños y la sociedad en la que establecen sus relaciones, en donde el sistema educacional actual del país aparece como un lugar no adecuado, a juicio de los entrevistados, para desempeñar sus funciones educativas con los niños actualmente.

E1 “creo que estamos en un momento histórico en que los niños y tenemos que reconocerlo de una vez por todas no pueden someterse a los cánones de disciplina que teníamos hace 20 o 30 años atrás, tienen otras necesidades y otras formas de interactuar con el medio, y eso los hace a nuestros ojos ser más hiperactivos o los hace tener menos atención o atención flotante, porque en el fondo lo que evalúa eso es el sistema de educación. En la educación se dice este niño no es capaz de aprender porque esta distráctil, sin embargo si sería capaz de atender con otro sistema de educación”

E1 “el problemas surge cuando en el colegio empieza a haber problemas, antes no ha surgido, entonces cuando en el colegio comienzan a decir que este niño no hace las tareas, no aprende, se da vuelta, conversa mucho, se para y empiezan a haber quejas desde el colegio sobre el funcionamiento del niño surge el problema y por qué surge ahí, también hay que pararse a ver eso”

E2 “pero las relaciones siguen siendo más o menos así a menos que en un colegio súper rico que tienen laboratorios que tienen computadores y podemos hacer algunos talleres en general es una relación autoritaria donde hay un experto que habla y hay un grupo humano que escucha, entonces qué ha estado pasando que los niños ya no están escuchando, qué está pasando que los niños se paran de las sillas que tienen curiosidad por otras cosas y no les esta dando curiosidad por lo que le plantea el mundo adulto, cómo si lo que plantea el mundo adulto sea siquiera interesante y durante toda la básica todo lo que les están planteando los adultos no tiene nada que ver con los intereses que ellos tienen, a los ocho años lo que Arturo Prat hacía no tiene ninguna relevancia”

Se destaca que el sistema educativo históricamente ha trabajado desde una postura autoritaria con los niños la cual se conserva en la actualidad, sin embargo los niños han cambiado en la forma en que establecen sus relaciones con el sistema educativo por lo que actualmente resulta ineficaz el intento por entregar contenidos por parte del sistema educativo basándose en dicha relación.

E2 “entonces ponen al niño en una situación muy compleja y que requiere de un control muchas veces lo hacen los mismos padres y algunas veces lo hacen los profesores, cuando hay fracaso en ellos empiezan a establecer que el niño es el que tiene el problema porque en otras generaciones y en otros momentos cualquier niño lo lograba, el niño tiene un problema y ya no pone la misma atención”

Al ocurrir dichas dificultades las causas del problema recaen desde la visión del sistema educativo en el niño centrandó sus esfuerzos en modificar el comportamiento del niño y no observando la responsabilidad que poseen en el surgimiento de la problemática, es decir, existe una ceguera por parte de los agentes educadores respecto a las relaciones que establecen con los niños y cómo ellos participan en dicha relación.

Como conclusión a las entrevistas se aprecia que los entrevistados observan un cambio en los niños, donde el mundo de los adultos y el de ellos se encuentra más ligado, sin embargo los entrevistados plantean que el sistema educacional chileno no se adecua a las necesidades del niño de hoy continuando con políticas antiguas de enseñanza.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La presente investigación se basa en los planteamientos de la escuela francesa de psicoanálisis y utilizó para la aproximación al fenómeno de estudio las herramientas y perspectivas de la metodología cualitativa de investigación. A través de éste recorrido guiado por el interés de dar respuesta a la pregunta de investigación se obtuvo un acercamiento a la comprensión de dicha problemática, la que se orienta principalmente al acceso, mediante el discurso de los padres y profesionales, de la comprensión del lugar que los padres tienen en el proceso de construcción de la demanda de atención para sus hijos que son derivados hacia la Unidad de Psicología en una institución dedicada a brindar servicios de salud a la población infantil de nuestro país, como lo es el hospital pediátrico abordado.

Uno de los puntos examinados para dar respuesta a nuestra interrogante fue entender cómo ocurría el proceso de derivación de los niños a la Unida de Psicología del Hospital, para dicho cometido se rescató tanto la palabra de los padres como la de los profesionales que trabajan en ese hospital.

Por medio del análisis efectuado y en relación a lo que los padres expresaron respecto a la derivación de sus hijos a psicología se puede plantear que es el médico quien decide la correspondiente derivación a psicología del niño, y que si bien los padres observan ciertos comportamientos en sus hijos que les originan malestar a sí mismos, se necesita de la aprobación de un otro, en este caso el médico, para que

éstas apreciaciones adquieran el status necesario para evaluadas. Ello nos remonta a pensar que el conocimiento se sitúa del lado de la Institución, donde el saber de los padres se confronta con el saber de institucional y en dicha operación el conocimiento de los padres queda subsumido ante el saber médico.

Los actores, a decir, padres, médicos e hijos se encuentran regidos por un ordenamiento del cual no son concientes, pero del que sin lugar a dudas participan, en donde la palabra de la institución se superpone a la palabra de los padres. Como nos plantea Jorge Rodríguez Solano (1996) el hospital es pensado como un dispositivo de intervención desde un campo de saber, sin embargo también se puede pensar y de forma indiscutible que los padres igualmente actúan desde su propio campo de saber, por lo que ambos campos deberían tender a la aproximación más que a la subordinación de uno por sobre el otro.

Dentro de lo encontrado se pudo observar que los padres llegan a consultar al médico con quejas respecto a sus hijos, sin embargo no es nuestra intención ver la existencia de éstas sino más bien explicar qué es lo que hace la institución con esas quejas que el padre tiene y qué lugar ocupan los padres en dicho escenario. Frente a ello se puede plantear que la Institución ocupa un lugar de gran Otro, donde el médico, quien personifica a la Institución actuaría desde la figura del preceptor, M. Cristina M. Kupfer (2005) nos plantea al respecto que el preceptor es una figura que se caracteriza por saber como educar a los niños, figura que se instala desde la aparición de la familia burguesa, introduciéndose en ella como un sujeto que sabe lo

que los otros necesitan. Desde acá se puede concebir que el proceso de derivación es un momento en el cual la institución sanciona la palabra de los padres, como se observó en las entrevistas existen quejas en los padres, no obstante deben pasar por la sanción del médico para decidir si procede o no la derivación a psicología. Los padres en esta dinámica se ubicarían como sujetos enviados o mandados por un otro, donde su deseo quedaría negado, priorizándose el deseo de la Institución, emergiendo la palabra “mandar” como signifiante que revela el lugar en que se sitúan en el proceso de derivación de sus hijos.

E4 (padre) “justo se dio la oportunidad que me escuchó esta doctora la neuróloga y me dijo inmediatamente la vamos a mandar a psiquiatría, así que desde entonces estamos viniendo para acá”

Algo similar se distingue en lo manifestado por los psicólogos entrevistados en donde se plantea que quien tiene el poder de decisión en la derivación es el médico, los entrevistados sitúan al médico como un observador externo a la problemática señalando que el proceso de derivar ocurre desde una estructura jerárquica de tipo autoritaria, en la cual los padres no tienen poder de decisión en torno a ésta, no existiendo un espacio que posibilite la reflexión sobre si los padres y el niño tienen o no una demanda por acudir a psicología, cuestión que para los psicólogos entrevistados es un punto fundamental para iniciar una terapia.

E2 (psicólogo) “si es que lo han derivado porque la estructura de relación que existe dentro del aparato de salud es un estructura autoritaria, hay un experto que le dice al inexperto lo que debe hacer”

Bajo éste punto los psicólogos plantean que resulta de alta necesidad trabajar sobre dicho plano faltante en la comunicación entre el médico y la familia.

E1 (psicólogo) “el doctor le dice, lo voy a mandar a psicología por qué se esta comiendo las uñas, no se, lo voy a mandar a psicología por que este niño esta portándose mal, una cosa así. No se si se habrá establecido una comunicación de tal manera que se le haya podido informar a los papás por qué surge esta derivación”

Entonces si el deseo de los padres al parecer no se considera en el proceso de derivación, no entendiendo ellos en muchos casos el motivo de la misma ¿Por qué los padres acuden a una primera entrevista en psicología?. Desde el discurso de los psicólogos podemos comenzar a responder esa pregunta, lo que ellos plantean es que en los padres existe un temor ante no responder a lo que el médico indica, el cual se podría ver reflejado en una imposibilidad por acceder a futuras atenciones de salud para sus hijos, pero también podemos pensar que los padres al estar inmersos en una relación donde otro le refiere lo que tiene que realizar no reflexionan en torno a ese hacer y por lo tanto significan la derivación a un nivel de mandato.

E2 (psicólogo) “muchas veces porque la estructura es jerárquica el padre obedece porque teme que su indisciplina le cueste otros controles o que lo vayan a retar si es que fue cuando vaya a hablar con ese mismo médico”

Entonces desde lo expuesto por los padres y los psicólogos la derivación se plantea como un proceso en el que la institución se sitúa como gran Otro que sobrepone su saber a los padres, sancionando desde dicho lugar si compete o no una derivación hacia psicología, en donde el deseo de los padres porque sus hijos inicien un tratamiento psicológico no está considerado en dicha operación. La derivación se sitúa entonces a un nivel de mandato proveniente de un sujeto que en la mecánica institucional detenta un saber hacia un otro que al parecer carecería de éste, de manera inconsciente ambos actores se imbrican en una relación jerárquica en la que desconocen la estructura en la que se instalan, reproduciendo de éste modo un formato en el que la institución adquiere su nivel de eficacia en la medida en que resta saber a los padres, instalando de esa manera sus propias demandas.

Otro de los puntos hallados se vincula con el modo en que los padres se relacionan con el tratamiento psicológico de sus hijos, en éste primeramente se descubre que todos los padres de la muestra expresaron poseer explicaciones respecto al origen de la problemática del niño, explicaciones que surgen desde su propia subjetividad, es decir, todo aquello que distinguen en sus hijos está determinado por y desde su propia historia. Las explicaciones que traen los padres provienen de su propia subjetividad y ello indica que estas explicaciones actuarían clausurando otras

posibles interrogantes sobre la causalidad del malestar del niño, las explicaciones con las que los padres llegan a psicología revelan la existencia de un saber propio, sin embargo éste saber no logra movilizarlos en dirección a la cura, por lo tanto es un saber con característica de mito en el cual hijos y padres se encuentran atrapados. Trabajar sobre estas explicaciones en la terapia permite la apertura de un espacio para dar paso a la comprensión, y es en éste punto donde el discurso de los padres adquiere una gran importancia para la comprensión de la sintomatología de su hijo, en tanto articulada al mito.

En los padres entrevistados se puede apreciar que existen la emergencia de ciertos sentimientos ante la problemática de su hijo, sentimientos que se van modificando en la medida que la psicoterapia se desarrolla, sentimientos de angustia expresados al inicio de la terapia son remplazados por alivio, pero si los padres no son el paciente del proceso psicoterapéutico ¿Cómo entender la ocurrencia de éste cambio?. En el psicoanálisis con niños más de un discurso se hace presente en sesión, donde uno de ellos es el discurso de los padres, ante lo cual se aprecia que los padres sin establecer una demanda explícita al terapeuta indiscutiblemente se hacen presentes en terapia manifestándolo en el cambio de sentimientos que tienen antes y después de iniciado el tratamiento, lo cual se puede leer desde la existencia de una parte de ellos que también entra en juego cuando se inicia un proceso terapéutico con sus hijos.

Otro punto a señalar es la forma en que los padres expresaron su participación en el tratamiento de sus hijos, espacio fundamental para comenzar a comprender como se involucran en la terapia. Los padres de la muestra generalmente expresaron dos formas de estar con sus hijos en este proceso, llevándolos a terapia y efectuando conversaciones con el psicólogo. El acto de llevar a sus hijos habla de algo muy recurrente en la clínica con niños, a saber, que los niños que llegan a consulta nunca vienen solos, siempre acuden con un otro. Sin embargo, utilizar la noción de llevar a sus hijos como forma de participación refiere por un lado a un aspecto evidente, ya que los niños no pueden asistir solos, pero además el hecho de llevarlos también habla de que los padres comienzan a encontrar en terapia un espacio que les interesa.

Por otro lado muchos padres entrevistados plantearon la impotencia sentida ante la sintomatología de su hijo y que si bien ellos ejecutaron intervenciones estas fueron declaradas como infructuosas. Esta situación lega a los padres a un lugar inhóspito en el que su posición como padres comienza a ser cuestionada, tanto por sí mismos como por otros sujetos, producto de los ideales culturales de la paternidad que no pueden satisfacer. El hecho de consultar por el hijo, ya sea en el momento de consultar a un médico o cuando se comienza un proceso terapéutico, para los padres constituiría en ellos una falta en el acto de colmar a su hijo que origina una herida narcisista.

Por lo tanto, la demanda que realizan los padres se puede entender como una demanda socializada, como señalan Balbo y Bergés (1999) que se caracteriza por

alcanzar un reforzamiento del yo de su hijo, por la adquisición de saberes permitiendo el éxito social y asegurando una combatividad propia con el fin de volver la vida más fácil, allí donde los padres fallaron como preceptores estando imposibilitados para corregir el comportamiento de sus hijos emerge un trasfondo, a modo de imagen, que refiere a la representación de un ideal de niño. Los padres al observar la sintomatología del niño realizan comparaciones en base a la representación idílica, por lo tanto la demanda es una demanda para que su hijo se adecúe con esa representación, siguiendo a Balbo y Bergés (1999) el niño que no hace gozar el cuerpo social de esta manera, o que no conforma su yo (moi) al ideal que la ideología propone, está designado por los suyos y los otros como un marginal, un paria, un excluido. En la derivación aquello que no aparece acogido por padres y médicos es el deseo del niño por responder o no al ideal que se le adjudica, en base a ello se aprecia que las referencias de los padres respecto a quejas y expectativas del tratamiento van dirigidas a modificar su comportamiento, es decir, a todo aquello que no habla de las fantasías, imágenes y deseos del niño. El discurso de los padres habla de cosas externas: el niño no juega, no tiene amigos, se conduce de un modo extraño, y así mismo se observa que va dirigida también la mirada del médico, quien a diferencia de ellos tiene la atribución para sancionar y realizar la derivación si a su criterio aparece como un acto adecuado.

También dentro de las entrevistas efectuadas a los padres se encuentra a la psicoterapia considerada como un espacio en el que ellos también pueden participar y que trae como consecuencias el alivio de su angustia. Al irse involucrando los padres

también van ocupando un lugar es ese proceso, sin embargo es necesario que los terapeutas abran el espacio para la palabra de los padres, darles un lugar mas allá de lo consignado en una Interconsulta, es decir, transformar la demanda socializada por una demanda propia, pero sin descuidar nunca al niño como paciente.

Se tiene entonces que para aproximarse a la comprensión de el lugar de los padres en la construcción de la demanda de atención psicológica de sus hijos, se ha de entender a la derivación como un acto de superposición del saber de la institución por sobre el saber de los padres, mediante un relación jerárquica un Otro que sabe sanciona todo aquello que observa del niño, regido por los ideales de la cultura, y decide la procedencia a la Unidad de Psicología. Mediante esa operación en la que los sujetos involucrados desconocen las estructuras que habitan, los padres acuden a psicología despojados de su saber y cargados con una demanda enunciada desde un lugar que ignora su deseo, por lo que para que se comience a desplegar su subjetividad a fin de articular una posible demanda de atención el psicólogo ha de montar espacios en los que sea posible restituir el deseo de los padres por medio de la escucha del discurso de éstos, es decir, no se ha de tomar por supuesta la existencia de una demanda en los padres y más aún, comprender que la estructura institucional en la que realizan su trabajo desde la disciplina psicológica esta basada en relaciones jerárquicas que tienden a acallar la palabra de los sujetos que acuden a ésta.

El lugar de los padres es, entendiendo el operar de la institución, un lugar despojado de deseo donde se le imponen demandas ajenas, sin embargo, y es allí

donde entra a escena la ética del psicólogo, se puede lograr un cambio en la posición de los padres, el que pasa por el reestablecimiento de una demanda de éstos ya que sólo desde allí se comienza a desplegar la posibilidad de una atención terapéutica, ya que sin el conocimiento de la red discursiva y mito familiar que atesoran el discurso de los padres la realización de una terapia nace en respuesta a demandas institucionales, es decir, con sujetos que no ponen en juego su deseo.

Si en la presente investigación se obtuvo como conclusión general que los padres entrevistados ocupan un lugar pasivo en relación al proceso de derivación de sus hijos a psicología, y que si bien tienen ciertas nociones respecto a los argumentos que podrían originar dicha acción, se pudo advertir asimismo la inexistencia de una demanda explícita, formulada en primera persona, de ello cabe plantear una interrogante respecto a si ésta será una relación continua que existe en el vínculo entre los sujetos y las instituciones, es decir, si es parte de una dinámica predominante que se establece al interior de lugares en los cuales se sitúan personas que detentan un saber que culturalmente no suele ser cuestionado. Por lo tanto resulta importante como interrogante a lo encontrado en este estudio el pensar si esta dinámica se establecería también en otras esferas donde los padres y sus hijos participan, como por ejemplo las instituciones escolares.

Los padres se encuentran en una posición en la que se les exige dar respuesta al ideal de niño propuesto por nuestra cultura, de manera inconsciente se instalan en relaciones que promueven la consecución de dicho ideal, sin embargo en el momento

en que las instituciones comienzan a cubrir todos los espacios de los padres con el propósito de asegurar el bienestar del niño pueden propiciarse acciones que separando al niño de su familia, no sólo en términos físicos, ignoran el mito familiar que ha dado sustento a la constitución subjetiva del niño.

El origen a que ello se produzca se encuentra quizás en el arraigo de prácticas basadas en epistemologías reduccionistas o la falta de instancias en donde se reflexione respecto a éste ámbito, lo que se desea exponer acá es no solamente que la infancia es un concepto que está en permanente construcción, así como a qué imagen debe responder un niño, sino que no se ha de someter de manera automática a prácticas que para actuar a favor del niño se apropien y desplacen a su familia.

Frente a la necesidad de actuar en pro del bienestar del niño sería más adecuado abrir espacios para trabajar junto a los padres, ya sea en la institución escolar, hospitalaria u otras, y con ello acoger el mito que la familia contiene. En el caso de prácticas de salud mental es imprescindible comprender que el trabajo terapéutico ha de considerar y respetar el deseo de los padres y el niño, dado que lo que se promueve en las instituciones es justamente lo opuesto, no dar por establecido que la derivación implica una demanda para abrir un espacio terapéutico, y en otras esferas del quehacer de la psicología atender al deseo de los sujetos involucrados.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Balbo G, Berges J. (2000). El encuadre de la cura: demanda, transferencia y contrato con los padres y para su hijo. Extraído el 15 de Septiembre de 2006 desde http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?id_article=00306.
- ❖ Freud, S. (1953). Obras Completas Tomo IX. Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Buenos Aires: Santiago Rueda.
- ❖ Freud, S. (1994). Psicopatología de la Vida Cotidiana. Barcelona: Alianza Editorial.
- ❖ Freud, S. (1993). Obras Completas Tomo VII, Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu.
- ❖ Freud, S. (1993). Obras Completas Tomo V, La interpretación de los sueños. Buenos Aires: Amorrortu.
- ❖ Freud, S. (1993). Obras Completas Tomo X, Análisis de la Fobia de un niño de cinco años. Buenos Aires: Amorrortu.
- ❖ Donzis, L. (1997). De hospitales, psicoanálisis y niños. *Psicoanálisis y el Hospital*, 12, 126-131.
- ❖ Gamsie, S. (1998). Responsabilidad e Interconsulta. *Psicoanálisis y el Hospital*, 14, 66-70.
- ❖ Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2004). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill Interamericana.

- ❖ Holvet, D. (1996). El psicoanálisis que falta en la institución. *Psicoanálisis y el Hospital*, 8, 8-13.
- ❖ Kupfer, C. (2005). Clínica, acto cultural. *Castalia* 8.
- ❖ Lacan, J. (1997). Escritos 1. México: Siglo Veintiuno.
- ❖ Lacan, J. (1997). Escritos 2. México: Siglo Veintiuno.
- ❖ Lacan, J. (2003). Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente. Buenos Aires: Paidós.
- ❖ Mannoni, M. (1994). El niño retardado y su madre. España: Paidós.
- ❖ Mannoni, M. (2001). La primera entrevista con el psicoanalista. España: Gedisa.
- ❖ Manonni, M. (2000). El niño, su enfermedad y los otros. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ❖ Manonni, M. (1988). La educación imposible. México: Siglo Veintiuno.
- ❖ Marchant, M. (2002, Noviembre). Demanda, Contrato, Transferencia. Reflexiones psicoanalíticas respecto a nuestro quehacer. Extraído el 20 de Septiembre de 2006 desde <http://rehue.csociales.uchile.cl/psicologia/analitico/secciones/demanda1.htm>
- ❖ Mathelin, C. (1994). Clínica Psicoanalítica con niños: Uvas verdes y dentera. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ❖ Mathelin, C. (2001). La sonrisa de la Gioconda: Clínica Psicoanalítica con bebés prematuros. Argentina: Nueva Visión.
- ❖ MINSAL (2001). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud, Chile.

- ❖ Pujó, M. (1996). Institución y Transferencia. *Psicoanálisis y el Hospital*, 8, 14-21.
- ❖ Quevedo, M., (sin fecha). El niño en el discurso psicoanalítico. Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica, Mención Psicoanálisis.
- ❖ Rincón, J., Santacruz, G., Otero, F., Farinola, G. (1992). Interconsulta: entre la medicina y el psicoanálisis. *Psicoanálisis y el Hospital*, 1, 61-66.
- ❖ Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- ❖ Rodríguez, J. (1996). El orden de los obstáculos y lo esencial en la clínica: acerca de la demanda en el Hospital. *Psicoanálisis y el Hospital*, 8, 53-57.
- ❖ Rodolfo, M., Rodolfo R. (1992). Clínica Psicoanalítica en niños y adolescentes: Una Introducción. Buenos Aires: Paidós.
- ❖ Rodolfo, R. (2001). El niño y el significante. España: Paidós.
- ❖ Rojas, J. (2001). Los niños y su historia: Un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía. *Revista Historiografía Electrónica, Pensamiento Critico*, 1, 2- 38.
- ❖ Taylor, S.J., Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de Investigación. Barcelona: Paidós Ibérica.

ANEXOS

GUIÓN DE ENTREVISTA PADRES

- **Atribuciones al diagnóstico médico.**

- Cómo concurre a consultar, que lo motivo. Quién percibió la necesidad. Por qué en ese momento.
- Conocimiento del diagnóstico del hijo, cómo se enteró. Comprende lo que ello significa. Percibe relación entre el diagnóstico y lo que ocurre con el hijo. Consultó otra opinión de un especialista similar.
- Cómo ocurrió la derivación. Percepción respecto a ello. Cómo se sintió. Quién le dijo al niño que sería derivado.

- **Significados conferidos al tratamiento Psicológico.**

- Qué entiende por tratamiento psicológico. Cuánto tiempo su hijo está en tratamiento
- Quién percibió la necesidad de dicho tratamiento. Observó la necesidad de dicha atención.
- Han conversado respecto al tratamiento con el psicólogo, y con su hijo.

- **Implicación de los padres respecto al tratamiento.**

- Qué piensa respecto al proceso terapéutico que esta realizando su hijo. Conoce la finalidad de éste.
- Se ha involucrado en dicho proceso. De qué forma.

- Percibe algún tipo de cambio en su hijo.
- Qué ha significado participar en el tratamiento.
- Qué piensa su hijo respecto al tratamiento.

- **Lugar del niño en el malestar de la familia.**

- Percibe preocupación por parte de su familia con lo que ocurre.
- Se explica de alguna manera lo ocurrido con su hijo.
- Cómo afecta lo ocurrido con su hijo al interior de la familia.
- Qué ha cambiado desde que el niño concurre a tratamiento.

GUIÓN DE ENTREVISTA PROFESIONALES

- **Respecto a su labor en la Institución**

- Formación y especialidad.
- Cuántos años ejerce la clínica.
- Tiempo de trabajo en la Institución.
- Actividad que realiza en la Institución.

- **Aspecto de la Derivación**

- Cuáles son los servicios que derivan a psicología.
- Cómo se realiza este proceso.
- Qué rol se atribuye en el proceso, tanto a ellos como a los padres.

- **Aspectos de la Psicoterapia**

- Quién distingue la necesidad de tratamiento.
- Cómo se decide la necesidad de tratamiento.
- Qué lugar ocupan los padres en la distinción.

- **Lugar de los Padres en la Institución**

- Qué motiva a los padres a iniciar un tratamiento.
- Cómo enfrenta el tratamiento psicológico.
- De qué modo participan en el tratamiento.

- **El niño y las instituciones**
 - Cómo participa el niño de la derivación.
 - Percepción respecto al malestar actual del niño en la sociedad.
 - Percepción respecto al lugar de los padres en relación a sus hijos.

ENTREVISTAS PADRES

Primera Entrevista

Nombre: V

Edad: 43 años

Profesión: Asesora del Hogar

Nombre del hijo: L. 11 años

Tiempo en tratamiento: 4 meses

Comuna: San Bernardo.

Trascripción

Me gustaría saber el nombre de su hijo

L.

¿Usted ha asistido alguna otra vez ha otro proceso terapéutico antes del que tienen con la psicóloga?

Mmm. no, o sea L. ingreso aquí por un problema pulmonar. ¿Te cuento toda la historia de él?, a él le descubrieron en la Clínica Salvador un quiste pulmonar a través de una neumonía que el tuvo hace un año, hace mucho tiempo. Llegamos acá y acá la primera vez que llegamos a este Hospital fue en el 2005, claro, en Agosto y a él lo

ingresaron de urgencia y lo dejaron hospitalizado y asilado al tiro. Porque aparentemente por las imagen del escáner que yo traía era un TBC una tuberculosis, pero resultó de que le hicieron una serie de exámenes de análisis, estuvo en el pabellón de aislados como doce días si no me equivoco, al final lo pusieron en un tratamiento para TBC, terminó el tratamiento y persistía lo que él tenía en el pulmón, que era una mancha, una cosa extraña, y resultó de que no era TBC, era un quiste adherido al pulmón y también tiene un tercio del lóbulo superior izquierdo inactivo prácticamente muerto entonces de allí empezó como todo su estadía aquí en el hospital, por eso fue digamos.

¿Y a L. lo operaron?

Ahora claro lo operaron este año en Julio del 2006 del quiste, le extrajeron ese quiste que era benigno gracias a Dios, de nacimiento resultó ser y pero le sacaron solamente el quiste el cirujano no quiso extraer el tercio del pulmón, porque tienen la esperanza que se ventile mejor, pero aparentemente eso no está ocurriendo.

¿Y L. a su vez necesita oxígeno?

No, no, lo que pasa es que además de todo la enfermedad de L. es súper extraña para los doctores acá fue una cuestión como súper extraña toda la forma en que se presentó, de hecho la broncopulmonar que lo atiende, se ha portado excelente con nosotros, ha estado súper pendiente porque me dice que no es común la forma en que se presentó esto en L., eso si que pasamos acá en el hospital.

¿Cuándo llegan ustedes por primera vez aquí al hospital?

Cuando me lo dejan hospitalizado en Agosto del 2005.

¿Y L. cuantos años tenía en ese entonces?

Tenía 10 años.

¿Y ahora?

Tiene 11, en Mayo los cumple. Esa fue la primera vez, si yo vine por primera vez y al tiro me lo dejaron hospitalizado.

¿Y quién los deriva para psicología?

Mira L. hacia hartos meses atrás en el colegio la profesora jefe me decía que L. necesitaba terapeuta, porque L. es súper tranquilo, es súper callado, es como un poco para adentro y a él le molestan los niños ruidosos, no tiene paciencia con los niños, es súper mal genio con los niños, parece divertido para la edad que tiene, entonces.

¿Y desde chiquitito eso en L.?

Desde siempre, de hecho a L. nunca le gustó salir a la calle siempre le ha incomodado el ruido, todo eso.

¿L. es hijo único?

Si es hijo único, entonces la profesora allí esa vez me dijo. Después, la verdad es que yo económicamente no tenía así como para ir los psicólogos y fue pasando el tiempo

y como que empezó, siguió, al L. si algún niño le dice algo para él todo lo toma a la grave, ponte tú si un niño le dice tonto por decirle, para él es terrible o sea que alguien le diga que el es tonto, o que un niño lo moleste, como se molestan en el colegio, no sé, sobrenombres cualquier cosa para él todo lo toma así como terrible, pero ahora me he dado cuenta de que no es sólo él hay muchos niños que, o esa uno escuchando reportaje en televisión y viendo un montón de cuestiones, no es sólo él uno piensa que es como que es muy alaraco yo lo tomaba por ese lado, entonces le comenté a su doctora la broncopulmonar que lo atiende, le comenté.

¿Lo que había dicho la profesora?

Claro y que siempre L. que no quería ir al colegio porque le cargaba. Y a siempre a doctora le decía. Pero él siempre ha tenido buenas notas entonces como que se constrata lo que le pasa.

¿Siempre ha estado en el mismo colegio L.?

Desde segundo, porque viene trasladado de Temuco estuvimos unos años en Temuco y él estuvo allá. Y allí la doctora, yo le comenté a la doctora le dije que en realidad a mí me había dicho la profesora que necesita psicólogo si era posible, entonces allí la doctora me dijo, ya vamos a derivar, ya en todo caso ella estuvo conversando con él y ahí L. igual estuvo contándole le corrieron sus lágrimas por el hecho de que los niños lo molestaban y la doctora me dijo, de verdad me dijo es mejor derivarlo a un psicólogo.

¿Entonces el llegar a psicología fue que la profesora jefe de L. le comenta a usted en algún momento de que L. está como muy introvertido?

Claro me decía ella que era como demasiado alterado, se alteraba con mucha facilidad cuando los niños lo molestaban, se alteraba en el sentido no de violencia sino que L. nunca ha sido de pegarle, al contrario yo a veces le digo L. cuando algún niño le ha pegado le digo, defiéndete, no se trata de que lo vayas a aturdir ni mucho menos pero no sé, y no, L. no le va a pegar a un niño, entonces claro decía agresivo en el sentido de que responde muy fuerte, brusco, una cosa así pero que acusaba a los niños.

Ud. percibió en el momento en que la profesora jefe le dice de estas conductas que esta viendo en L. ¿Usted las había percibido antes en la casa o se había dado cuenta?.

Si, si la verdad es que yo hacía rato que me venía dando cuenta de algo de L., o sea en su forma de ser para mí no era cien por ciento no se si decirlo normal, pero yo me daba cuenta que L. tenía como problemas, aparte que yo también estoy separada yo me separé cuando me vine de Temuco para acá, yo me separé, por eso me vine, saqué a L. del colegio en el que estaba, terminó primer semestre en ese colegio lo saqué y él termino segundo básico acá, y yo pensé que el podía tener así como un cambio brusco, pero fue como bien lento el proceso que está teniendo él de la separación, entonces claro lo que me dice ahora la psicóloga, me dijo que en realidad el tiene como un cuento con él papá que no ha logrado aclarar.

¿Qué de las conductas que Ud. veía en L. le parecía extrañas por decirlo de algún modo?

Eh antisocial, yo lo encuentro a él que es antisocial pero con sus pares con los adultos no, a él le gusta ponte tú conversar, relacionarse con niños más grandes, pero con los adultos ponte tú con los profesores él no tiene ningún drama o sea él se lleva súper bien y se comunica muy bien con ellos, de hecho su forma de hablar es como bien no especial, pero es como bien de adultos, se sabe expresar muy bien y eso le choca a los niños.

¿Cómo que no tiene un lenguaje acorde al del resto de los niños?

Claro, claro como que lo separa, igual él tiene ahora él ya tiene como más compañeros, más amigos en su sala ya, igual yo he hablado hartos con él pero no es, yo aplico mi psicología me entiende, pero uno es un poco más brusca, más bruta si se puede decir porque claro yo lo tomaba como, a mí de repente me daba rabia su forma de ser, entonces claro yo no lo sabía manejar, pero en eso yo me he dado cuenta que él se aísla mucho y me dice, mamá déjame yo soy así, entonces yo trato de empujarlo a algo, entonces ya al final estoy optando por dejarlo.

Volviendo a cuando Uds. llegan acá, cuando la profesora le dice llévelo a un psicólogo, ¿fue lo primero que ella le dice o también le propone un neurólogo o un psiquiatra?

No, ella me dice un terapeuta un psicólogo habría que ver, me dice, la posibilidad de consultar, porque me dice yo siento que L. necesita algo, a lo mejor también lo que ella recordaba me dijo, a lo mejor por el tema de la separación me dijo puede que él esté así como reaccionando así, pero no, no me hablo de neurólogo ni de psiquiatra.

Y después la broncopulmonar tampoco, ¿también fue directo a un psicólogo?.

Si, si, nunca hemos pensado en otra cosa.

¿Cómo fue eso para Ud. que le digan que su hijo necesita a lo mejor un apoyo psicoterapéutico?

La verdad es que yo sentí como un alivio, porque yo sentía que él necesitaba de ayuda que yo no se lo sabía dar, porque igual yo he conversado hartito con él trato de, de hecho hay muchas cosas que él ha conversado con la psicóloga que yo le digo, pero es como lo mismo que yo te decía, pero para él el hecho de que se lo diga ya una psicóloga, es otra cosa me entiendes, pero no para mí a sido una ayuda, o sea ya me siento como un poco más aliviada el saber que él está en manos de alguien profesional. De hecho igual a él le ha servido, a lo mejor le ha servido para irse liberando, ir sintiendo de que él no es, porque él sentía como extraño, de hecho una vez el me lo pidió llorando de que lo trajera que lo llevara a un psicólogo y ahí fue cuando yo me decidí ir a hablar con la doctora, entonces yo ahí dije bueno, bien no está.

¿Pero antes de eso ya le había dicho la profesora?

Si

¿Entonces hubo un tiempo?

Lo que pasa yo trate, no de hacerme la loca, sino que no se me había ocurrido que aquí mismo en el hospital me podían ayudar por ese lado me entiende, yo no lo había asociado, yo estaba como preocupada de su pulmón, para mi ese era como él tema, para mi el psicólogo venía después, pero cuando la doctora me plantea, no yo al tiro, fue como un alivio.

¿Entonces usted percibió que existía una necesidad de que L. estuviera en un tratamiento psicológico?

Si, la verdad es que si.

Una vez ya que llegan acá ¿fue muy largo el tiempo de espera entre la interconsulta de la broncopulmonar a que los llaman por teléfono desde acá?

No yo te diría que altiro porque resulta que la doctora me dice vayan a tal parte y pido la hora y me dieron hora para la semana siguiente, y claro súper rápido, o sea igual yo pensé a lo mejor va a ser un mes, pero fue altiro y de allí no ha parado, o sea si he faltado un par de veces ha sido por una actividad en el colegio muy especial que él ha faltado. Pero el tiempo de espera fue nada.

Respecto al tratamiento en sí, usted me comentaba que conversaba con L. respecto a lo que le pasa, que cómo se está sintiendo. ¿Usted le pregunta que tema él trabaja o usted habla con la psicóloga respecto a que están abordando?

No, la verdad es que a L. yo le pregunto, igual yo me doy cuenta de que él no me dice todo, yo le pregunto ¿de qué conversaron hoy día?, no me dice, bueno de lo de siempre me pregunta que he hecho, me pregunta, yo le digo ¿te pregunta del papá?, que a él no le gusta mucho hablar de su papá, eh bueno si a veces me dice o no no me preguntó, por ejemplo me dice, no hoy día no me preguntó, ¿y de mí qué te pregunta? Eh no lo de siempre, que qué hacemos, pero así como cosas libres, no me da muy completo.

¿Usted ha sido llamada ha entrevistas con la psicóloga?

Una vez me llamo para pedirme como más datos generales respecto a la familia, antecedentes familiares, y también a hablar un poco del papá y bueno obviamente la primera entrevista para saber de que se trataba con él L. y nada más. O sea eso es lo que he conversado con ella. Bueno igual ella me pregunta eh, porque L. su preocupación es si lo tienen que volver a operar y eso, el otro día me preguntó si era necesario operarlo de nuevo, pero cosas así.

¿Cuando Uds. llegan a psicología el motivo de consulta que crean con la psicóloga cómo se crea?

Bueno yo le comente a ella más o menos lo que le estaba pasando a L., o sea yo le dije y ella me pregunto: ¿por qué?, y yo le dije el tiene problemas, ah y aparte eso la

otra vez tuvo L. tuvo una sesión con creo que una psicóloga a través de un vidrio lo estaba mirando. Y antes de eso me mandaron un informe para la profesora, un informe sobre L. donde ella tenía que calificar con nota y consultarán también si la profesora había notado algún cambio con el L. desde que estaba aquí, y ella le respondió que no había. Y allí siguió, pero al respecto no, no me hablo más nada de si, igual yo tengo ganas de conversar con ella pero no sé, yo sé que esto es para largo las sesiones psicológicas, el tratamiento, para ver de que forma yo tengo que manejarlo o si yo tengo que hacer no se po', cambiar mi forma de ser, ser como más abierta con él o ser menos exigente en el sentido de que yo trato de como de sacar la voz fuera de él, y él es como ahí más introvertido.

¿Entonces Ud. en ese sentido no ha participado mucho en la construcción de un motivo de consulta, L. es como el actor principal del tratamiento?

No, claro, sí.

¿Usted vive en su casa con L. y alguna persona más?

Con mi papá y mi mamá, o sea yo vivo en la casa de ellos.

Antes de que usted decida traer a L. a psicología, en el núcleo familiar donde usted vive actualmente ¿habían percibidos cambios en L.?

Bueno mi hermano, uno de mis hermanos que vive cerca de mis tíos, de mi casa, que nos visitamos bastante, él una vez me hizo el comentario me dijo: yo siento que L. necesita ayuda, me dijo un psicólogo me dijo, por su forma de ser, porque él es como

bien extremo para las cosas, me entiende, o sea ese tema de los niños del colegio, él no soporta que lo molesten, no soporta, entonces para él todo eso es una tortura, entonces claro todos como que se asustan porque me dicen no es normal.

¿Y se veía perturbado en cierto modo el clima familiar por lo que estaba ocurriendo a L.?

No

O sea ¿ha dado pie a conversaciones?

O sea bueno mi hermano a veces me lo comentaban igual, lo que pasa es que como L. estaba teniendo otro problema de salud que era dentro de lo más importante, porque L. cuando recién ingresó acá se pensó que tenía riesgo vital por el hecho de que podía ser TBC y era grave en lo que estaba, entonces uno como que se abocó más a eso y el resto era un detalle, o esa para mí el problema psicológico de L. desgraciadamente fue como eso en ese momento.

¿Primero había que atacar lo médico?

Claro, yo sabía que él necesitaba me entiendes, pero para mí eso era como si, claro, lo otro era más importante para mí, igual yo sentía que él necesitaba pero mis hermanos si me habían comentado.

Ud. recién me dice que mandaron un tipo de carta de informe a la profesora, y ella ¿no ha percibido ningún cambio en L.?

Si hasta el momento en que fue eso.

Y Ud. en relación al proceso, ¿ha percibido que ha existido algún cambio?

Al menos yo lo he notado en el tema del colegio, porque yo todos los días cuando él llega, bueno cuando yo llego en la noche porque yo trabajo todo el día y le pregunto yo siempre cómo estuvo, tuviste algún problema en el colegio, entonces ahí él me cuenta no estuvimos jugando con, no me acuerdo como es que se llama su compañero, son como tres niños con los que más se junta, estuvimos jugando taca-taca, entonces ya eso cuando él empezó a decir que él jugaba taca-taca para mí fue como “guau” porque él al recreo él salía se paraba y no hacía nada, entonces a mí eso me tenía como terriblemente angustiada porque yo le decía L. tú qué haces en el recreo, nada, pero L. conversa con algún compañero cómo no se po’ los monos, la televisión, nada no, no conversa, si no saben conversar, eso me decía entonces para mí eso era angustiante, ahora él me dice, no estuvimos conversando, estuvimos jugando el taca-taca, o estuvimos jugando, un amigo llevó unas cartas de esas cartas que juegan ellos, entonces yo por ese lado he notado que está un poco más sociable, por que yo siempre le digo L. tú tienes que aprender a convivir con los demás si todos somos distintos, tú no te puedes sentir o creer que eres superior inteligente, no, son todos inteligentes.

¿Por qué eso decía L.?

Claro, que los niños son tontos que no saben conversar, que por el hecho de que lo molestan, no valen la pena. Entonces yo le digo si tú sabes conversar con ellos o si te

molestan no importa, tú hazte el loco, ignóralos o llévate el tema a otro lado, si vale la pena le digo yo a lo mejor el niño lo hace para llamar la atención también.

Se me imagina entonces que L. se comporta de forma más adulta.

Es que L como que siempre ha sido, yo trate, claro de chico en el colegio fue aquí, igual él siempre como el niño grande jugaba y todo pero nunca fue desordenado, yo siempre le decía el día que me manden a buscar al colegio porque tú hiciste algún desorden yo voy a hacer una fiesta le digo, (risas) porque él siempre ahí nunca como que perdió la postura en nada, ni chiquitito, yo en la casa cuando estuve viviendo en Temuco había una plaza al frente iban niñitos a buscarlo, él salía porque yo poco menos que lo empujaba para que saliera a jugar, pero él nunca se sintió atraído así como el normal de los niños.

Entonces si L. siempre tuvo estas conductas ¿por qué es este año cuando usted decide traerlo a psicología?

Es que este año como que siento que ha ido, antes era así pero yo no lo notaba triste, ya , él era así pero nunca sentí que él no fuera feliz, me entiende, porque él hacía bueno sus actividades en el colegio todo, pero tenía su grupo de compañero también que se juntaba, jugaba a su manera porque él nunca fue desordenado, pero jugaba con los niños, tenía como más acercamiento con los niños, fueran niños o niñas.

¿Entonces usted empieza a ver un cambio más allá de la conducta?.

Si después como en tercero o cuarto por ahí, como en cuarto como que empezó a crecer y empezó, o no se si empezó a absorber los problemas que él veía, no grandes problemas pero problemas al fin, míos que, bueno trabajar no es ninguna novedad, pero yo tuve que buscar la forma de trabajar y traerlo a él a su médico porque L. hubo un tiempo que pasaba aquí en el hospital entonces yo no lograba encontrar el trabajo en el que pudiera compatibilizar las dos cosas. Claro porque yo no tengo quien me lo traiga, tengo un hermano pero él trabaja todo el día es imposible, mi mamá tiene 85 años, entonces no podía, entonces hubo varios trabajos que yo no pude aceptar, entonces él se daba cuenta a veces de eso, y yo trataba obviamente de que no, pero se daba cuenta entonces se empezó como a sentir culpable de que yo no pudiera trabajar, necesitaba trabajar obviamente, entonces a lo mejor ahí como que empezó a absorber problemas y a ponerse no sé po' como más para adentro.

¿Incidirá también pensar en un tratamiento en psicología el hecho de que L. hubiese estado hospitalizado?

Eh, bueno también yo siento que a L. el hecho de haber estado hospitalizado la primera vez fue como súper fuerte porque era la primera vez hospitalizado y primera vez que nos separábamos los dos. Primera vez, o sea el L. nunca ha estado lejos de mí así tanto tiempo, nunca y entonces para él fue como súper fuerte, yo sé que o sea él se comportó así cómo no andate tranquila mamá me decía pero después se quedó llorando, entonces igual eso a él como el sentir que va a poder, que lo pueden hospitalizar, bueno de hecho este año cuando lo hospitalizaron el igual sufrió su resto.

¿L. ha estado una vez hospitalizado?

Dos veces, la primera que era por TBC y ahora cuando lo operaron, cuando lo operaron estuvo 8 días.

¿Qué ha significado para Ud. participar de un tratamiento en psicología?

Bueno para mí ha sido como una ayuda bastante grande, o sea no me siento así como en el aire, de hecho me siento que estoy he más tranquila porque se que él, a lo mejor más lento en él, pero que a él le esta haciendo efecto y que está él también se siente como apoyado entonces para mí ha sido una ayuda súper grande y una tranquilidad también el hecho de que esté con psicólogo.

¿Ud. se explicaría de alguna manera los cambios que ha tenido L?

Bueno yo creo que el cambio, desde que me separé yo L como que hubo un tiempo en que él estuvo así como parejo, como que no expresó nada por la separación, pero yo siento que después si a él lo marcó y de ahí a lo mejor ha sido cuando empezó su, todo su proceso de cambio brusco si se puede decir o a lo mejor al tratar él de entender el por qué de las cosas, de lo que pasó.

Antes de que estuviera en psicología ¿Ud. también se daba esa misma respuesta o tiene que ver con el hecho de que Ud este acá, que se hayan abierto ciertas ventanas para que Ud pudiera ver eso?

Bueno yo siempre pensé y esperé que L. por el hecho de que, a ver por qué lo que pasa es que yo estuve viviendo, yo no soy casada, conviví, viví nueve años con el

papá de L, con la pareja y yo desde que estuve con él nunca trabajé, dejé de trabajar, después empezaron algunos problemas y yo empecé a trabajar pero siempre estuvimos como bien unido así, ya los tres, entonces el L, yo esperaba un cambio así brusco al tiro cuando yo decido venirme del Sur, para acá, yo dije L algo va a pasar, o esa, o va a cambiar su forma de ser, va a ser agresivo va a ser no sé, entonces yo allí empecé como a esperar que algo pasará con L.. Pero yo siento que, claro, entonces por eso yo después empecé a pensar será por lo mismo será producto de y pienso que si que puede ser, aparte que el papá se ha portado pésimo con él.

¿Tiene un contacto frecuente con él?

No, ha sido súper mal papá en ese sentido nunca de estar pendiente de él, poco menos que yo tengo que estar llamando y amenazándolo para que lo llame, se comuniqué con él, él está en Valparaíso. Entonces todo eso yo siento que a L. obvio que le ha afectado bastante, porque él era como bien apegado al papá. Entonces yo siempre estuve esperando que algo sucediera con L., por eso igual no me sorprendió mucho lo que a él le estaba pasando, pero igual yo sabía que en algún momento L. iba a necesitar un psicólogo, lo sentía.

¿Entonces cuando la profesora le dice es como una corroboración a lo que estaba pensando, que la profesora le diga yo también lo veo, lo percibo?

Sí, de hecho cuando L. ingresa por primera vez a ese colegio yo hablo con la profesora y le comento el proceso que estaba pasando L. precisamente para que ella

estuviera atenta a si L. sufría algún cambio, y ella siempre me decía no si pasa súper bien y cuando sucede como el cambio allí ella me dijo algo esta pasando.

Si eventualmente pasarán los años y usted viera como otras conductas, a lo mejor similares a ésta o nuevas, usted de nuevo ¿vendría a psicología o acudiría primero a conversar con la profesora jefe de su hijo, o con un médico, cómo cree usted que gestionaría esto?

La verdad es que si fuera dentro de su etapa de adolescencia yo creo que lo más adecuado sería, bueno primero que nada preguntarle a la profesora a ver que cambios porque a veces los niños en el colegio se presentan de una forma totalmente distinta que en la casa, ver que cambio a tenido en el colegio y si acudiría a un psicólogo yo creo, o sea si pudiera traerlo, si siguiera aquí lo traería acá de todas maneras. Lo que me preocupa a mí es que L. es muy introvertido eso a mí como que me preocupa porque él es como, tengo que estarlo como que obligando a decirme las cosas porque eso es lo que a mi me asusta de él.

¿Cómo que en el futuro no tenga las herramientas para desenvolverse?

No, más que como desenvolverse como que él acumule, además siento que él agranda mucho los problemas, me entiende, entonces a mí eso me preocupa de que el se vaya guardando cosas, en la etapa de la adolescencia sobre todo que es cuando más cosas le pasan a los niños. Entonces con su forma de ser a lo mejor va a ser como más complicado, a pesar de que como te digo yo hablo hartos con él y todo pero así como que tengo que obligarlo a que me diga las cosas, pero no, no dudaría en llevarlo a un

psicólogo si fuese necesario. No me trauma que él este con psicólogo (risas) o sea encuentro lo más normal en estos tiempos como están las cosas.

¿Cómo es eso de en éste tiempo?

Yo siento de que ahora, lo conversaba otra vez con mi mamá, será que ahora hay como más comunicación o sea uno se entera de más cosas porque antes, ponte tú yo tengo un sobrino que él súper bien, él está en un colegio superbueno excelente, mi hermano y mi cuñada tienen una situación económica súper buena pero el niño tiene dramas, me entiendes, entonces digo qué pasa, si ahora si el niño tiene dramas porque tiene mucho, tienen dramas porque tiene poco, tienen dramas, entonces esa es la parte que yo siento que ahora los niños o no sé si siempre ha sido así pero en mi casa nosotros fuimos once hermanos, mi papá era ferroviario y mi mamá no trabajaba y cero dramas (risas), o sea yo le digo a mi mamá antes uno vivía como con lo justo y necesario, no teníamos el computador, bueno no existía el computador en la casa, televisor había un televisor para todos.

Qué piensa usted que habrá pasado?

Yo no se que cambios, o es mucho como mucho avance tecnológico y como que uno se quedó, como que dejó los niños allí con la tecnología y uno se relajó por ese lado, no se. Como que se perdió la comunicación, aunque yo con L. como digo trato porque estoy todo el día afuera, converso hartito con él pero siento, yo igual soy súper cariñosa con él, lo estoy llamando dentro del día, le estoy preguntando como esta, soy como bien expresiva con él, pero igual po' es como no sé, es un susto, yo

siempre tengo, o sea como los niños ahora, más lo que ve uno en la noticia, que el niño se desilusionó por tal cosa y se mata, entonces yo con eso quedo así como (risas) o sea por eso a mí me asusta su forma de ser del L., me entiende.

Que él es como tan introvertido, eso a mí me, entonces yo siempre trato de decirle que no que las cosas no son así, o sea que uno tiene que siempre tratar de equilibrar las cosas, tú no puedes ser así porque vas a sufrir tú, no es que seas distinto, pero tú eres él que es mal genio, tú eres el que se complica demasiado, tienes que aprender a llevar las cosas a conversar con todo el mundo de sobre todos los temas.

¿Y en la casa los otros integrantes de la familia, conversan también con L.?

Lo que pasa es que yo vivo con mi papá y mi mamá, mi papá tiene 86 años mi mamá tiene 84 años, con mi papá prácticamente no conversa mucho porque él tiene problemas auditivos, me entiende, pero mi papá lo adora o sea mi papá es súper cariñoso con él, y con mi mamá conversan más juegan más, mi mamá es como abuela y bueno y mamá de once críos ella sabe un poco más, pero así po' con mi mamá sociabiliza más, conversa hartito.

¿Y con algunos de sus hermanos?

Si, yo tengo un hermano que va casi día por medio a la casa, y también conversa con él, con mi hermano menor también conversa hartito.

¿Ellos también cumplen el rol de preguntarle si es que él está bien?

Claro, mi hermano menor sobre todo siempre está haciendo el papel de papá sustituto. Lo saca a pasear, conversa con él, siempre está presente con él.

Segunda Entrevista

Nombre: J

Profesión: Dueña de Casa

Comuna: Maipú

Nombre del hijo: M. 12 años y B. 10 años

Tiempo en tratamiento: 6 meses

Trascripción

Para comenzar me gustaría saber ¿Tú tienes una hija o un hijo en tratamiento acá en el hospital?

Dos hijos. M. de 12 años que los cumplió recién y B. de 10. Ellos están acá, bueno fueron enviados uno por nefrólogo, porque ellos sufren de síndrome de Alport, el más chico fue enviado por nefrología porque empezó con una ansiedad. Y hablando en los encuentros con la doctora quisieron traer al mayor.

¿El primero es el más pequeño, es el que es derivado a psicología?

O sea igual el grande hubiera llegado a psicología porque es súper, eh por sobrepeso entonces aprovecharon de traerlos a los dos y el más grande está con la doctora G, y ahí empezamos con las terapias, empezamos de a poquito.

Cuándo me dices que los dos tienen un síndrome de Alport, me podrías contar ¿en qué consiste esa enfermedad?

Esa es una enfermedad renal, de los cuatro años se les declaró a los dos, el mayor empezó primero y de ahí con examen que le hicimos al más chico y salió que era lo mismo, de allí de los 4 años que están aquí en el hospital.

Tratemos de focalizarnos en el trabajo que tú has realizado con la psicóloga G, ¿principalmente es con tu hijo mayor cierto?

O esa con los dos porque después la nutricionista mandó al mayor a terapia familiar, y decidieron hacerlo con la doctora X, que también es psicóloga, porque ella tenía al más chico, eh juntarlos a los dos, entonces al final la terapia eran los dos juntos y yo de repente estaba con ellos también, eso que igual a los dos juntos.

¿Entonces tus dos hijos ya han estado en el hospital y tienen una noción de lo que es estar en el hospital?

Claro ya son, o sea no tienen definido la enfermedad de ellos porque no se les ha explicado así cien por ciento lo que se trata, pero si vienen periódicamente.

¿Ellos se tienen que controlar?

Si, casi mensualmente, una vez al mes, una vez cada dos meses, dependiendo como se desarrolle y aparate de eso también con un, otro especialista que se la ha derivado la enfermedad a otras cosas, la misma doctora G mandó al neurólogo al mayor, porque el niño empezó a presentar unos tics nerviosos y de ahí también se le mandó a

psiquiatría, ahora en Marzo viene la segunda hora con la psiquiatra, recién está empezando eso.

Cuando tú me dices que una misma doctora los trataba por problemas al riñón, ¿ella es quién refiere que usted lo traiga a psicología?

Si pero al más chico, por una ansiedad porque empezó, en 2 meses subió como 4 kilos.

¿Entonces ella se percata de acuerdo a su subida de peso que algo a lo mejor no va bien?

Si se empezó a conversar que por qué y yo le decía que pasaba comiendo, se angustiaba y seguía comiendo, o sea igual yo en algún momento iba a pedir porque es muy reservado, muy callado, tímido, no habla con cualquier persona o sea aquí se adaptó súper bien a la doctora X o sea a la señora X, se ganó la confianza de él porque empezó después de la segunda sesión ya conversaba con ella, es muy difícil para que converse con gente que no conoce, el más grande no, ese más hablador y se queda tan tranquilo, pero chico igual por eso él igual en el colegio tenía problemas porque él no usaba la pizarra, él no conversa mucho con amigos y ya después viniendo a terapia, como que empezó a jugar más con sus compañeros a integrarse un poquito, no como hubiese querido yo pero un poquito más, ya por lo menos conversaba, hablaba con sus compañeros, le prestaba las cosas, ese es el más chico.

¿Y tú te dabas cuenta también de esas conductas que tenía tu hijo pequeño?

No yo sí, sí porque en todos lados él siempre andaba conmigo, él siempre ha sido más apegado a mí, pero eh a él le daba miedo a pasar vergüenza, porque a él por ejemplo le pasaba algún percance y es que hay veces que se da vuelta y para donde quedó dado vuelta camina y no se mueve, o sea se esconde o simplemente no se mueve.

¿Y eso era desde pequeño?

No, ahora último un poco más grande ya empezó así, cuando era más chico jugaba, de todo pero ya después cuando empezó como desde primero o segundo básico una cosa así, cuando empezó a tener conciencia bien de las amistades, de que tenía que tener amigos o tenía que tener ciertas responsabilidades empezó así, en el colegio había que ayudarlo en las pruebas porque tampoco no, solo no hacía bien las pruebas o sea había que hacerle como pruebas diferenciales, pero este año no po' este año ya empezó como todos no más, no había que hacerle formas diferenciadas las pruebas.

¿Él en qué curso va?

Paso a sexto, le costó pasar pero pasó, tiene un problema con matemática allí, ya no, pero ahora se incentiva para hacer sus trabajos, lo que fuera manuales, en las manualidades no es muy bueno, pero ya ahora el mismo trata de hacerlo, lo que antes no hacía, o sea de a poco la doctora X lo fue empujando, pa' que diciéndole que él podía hacer las cosas, o sea que él era inteligente y podía lograrlo, que él no tuviera miedo más que nada porque él podía y de a poco ha podido, hacerle leer los libros

que antes no hacía, cuando se saca buena nota se ve súper contento porque por los logros de él lo ha sacado, entonces igual le ha ido bien la doctora X logró tirarlo para arriba o sea que empezará a quitársele de a poco esa timidez que tiene, o sea que igual le queda o sea yo creo que le falta algo todavía.

¿Tú me dices que la nefróloga es quien la deriva para acá?

Si, si.

Me dices tú que tuvieron conversaciones previas acerca de tu hijo ¿Me podrías contar cómo nace la inquietud de preguntarle a la nefróloga o es ella quien te dice de una posible derivación?

Lo que pasa es que yo le dije a la nefróloga, o sea ella vio el sobrepeso y me preguntó y yo le decía que él comía mucho, que el niño cuando pasaba una rabia o una pena se iba al tiro a comer, él podía haber almorzado y a los cinco minutos tiene hambre, que era medio imposible le decía yo qué como podía tener hambre habiendo almorzado recién. En un control periódico ahí le dije, y ella me dijo que lo remitieran para acá para psicología a ver, que hablara con psicóloga que a lo mejor le hacía bien y que empezará de a poco a ver la parte de la ansiedad.

¿Tú en ese momento cuando hablas con la nefróloga y le comentas que el niño está comiendo de forma más ansiosa, tú pensabas qué a lo mejor el posible tratamiento que podría tener era psicología, o pensabas a lo mejor neurología, psiquiatría, pastillas qué se le ocurría?

Lo primero era que podía ir a nutrición, porque es lo que menos, o sea igual yo tengo, tenía más o menos como conciencia de que la ansiedad se trata con psicología, por programas que he visto en la tele y que he leído, que la ansiedad es una enfermedad, que la psicólogas conversan con la gente igual que como lo mismo con las depresiones, entonces yo igual tenía la intención de que, de traerlo pero es que eso tiene referirlo un médico no se puede llegar y traerlo, entonces justo coincidió de que empezó con la ansiedad y la doctora me lo mandó para acá, pero si no era nutrición tenía que ser para acá, el más grande estuvo en nutrición y tuvo igual el problema y también empezó una subida de peso, y todo eso y los quise controlar a los dos, se les hizo un esquema una promesa que ciertos días de la semana él no podían comer chatarra, cosas que lo engordaran, ciertos días sí y por lo menos lo cumplió se acordaban y ah verdad que le dijimos a la doctora que hoy día no podemos, hoy día no comemos comimos, por qué no una promesa que le dijimos a la doctora , siempre se acuerdan que hoy día es tanto es la promesa.

¿En algún momento con la psicóloga comenzaron a trabajar de forma conjunta un motivo de consulta, o ella le refirieron a usted porque temas o que áreas iban a abordar en terapia?

La nutricionista mandó al mayor a terapia familiar, entonces yo le consulté a ella porque tiene terapia familiar con otra psicóloga, como hacerlo porque aparte yo me aproblemaba la parte del colegio, yo tenía que venir todas las semanas y al final termine viniendo semana por medio para no faltar tanto, y allí ellas conversaron y todo y vieron con su coordinadora y quedaron que mejor hacían ellos la terapia

familiar, estaban ellos con los niños y no tenían que andar por tantos lados. Y allí empezaron ellas a trabajar, empezaron la idea era de la parte alimenticia que era lo primordial en ese momento, ahí se habló o sea llegaron al trato que le decía, como le dicen ellos, que eran tres días a la semana, empezaron con un día primero y después ellos mismos solos dijeron, ya vamos con tres días, vamos martes, miércoles y jueves, que la doctora les decía, encuentras tú, y ellos si y ellos mismo solos vamos con tres días, y cumplían esos tres días, aunque a veces se descarriaban por ahí

¿Cuándo usted empieza a traer a sus hijos a psicología entendiendo el por qué de la derivación, para qué venía acá con los niños?

No yo si, yo entendía, yo se igual que las psicólogas son una gran ayuda, dependiendo de las circunstancias. Yo tenía claro que la idea de ella era ayudar a los niños en la parte alimenticia más que nada, con el B. de la autoestima, como que se pegaba sus bajones y de repente como que no quería nada, no eso yo lo tenía claro, a los niños igual traté de explicarles o sea como se podía, si yo les decía no más que ellos venían acá a conversar porque siempre preguntan, a qué vamos, donde voy, que nos toca hoy día, que vamos a hacer hoy día, a que vamos, lo que más les gustaba era venir para psicología porque no habían exámenes, no había nada, pero si porque les gustaba la doctora, y yo les decía que ellos venían a conversar, que les iban a hacer unas preguntas y que iban a conversar si tenían algún problema, si tenían alguna duda, por si pasaba algo y no me querían contar a mí y querían hablar con ella ahí conversaban, entonces yo por lo menos sabía que ellos venían a conversar.

¿Una vez que ya existe un período de tratamiento usted también se empieza a involucrar en el tratamiento de sus hijos, o participa de manera más externa?

No yo si, o sea por ejemplo ellos venían semana por medio, entonces la semana que no venían ellos venia yo.

¿Eso fue un mutuo acuerdo entre usted y la psicóloga?

Claro no, un día me dijo usted puede venir y claro le dije yo y me decía quiere seguir viniendo, sigamos po', porque ahí vamos comentando o conversando también parte de mí como me he sentido yo, los problemas que he tenido para incentivar a los chicos, pero si una semana venían ellos otra semana venía yo, entonces igual como que estábamos así bien comprometidos dentro de lo que pasaba, después venía a conversar a grandes rasgos durante una hora lo que ellos pensaban, que podíamos hacer o que pensaba yo.

¿Ya los niños usted les preguntaba qué ocurría en sesión, qué pasaba?

A veces, porque a veces salían ellos y me contaban, conversamos de esto o de esto otro, o hicieron una promesa, y qué promesa hicieron, no porque es entre nosotros, bueno ya y después igual me contaban, no pero si de repente me contaban que conversaban o que pensaban de repente, cuando de repente ellos decían, estamos pelando o hablaban de las doctoras, que cual era la mas simpática. O sea igual algo salían conversando, siempre salían conversando de algo, qué les parecía bien o qué les parecía mal, el más grande es mas rezongón, ese con la comida no transa entonces

de repente salían molesto porque se agregaba algo a la comida y después se repetía, salía medio enojón.

Y cuando empieza ya el tratamiento propiamente tal, ya unos meses de trabajo ¿usted comienza a percibir algunos cambios en sus hijos?

En el más chico más, porque ya noto que empieza a participar más en el colegio sobre todo empieza a participar más eh y en la casa empieza como a bajar la ansiedad.

¿La derivación que se le hizo a neurología desde la psicóloga por qué motivo fue?

No, al más grande porque empezó con unos tics nerviosos, el más chico igual está en neurólogo pero era porque sufre de jaqueca pero no por ansiedad, pero el grande fue por unos tics nerviosos, que incluso ellos los mismos neurólogos lo mandaron a psiquiatría, pero eso fue hace poco la psiquiatría recién ahora empieza el segundo control porque tuve que, le hicieron mal unas pastilla que le dieron al principio, al grande, al B., le hicieron mal unas pastillas, le dieron Haldol por depresión, como al mes y medio de andar tomándosela yo tenía que ir a buscarlo al colegio porque quedaba dormido todo el día.

¿Cuántos años tiene él?

Cumplió 12.

¿Y el hermano?

Tiene 10. Y yo llame un día por teléfono a la doctora G., por que ya no sabia que hacer porque él lloraba mucho por todo, en el colegio tenía que ir a buscarlo, un día no lo fui a buscar y se tuvo que quedar allí porque decían que era mala costumbre, al otro día tuve que ir a buscarlo porque estaba muy angustiado, muy angustiado, y después sacamos que podían ser las pastillas, yo venía pensando porque a él le tocaba una pastilla a las nueve de la mañana y después de la nueve a el le empezaba, le bajaba todo eso, toda la depresión, toda la ansiedad, la angustia, yo llamé a la doctora y le dije, es que sabe que le pasa esto a B. que hacemos, así que ella me dijo, voy a consultar acá voy a hablar a ver si hablo con el neurólogo, y me llamó y me dijo que pensaba que era mejor quitársela, en todo caso yo dije que se lo había quitado en la noche y después de una semana empezó como a andar mejor, ya ahora después acá ahora le cambiaron de nuevo las pastillas y como a los días siguiente lo dejaron sin pastillas, así que ahora la psiquiatra le dio un mes de plazo para ver como funcionaba con las patillas, pero ahora que se las quitaron no se que tal si las seguimos o no.

¿El más pequeñito llega acá a psicología por la nefróloga que lo deriva, aquí en psicología aparte está trabajando en neurología y psiquiatría?

No en neurología.

¿Antes de psicología?

No en neurología está antes de psicología.

¿Y quién lo derivó a neurología?

La nefróloga, si porque yo le dije que sufría de muchas jaquecas y entonces como era chico no correspondía que tuviera jaquecas tan chico.

¿Y respecto a las jaquecas de su hijo le han comentado algo el por qué de ellas por ejemplo?

Va dependiendo del día, cuando hay mucho calor o un poco más tira el sol le empieza el dolor de cabeza, antes tenía con nauseas y vómitos que tenía que ir a acostarse, pasaba todo el día durmiendo lo que él no hace porque el no duerme en el día, pero son tan fuertes los dolores de cabeza.

¿Él toma pastillas para eso?

Si ahora la neuróloga le dio.

¿Y la neuróloga pensó en derivarlo a psicología o usted preguntarle si sería necesario derivarlo por el tema de las jaquecas?

No, porque empezamos primero, vino el primer control y después empiezan los estudios, se mandan los exámenes entonces en el margen de esos exámenes la nefróloga lo mandó para acá, entonces no se alcanzo tampoco la neuróloga a decir, vamos para psicología, sino que antes de que llegáramos con exámenes y todo la nefróloga lo mandó.

¿Entonces la motivación de llegar a psicología es el cuadro ansioso que usted me explica, no la jaqueca?

No, el cuadro ansioso. En todo caso igual hartas ganas tenía de que viniera, o sea igual yo iba a buscar alguien que lo viera porque a mí parecer y son tantos años aquí, que el más chico, o sea entre los dos han sufrido harto entre exámenes, hospitalización, a mi parecer yo pensaba que en algún momento ellos iban a necesitar una ayuda psicológica, porque son muchas cosas, mucho examen, eh de repente le salen mal los exámenes y la otra semana vuelvo de nuevo y no hay examen, en un mes más, aparte la enfermedad de ellos igual es grave, a ellos los deriva a insuficiencia renal crónica con el tiempo pero también les afecta otros órganos, ya por ejemplo ahora ya ellos tienen que empezar a usar audífonos.

¿Están perdiendo la audición?

Si la audición.

¿Y eso es asociado a la enfermedad?

O es la vista o es la audición, pero empezaron con la audición, ahora en Marzo posiblemente tengan sus audífonos que allí eso va a ser a mi parecer otro problema porque como están en el colegio, entonces entre comillas va a estar este problema porque los compañeros se burlan mucho de él, lo molestan mucho, que nadie sabe por qué porque él no molesta a nadie, apenas habla y los compañeros siempre lo andan molestando entonces el problema es qué va a pasar ahora que el vaya con los audífonos, la reacción de los compañeros y la reacción de él, porque si a él le da

miedo pasar vergüenza vamos a ver qué va a hacer cuando lo molesten, total porque es gordito y lo molestan porque es gordito entonces ese viene ahora.

¿Y usted ha pensado o ha hablado con la psicóloga de este tema?

Es que quedamos que ahora, porque B. no fue dado de alta, como que no esta listo para darlo de alta, o sea sigue este otro año o sea perdón este año, entonces ahora en Marzo entrarían de nuevo de lleno con el otro, porque igual M. empezó como a mitad de año el B. empezó del principio, pero yo creo que verán con el tema de los audífonos, la parte de la enfermedad de ello que la doctora G, con la que está terminando el proceso es llegar a explicarles bien la enfermedad de ellos, ellos saben que son enfermos del riñón y nada más, no saben las complicaciones que pueden venir, no saben el cuidado realmente el cuidado que tienen que hacerse ellos porque por ellos jugaban a la pelota, el más grande quiere que le busquemos una escuela de fútbol, que puedan hacer ejercicio pero ellos no pueden hacer eso, a ellos no se les permite ninguna actividad física fuerte , o si juegan por mucho rato tampoco, no puede jugar a la pelota, entonces ellos no entienden, sobre todo el mayor, la idea es llegar al punto que se le explique bien.

Y volviendo al tratamiento ¿cómo ha sido para usted participar de un tratamiento psicológico?. ¿Cómo ha sido integrarse a un tratamiento psicológico de sus niños?

A mi me ha gustado, por lo menos las doctoras que les tocaron a ellos son súper simpáticas, preocupadas, a mí me ha gustado porque ellas aparte de las sesión de

ellos, ellas conversaban conmigo sola, entonces hablábamos de qué se podía hacer, cómo se podía ayudar, qué podíamos conversar, cómo se podía ver en torno la familia, porque yo soy sola con mis niños y vivo con mis papás y un hermano, entonces igual el tema de ver cómo reacciona la familia o cómo la familia nos puede ayudar y entonces ella me decía hagamos tal cosa en la semana y usted va viendo, ya po' y empezábamos a hacer de a poco conversaciones con los niños, después hablaba con ellos cómo habían estado y yo les contaba lo que habían hecho, lo que había pasado, como le había ido en médico, entonces igual era como buena preocupación, por ejemplo yo con los médicos puedo hablar solamente en el control, entonces yo tenía alguna duda yo venía a hablar con ella aunque sea de pasadita pero tenían ese momentito, por último para que me dijeran, hagamos esto y venimos tal día, y lo hacíamos, entonces igual como estar más metidos con ellos, más apoyo, porque igual he venido lo que más he podido, pero me ha ayudado más porque aparte también como incentivarlos a ellos, porque ellos me dicen “vamos a hacer esto” “usted puede hacer esto otro” y ahí de a poquito lo he ido, por lo menos ya no discutimos tanto porque con el grande pasaba discutiendo, pero ahora ya no se discute tanto con el grande, tampoco él como que entiende que discutiendo no consigue nada.

¿Y su hijo a la vez le ha conversado usted qué piensa acerca del tratamiento psicológico que ellos han tenido?

A ellos les ha gustado, les ha gustado, incluso me preguntan cuando vamos, salen de vacaciones y en Marzo empezamos y volvemos al tiro. Ellos eran los más entusiasmados porque estaban, me preguntan nos toca este miércoles control con la

psicóloga o cuando faltaban y pero por qué no vamos, no es que ella tiene un problema entonces no se puede pero cuándo vamos, que vamos otra vez. O cuando venía yo, que nos quitaste un día, ese era el día de nosotros, teníamos que ir nosotros para allá, a ellos les gustaba venir y les gusta venir, por ejemplo me dicen, ¿nos toca psicóloga hoy día?, no vamos a tal parte, a que fome, lo encontraban entretenido venir y ellas sabían como buscarlo, porque por medio de juegos iban conversando, por eso ya vienen contentos, el más chico viene lleno de juegos para jugar con ella y ver como conversar, no ellos súper contentos.

¿Cómo la familia se movilizó en torno a estos niños que empiezan a sufrir ciertas conductas?, usted me hablaba de los cuadros ansiosos, ¿cómo la familia se mueve en torno a eso, a usted le comentan, usted le comenta a los otros integrantes de la familia su preocupación de que el niño esté más ansioso, cómo se mueve eso?

Claro, ellos siempre me preguntan cómo te fue hoy día, cómo les fue en el control, preguntan qué paso, ellos les cuentan los tratos y todo, la mayoría los cumplen, mi papá y mi hermanos son así como bien, como dicen ellos, pesados porque nosotros le decimos tú no puedes comer esto, tú no puedes comer torta, con mi mamá no lo contrario, con ella cuesta un poquito porque es como la abuela consentida entonces nos ha costado de repente con mi mami, pero en general mis papás igual y mi hermano trata de que, cuidado con lo que estas comiendo o cómo vas a comer otra vez, ya comiste esto, cómo vas a comer de nuevo, acuérdate de lo que de dijo tu doctora.

¿Y antes que usted llegará acá a psicología y le preguntara a la nefróloga algunos integrantes de su familia le habían hecho los comentarios acerca de los niños?

No. Es que soy yo la que pasa más tiempo con ellos, mis papás todos trabajan en la casa, entonces yo no trabajo porque el mismo hecho de venir para acá, entonces no me aguantarían en ningún trabajo, entonces soy yo la que pasa con ellos, soy yo la que voy viendo, si noto algo raro, que puede ser que no, soy más yo la que va viendo, lo de los remedios, lo de las horas, por qué esta así o qué no, horas con los médicos los voy viendo y los llevo.

¿Usted se explica de alguna forma la aparición del cuadro ansioso en su hijo?

No sé si será algo hereditario o qué, yo probablemente sufro de ansiedad. La motivación del colegio, él se preocupa mucho, a él lo molestan se enoja, o le dicen algo y estalla y llora, ahora por lo menos no se va a la comida pero llora, pero más que nada el stress del colegio.

¿Entonces sería que en el colegio es como algo estresante para su hijo por eso ahí se pone más ansioso?

Si él, el último mes con los exámenes porque él salió mal con matemáticas, reforzaba y reforzaba y él se sabía todo, llegaba al colegio y él no se acordaba de nada, o sea a la hora de tener algo en la mesa quedaba así como blanco, que de repente las profes trataban de incentivarlo, a pasar al pizarrón o le preguntaban, o sea como sacándolo

con un tirabuzón él habla, porque tampoco no le hablaba o si decía algo le daba miedo que los demás se rieran, que si se reían uhu salía súper decaído del colegio porque le daba rabia, le daba vergüenza.

¿Ahora esas cosas usted me dice que ciertas cosas han cambiado en relación ha B., que puede estar más cerca de sus pares?

Claro ahora ya por lo menos conversa más se defiende, porque ahora por lo menos ya si se le dice algo y le contesta trata de defenderse.

¿Y qué habrá ocurrido que B. ahora puede hacer eso, qué se le imagina a usted?

No sé, el mismo incentivo, o sea porque la doctora le decía que él podía hacer otras cosas, que él era inteligente, que lo que se proponía lo podía hacer, que le iba a costar a lo mejor pero lo iba a hacer, y después como el segundo semestre después de varias charlas él se inscribió en un taller de manualidades, la primera vez que hizo un trabajo salió súper contento dijo “mira lo hice yo solo”, le quedó bien bonito, lo que él no podía pegar ni un papel lustre porque le quedaba chueco, pero ese día él hizo su trabajo y le quedó bien bonito, y salió súper contento y dijo, me gustó, voy a seguir viniendo, después hizo en clases no se que trabajo y le quedó bien también decía , tenía razón la doctora, de a poquito voy aprendiendo, si le dije yo, si de apoco nadie lo apura. Bueno el estuvo apunto de repetir, estuvo puros ramos rojos, yo creo que era el miedo de que cayera de nuevo, porque los últimos meses el tuvo un bajón, la doctora me decía que estaba súper desmotivado con el colegio, no quería saber nada del colegio, entonces como esa preocupación que él volviera de nuevo lo mismo, no

quería estudiar, no quería nada, si por eso más que nada es la cosa de que estuviera a punto de repetir, un bajón que incluso la doctora fue al colegio a dar una charla, hablaron con los 2 cursos y a la profesora por lo menos a la profesora jefe le gustó encontró bien buena la charla, bien preocupada la doctora y para incentivarlo un poco porque adonde lo molestaban mucho él, se estaba como bajoneadito de nuevo, entonces para que no volviera en lo mismo ni andar comiendo.

¿Y eso ya lo ha controlado?

Si, o sea no al cien por ciento pero por lo menos come menos y si come busca frutas, porque antes hacía lo que era pan, cosas que engordan, pero ahora no es tanto lo que está comiendo igual se mantiene, si come es porque realmente le ha dado hambre.

¿Y en su familia el cambio que usted refiere lo han percibido también?

Si porque incluso y él mismo dice, me voy a poner a dieta la otra vez dijo no como galletas y mi mamá compró hasta una pesa para que se le sala y ha ido bajando, no mucho pero ha ido bajando, por lo menos se mantiene por el solo, el dice, voy a bajar de peso, o empieza a comer y dice, voy a comer esto porque no engorda, esto no me va a subir de peso al almuerzo igual yo como esto porque esto no sube, esto me mantiene, igual se ha dado cuenta que solito ha ido buscando como bajar de peso, como mantenerse y no subir tanto de a poquito, pero ahí lo comentan mi papá se ha dado cuenta, incluso pelean con mis papás porque no le gusta comer salmón, los tomates entonces, cosas así vegetarianas, no mucha carne a veces pero se han dado cuenta de que el solito quiere de a poquito ha ido buscando ir comiendo menos.

Imaginemos que los niños ya son dados de alta, terminan su proceso y pasan unos años y alguno de sus hijos vuelve a tener este cuadro ansioso ¿usted optaría nuevamente por traerlos a psicología o seguiría el mismo conducto que siguió de preguntarle a un medico que qué le parece y después que él lo derivara o usted se movería como más independiente, cómo cree que lo haría?

Si estuviera aquí en el hospital el conducto tendría que ser ese, porque no se puede pedir hora si no se tiene interconsulta, sobre todo cuando a uno lo han dado de alta y han estado sin controles, lo pediría por medio del nefrólogo, pero si fuera así otro particular yo creo que me iría por ese lado porque ya le sirvió una vez, porque igual hay gente que todavía piensa que un psicólogo y un psiquiatra son para locos, entonces los que o han estado en control no saben que ayudan y no es necesariamente para locos sino también para conversar problemas y después ir solucionando, pero yo iría por ese lado igual buscaría ayuda, si lo llevé una vez lo puedo volver a llevar, de a poquito.

Tercera Entrevista.

Nombre: J.

Edad: 34 años

Profesión: Dueña de Casa

Nombre del hijo: M.

Tiempo en tratamiento: 4 meses

Comuna: Peñalolén

Transcripción**¿Cómo es que usted llega aquí a psicología?**

Fui derivada del neurólogo.

¿Entonces cómo es que usted llega al neurólogo?

A ver, yo llegué por el consultorio debido a que a mi hijo presentaba unos episodios de desmayos cada cierto tiempo y empezaron a tratarlo en cardiología, empezaron a ver distintas especialidades para ver por qué provenían esos desmayos, hasta que llegamos a neurología y en neurología le pidieron más estudios y lo mandaron al psicólogo, le pidieron un ECG y ahí quedamos acá. Los tratamientos se hicieron en los dos lados en neurología y psicología.

¿Qué le dice le neurólogo cuando se decide que su hijo venga a psicología?

Para mí no es psicología, no es algo nuevo ni que me llame la atención, ni que me asuste porque yo he estado en tratamiento psicológico, entonces para mí es una ayuda mas entonces yo igual sentía que el M lo necesitaba por sus actitudes de repente que él hace muchas rabietas y de la nada así se enfurece, entonces yo pensaba que era mucho mejor porque a uno a veces los hijos le dicen “no nada” y pasa pero con la psicóloga yo me he dado cuenta que él se abre más, le cuenta más cosas.

Volviendo un poquito a cuando el neurólogo le hace la interconsulta para acá ¿usted tenía entendido o habían hablado entre los dos acerca del por qué de traerlo para acá?

Lo que pasa es que querían ver varias cosas, qué es lo que podía ser porque al parecer era porque él era demasiado nervioso.

¿Los desmayos?

Si los desmayos, entonces no sabían bien de que se trataba porque era muy extraño, porque le hicieron cantidad de exámenes y nada todos estaban bien entonces no se explicaban el por qué los desmayos, y los desmayos vienen cada vez que hay mucha gente o se pone nervioso por alguna situación se desmaya, o sea son dolores de estómago y que se empieza a poner blanco, con náuseas y ya cuando es mucho viene el desmayo.

¿Y eso hace cuánto tiempo que le pasa a M.?

Hace como dos años más o menos, lo que pasa es que siempre lo veían y lo veían así no más.

¿Usted cuando empieza a presentar esa sintomatología, esos cuadros de desmayo usted inmediatamente lo comienza a llevar a especialistas?

Lo llevo primero al consultorio y me dicen que no presenta nada anormal entonces ya lo dejé estar, y qué paso que el año que recién paso en el colegio le ocurrió entonces ahí yo lo traje al tiro para acá y lo empezaron a mandar a distintos especialistas para ver que es lo que realmente pasaba, porque podía ser epilepsia no sabían que realmente que es lo que podía ser.

¿Entonces el neurólogo lo derivan acá y empieza a trabajar con la psicóloga?

Si.

Cuando esta todo este momento en que le hacen muchos exámenes a M y no encuentran nada que valide algo como más orgánico ¿Qué piensa usted en ése momento?

Que puede ser algo psicológico que él se este causando, que se ponga demasiado nervioso por la situaciones y eso mismo le arroje otra situación, eso es lo que se me paso a mí por la mente.

¿Y usted lo conversó eso con el neurólogo?

Si yo muchas veces se lo dije, que yo encontraba que él era demasiado nervioso porque por ejemplo hay situaciones que estemos solos en la noche y que él sienta un ruido, yo le pongo que se le salen los ojos y empieza a moverlos por todos lados como demasiado nervioso, entonces yo lo noto que se pone nervioso por demasiadas cosas, situaciones si él no puede hacer algo también se pone nervioso y se uno le pregunta no haya que contestar y se pone muy nervioso.

Entonces cuando llegan acá donde J. ¿Cómo se empieza a formar el trabajo que van a hacer?

Es que lo mandaron a una interconsulta, que le hicieran una evaluación para ver qué es lo que pasaba por él en cuanto al rendimiento académico porque él bajo mucho las notas y le cuesta demasiado ahora.

¿Tenían que aplicarle algún tipo de prueba?

Claro, es que le hizo un test y al final se juntaron varias cosas porque es un cúmulo de problemas y situaciones entonces ha ido como todo ahora saliendo a flote.

¿Qué idea tiene respecto a lo que es un tratamiento psicológico respecto a lo que está haciendo M.?

No sé, las pocas veces que he venido porque otras veces ha venido mi hija mayor con él porque yo estaba trabajando, a él le ha hecho muy bien y nosotros hemos venidos todos o sea ha venido los hermanos, ha venido el papá, yo siento que nos ha hecho

bien a todos o sea para mí igual me ha hecho bien, me ha hecho recordar igual hartas cosas desagradables pero pienso que ha M ahora le está ayudando a soltarse a decir las cosas que realmente le estaban pasando.

¿Eso han aprendido a descubrir mediante el tratamiento?

A ver realmente lo qué a él le pasa porque él no cuenta, él no dice “me pasa esto” “me pasa esto otro” el se calla no más, y él tuvo un cambio muy brusco yo lo noto que es una persona muy regalona por decirlo así, de los profesores del papá, yo no yo soy más “paca”, y a él en cuarto básico, él salió de sexto ahora, él tenía una profesora que era muy apegado a él y él muy mimado por ella y paso que el segundo semestre la profesora lo dejó solo para que él tomará el rumbo y a él parece que eso le, no se qué pasaría en él que tuvo un cambio que bajo al punto de quedar repitiendo ese año, a él le iba súper bien en el colegio pero bajo las notas y no quería ir al colegio, no quería nada nada del colegio. Decidí yo cambiarlo de colegio pensando que podía haberle pasado algo en el colegio y él no quería contar, pero el año siguiente siguió igual, no hubo cambio por decir va a tener otro profesor otros compañeros va a ser mucho mejor pero igual le empezó a costar mucho mas y no tenía esa motivación del colegio, o sea no la tiene realmente a él no le gusta el colegio y lo volvía cambiar de colegio, ahora lo tengo en otro colegio y fue exactamente lo mismo, pero ahora comenzó el tratamiento empezó a tomar pastillas la profesora me decía que él había tenido un cambio de cuando empezó el tratamiento con pastillas porque él es muy, a ver cómo se puede decir la palabra, se distrae con mucha facilidad entonces él tuvo ese cambio a final de año cuando él empezó con las pastillas.

¿Hace cuanto que toma pastillas?

Cómo tres meses, puede ser. En neurología le están dando pastillas, él tiene que tomar de lunes a viernes. Y la profesora me comentaba ahora cuando le entregó el informe que él había tenido ese cambio de cuando empezó el tratamiento, lo que antes no podían lograr tenerlo tranquilo un rato que se sentara derecho sino que él pasaba dado vuelta, de lado, se paraba, lo que no es cuando por ejemplo viene al médico se sienta al lado mío a esperar que lo llamen y no se para, que cualquiera diría “no tienen ningún problema, no es inquieto”, en la casa es sumamente inquieto y en el colegio igual, entonces tiene cambios así muy bruscos de repente puede estar de tranquilo, de pasivo o relajado a ponerse muy agresivo, cuando uno lo manda por ejemplo y le dice “no juegues” “no” “si tú tienes que hacer las cosas él no”, porque yo los mando mucho.

¿En su hogar quién percibió la necesidad de que M. necesitaba un tratamiento psicológico?

Es que no pensamos que lo iban a mandar al psicólogo.

¿Pero se conversó a nivel familiar?

Realmente no, porque yo lo traje al médico por el asunto de los desmayos y ahí como lo mandaron acá yo lo comenté en la casa, y bueno si lo mandaron es por algo y si le hace bien, bien que vaya. Pero no es algo que ah va ir al psicólogo no, no nos llama mayor la atención, nos han llamado a mi marido, a los hermanos bienvenidos.

¿Pero usted es la que por decirlo de algún modo toma ojo y dice que está nervioso, a lo mejor se desmaya porque está nervioso, o hay más personas en su familia que observan algo parecido?

Lo digo yo y mi marido también me catetea cuando a veces no lo llevo al médico porque a veces, qué es lo que hacía él me dolía la guata, me dolía la cabeza para no ir al colegio, entonces yo a veces las primeras veces yo lo dejaba y mi marido me decía ya no lo mandes si le duele la guata después vas a tener que ir a buscarlo, y después ya yo fui viendo que cada vez que él no quería ir al colegio empezaba con esos síntomas y los hacía hasta que vomitaba y quedaba como pollo tirado en la cama entonces yo le decía que no, que no era así y después cuando yo lo empecé a traer al médico mi marido me decía viste, era verdad lo que le pasaba y tú no le creías, porque me pasó en un minuto que yo no le creía que yo decía lo hace de puro pesado porque no quiere ir al colegio.

¿Ahora usted plantea de lo que hacía M. que era algo más profundo, a lo mejor la tensión que le provocaba ir al colegio?

Eso mismo donde él se pone nervioso lo manifiesta y empiezan todas sus reacciones.

Y eso ¿cuándo usted lo intuye, lo empieza a formular?, ¿cuándo está con el neurólogo, cuándo empieza a trabajar en psicología, cuándo usted empieza a darse cuenta a hacer esas conexiones que a lo mejor antes no se hacía?

Cuando empezamos a trabajar con la psicóloga porque con el neurólogo yo lo veo pero más a lo lejos, con la psicóloga estamos todas las semanas, igual habían semanas en que yo no podía venir y que venía mi hijo, pero siempre he estado sabiendo cada ciertas semanas venía yo y me enteraba de lo que pasaba.

¿Cómo se ha involucrado usted del trabajo psicoterapéutico de M. de qué manera cree usted que se ha involucrado?

Yo creo que trayéndolo, no faltando a las citas con psicólogo, yo creo que de esa manera lo estamos ayudando.

Y como usted me decía también hay un trabajo mas activo suyo porque usted también ha tenido sesiones individuales, ha podido ver por lo que me dice temas más de usted, no tanto en relación al niño.

De todo se ha visto en realidad, lo que pasa es que ahora la psicóloga está tratando de encajar las piezas que faltaban.

¿M. es el menor?

Si el menor de tres.

¿En el tiempo en que han estado en tratamiento usted comenta con M acerca de qué se trata acá, qué es lo que ven?

Le pregunto yo y me dice me fue bien, pero que hicieron, jugamos me dice pero no me comenta cosas con mayor detalle, se reserva mucho las cosas.

¿Y usted a la vez le pregunta a la psicóloga que área están tocando, que temas está indagando?

A la otra sesión cuando venimos de nuevo la psicóloga me comenta lo que están haciendo pero también así a grandes rasgos, yo encuentro que él se siente mal si uno investiga mucho porque un día yo le dije que por qué no me contaba que para qué me va a contar a mí si le cuenta a la psicóloga esa fue la respuesta de él, yo prefiero contarle a ella que contarte a ti me dice.

En relación al tratamiento ¿usted considera que han existido cambios en su hijo desde que comienzan el tratamiento en psicología hasta hoy?

Ha tenido varios cambios porque al principio cuando recién empezamos a venir él se relajó y empezó a estar más pasivo, porque qué es lo que pasa con el hermano del medio pelean demasiado, peleaban, ahora están como más relajados, pero era una cosa que pasaban, miraban y se sacaban chispas, entonces a mí eso ya me tenía, yo ya no hallaba que hacer de qué manera tratar de evitar esa situación, eso se calmó un poco y M. estuvo como más relajado trataba de evitar las peleas, pero después tuvo otro cambio que se puso como que todo le molestaba en el minuto en que recién empezó a tomar pastillas, que yo pensé chuta a lo mejor porque a mi marido le dio ataque cuando le dieron las pastillas porque no quería que tomara y yo pensé que a lo mejor podían ser las pastillas, y le pregunte a la psicóloga.

¿Estaba más irritable?

Claro súper irritable, entonces le pregunté y me dice “no es muy recién para saber si son las pastillas o no” después se la pasó de nuevo y volvió a estar más relajado, pero hay episodios que tiene así que está súper agresivo irritable y por todo se enoja, y hay otros que no que súper bien, entonces igual ahí a mí me descoloca no hallo de que manera actuar con él porque tiene momentos bien y momentos súper irritables que todo le molesta, yo soy muy mandona entonces por eso también a lo mejor ellos se enojan y el M. es el más parado de la hilacha que me contesta y me dice que yo soy la que tiene que hacer las cosas.

Entonces cambios visibles usted ha visto que se ha tranquilizado un poco M., pero algunas veces vuelve como ha estados más irritables. ¿Y eso usted lo responde desde el tratamiento psicológico o desde las pastillas, o de un cambio que ha hecho usted en la casa?

No, yo pienso que le ha hecho muy bien el psicólogo, al principio yo lo adhería a las pastillas que era cuando se empezó a poner irritable de nuevo pero al pasar del tiempo él tomando las pastillas ha vuelto igual a estar tranquilo, relajado, y hay otros momentos que está irritable entonces no pueden ser las pastillas y las pastillas ya las dejo de tomar porque solamente en el período de colegio.

¿Y ahora cómo ha estado M. sin las pastillas en la casa?

Bien lo que pasa es que él tiene unos amigos que le gusta mucho estar con ellos, ahora último ha estado más en contacto con ellos no ha estado tanto en la casa ha

salido más, lo que antes no salía porque temporada de colegio salen el puro fin de semana, en la semana no salen a jugar ni a nada solamente en la casa.

Usted ha conversado con M. y si no lo ha hecho ¿qué piensa respecto a lo que él cree que ha significado para él el tratamiento en psicología?

No nunca lo hemos conversado, nunca le hemos preguntado.

¿Y qué piensa?

Pero a él le gusta porque a él cuando algo no le gusta pone problemas para ir, porque incluso habían citas que nos tocaba con la psicóloga que a veces me tocaba venir a mí sola y otras veces me tocaba venir con él, entonces habían días que me decía pero mamá si nos dijo que ella, que tenias que ir tú sola que no tenía que ir yo, a que voy a ir yo no si tenemos que ir los dos, él se enojaba en el minuto igual venía conmigo y llegábamos acá y se daba cuenta que teníamos que venir chuta dijo me equivoqué, ya bueno, pero yo le escuché que tenía que venir, si le decía la psicóloga yo te dije que no vinieras pero me equivoque y tenias que venir le dijo, pero él es muy observador entonces cuando cree tener la razón lo discute hasta que, aunque yo le diga que no que es así y él tenga que hacer igual lo que yo le digo, pero él me discute cuando tiene la razón.

¿Entonces usted cree que a él le gusta venir acá?

Si, si le gusta.

En relación al ámbito familiar, ¿Le han referido a usted estos cambios que ha tenido el niño?

¿Qué los demás se refieran a él?

Si

No

¿Usted solamente se ha percatado?

Si, soy yo y mi marido que con él lo comentamos derrepente los cambios que él tiene, que igual es preocupante. Pero por lo menos lo que ha bajado y que nos tranquiliza son las peleas con el otro hermano, que eso nos tranquiliza porque era una cosa ya enfermiza las peleas que tenía.

Cuando M. comienza a venir a psicología ¿existió algún tipo de conversación previa entre usted, en la familia con su marido o el qué se refiere usted de por qué viene a psicología los otros integrantes?

Yo le comenté a mi marido inmediatamente cuando yo entregué la interconsulta acá para que lo llamaran y él me dijo bueno si lo mandaron es por algo y hay que llevarlo, mis otros hijos preguntaron por qué el M. tanto remedio, no les dije obviamente que es lo que estaba pasando ni que es lo que le pasaba, que por qué tenía que ir a psicología porque como son, el de al medio con el que pelea más lo iba a molestar, no tiene que ir al médico me dijo tiene que controlarse, después como es el mayor el que lo trae él entendió más, que él por qué tiene que venir y que hay que ayudarlo,

incluso mi marido es reacio a venir al médico con los niños él un día le habló y me dijo que si era por ayudar al M. el también tenía que poner de su parte y venir a él no le gusta mucho andar a las reuniones de colegio no va nunca, por qué no le gusta, dice que es un puro enredo ir a reuniones entonces dice para qué voy a ir al médico que se van a demorar mucho en atenderlo y no le gusta, igual viene y se preocupa pero no le gusta mucho, pero cuando le conversamos que él tenía que venir para ver que estaba pasando porque ella necesitaba saber de todo lo que pasaba con M. él vino y no puso ningún problema.

Usted de manera general ¿Qué piensa respecto a que lo niños vayan al psicólogo?

Yo pienso que a todos los niños les hace bien, lo que pasa es que está mal catalogado porque todos creen que porque van al psicólogo están locos, porque es un mito que la gente hace porque toda persona ajena que no ha ido nunca al psicólogo lo trata así, pero yo encuentro que hace súper bien.

Encuentro que también habla como desde su experiencia porque usted...

Si yo he estado en tratamiento mucho tiempo.

Usted hablaba acerca de que llega con M. al consultorio por los desmayos, **¿Cómo empieza afectar esto a la familia en general lo que ocurre con M.?. Por ejemplo esta el tema de los desmayos, después el nerviosismo, los cambios del humor de estar tranquilo a estar muy irritable, ¿Cómo afecta esto en la familia?**

Preocupa que realmente el por qué le pasan esas cosas, porque incluso al M cuando empezaron a evaluarlo le encontraron una cosa entonces a lo mejor pensaban que por ahí podía ir, que a lo mejor tenía algo, entonces fue más preocupante porque M es le más debilucho por decirlo así y es muy pollo entonces por eso nos preocupó mucho que podía pasar con él, pero no produce grandes cambios o sea todos saben que si hay alguien, o sea nosotros somos exagerados en ese sentido, si alguien se enferma buscamos al tiro el médico partimos y tratamos de encontrar al tiro el fondo del problema, qué es lo que pasa. No somos dejados en ese sentido.

Usted me dice que actualmente M. no está con pastillas pero en un momento estuvo trabajando tanto en neurología como en psicología, ¿usted percibe algún cambio entre los dos tipos de tratamiento?

Es que la psicología aquí es como que están mas con él, conversan, le preguntan qué es lo que pasa, como le va y en neurología no, neurología va lo revisan le preguntan si le han venido los desmayos de nuevo, yo tengo que entregar el papel le dan las pastilla y eso es todo. Entonces es más como un control, en cambio psicología es algo más allegado a él.

Entonces si no existiera el conducto regular de aquí a los niños que los deriven, ¿usted lo haría igual de esa misma forma, lo llevaría a un médico y después a un psicólogo?

Lo que pasa es que siempre hay que seguir el conducto regular porque nunca uno puede decir, ya si yo notó esto algo extraño lo voy a llevar al psicólogo porque no puede ser así y en todos lados es lo mismo.

¿Tiene que pasar primero por un médico?

Por un médico y del médico lo deriva al psicólogo

Pero si existiera otra posibilidad ¿usted cree que lo haría de otra forma?

Si, si existiera la posibilidad de que lo llevara directamente al psicólogo si, si.

En la familia desde que M. ha estado en psicología ¿ha cambiado algo en lo familiar?

Ha cambiado en que sentido

Por ejemplo, en relación al hermano y M. ha cambiado a nivel de pelea, pero por ejemplo a nivel de usted como pareja, como en otros aspectos, ¿Han cambiado cosas al venir a psicología?

Yo creo que nos ha unido mas, porque hay que estar, aquí venimos todas las semanas, entonces estamos en mas contacto cómo te fue qué te dijeron como que nos ha unido más eso.

¿Usted cómo podría evaluar el tratamiento acá?

Evaluarlo en que sentido, ¿Cómo está ahora?

Si

Bastante mejor a como llegó.

M. le van a dar de alta prontamente, ¿Está todavía en terapia?

Está todavía en terapia no se ha hablado anda de alta.

¿Él cuando partió en psicología?

El año pasado, sería en septiembre, debe llevar más de 4 meses trabajando.

Cuarta Entrevista

Nombre: L.

Edad: 36 años.

Profesión: Psicopedagoga

Nombre del hijo: C. 12 años

Tiempo en tratamiento: 4 meses

Comuna: La Florida

Trascripción**¿Cómo llega su hija?**

Está aquí desde los 6 años más o menos porque ella tiene epilepsia, entonces se atiende en neurología. Estuvo con un neurólogo hartos años y yo siempre le contaba que C. tenía como algunos miedos, que de repente la dejaban muy angustiada y él me decía no, no te preocupes si son parte del proceso de desarrollo no más.

¿Qué edad tenía C. cuando ud. se da cuenta de estos miedos que me habla?

Desde chiquitita, desde chiquitita porque algunos los fue superando y otros iban quedando, o sea como por ejemplo niños de 2 años que se tiraban de un resbalín muertos de la risa para ella era una cosa que no es que le diera miedo era un pavor se descontrolaba, se ponía a transpirar, lloraba, era atroz. Todo lo que ocasionara movimiento también era una cosa que realmente la descontrolaba, pero habían otras

cosas por ejemplo la rueda, que daba vuelta a todo lo que da y no le daba miedo entonces también una cosa como súper contradictoria, entonces yo le comentaba esto al doctor, al neurólogo y me decía: no, no te preocupes si son distintas personalidades, entonces será, bueno y después pasó que el doctor se fue y me derivaron con otro doctor, y después al par de sesiones de los controles que son cada 6 meses le comenté esto nuevamente y ah no me dijo te voy a mandar a psiquiatría, entonces le dieron una hora y llegamos a psiquiatría, le contamos a la psiquiatra todo lo que pasaba, que se yo, así como una recopilación de cosas de cuando era chica más algunas cosas que habían pasado en el último tiempo y ella me dijo que era un síndrome ansioso, algo así, y que la iba a derivar a psicología a una terapia y después de eso tenía que volver con ella para ver si era necesario darle algunos remedios, algunos medicamentos.

¿A usted le explican por qué, por ejemplo en psiquiatría que es donde allí existe la interconsulta hacia psicología, el por qué es necesario que C. esté en un proceso psicoterapéutico, le dicen, usted pregunta el por qué de esta derivación?

No, no, no, como que era lo normal ese proceso digamos pasar de psiquiatría a psicología para supuestamente mejorar todas estas ansiedades que ella tenía, que bueno han aparecido un montón de otras cosas ahora al recorrer el tiempo, y que después de eso terminado eso, que no sé que tiempo es, se volvía a psiquiatría como para continuar los controles y ver los pasos a seguir, era como los pasos cronológicos que se seguían, o sea no era una cosa especial sino que era como lo que normalmente se hacía.

Y usted cuando le empieza a comentar al primer neurólogo o en la segunda neuróloga acerca de estas conductas que tenía C. de miedo ¿Usted pensaba en algún momento que eso era para psicología o tenía que ir a neurología o a psiquiatría?

Lo que pasa es que mi duda era si eso era asociado a algún temor así como a algo emocional o algo derivado de su misma epilepsia, entonces yo siempre tuve esa duda, incluso cuando era más chica también le preguntaba al doctor: ¿doctor será la epilepsia o no?, no, no creo si esto debe ser porque es tímida, ya se le va a pasar entonces siempre tuve mi duda ¿esto será lo mismo?, por ejemplo cuando se descontrolaba con la escalera mecánica que le daba una cosa de pavor, hace 2 semanas atrás tuvimos que subirnos a una porque no había otra opción, que mas que nada la bajada, y fue una cosa atroz después se sintió mal, se sintió mareada que quiero vomitar, porque es tanto lo que se hiperventila que después realmente queda descontrolándose si esto tiene que ver con la epilepsia, esa era mi duda pero yo me imaginaba que también por otras cosas más era bueno el que la viera un psicólogo entonces justo se dio la oportunidad que me escuchó esta doctora la neuróloga y me dijo inmediatamente la vamos a mandar a psiquiatría, así que desde entonces estamos viniendo para acá.

¿Y hubieron también otros contextos por ejemplo el colegio donde le dijeran: mire C. es más tímida que otros niños, que le dieran la pauta para que usted la llevara a psicología?

No que ellos me dijeran pero siempre se vio como muy metida la cosa del colegio, siempre ha estado muy presente entonces siempre ando preguntando y aparte que ella no cuenta mucho entonces yo salía ahí a ver que pasaba en el colegio, entonces en realidad más que nada como una inquietud mía el colegio nunca me dijo llévala a un especialista, solamente el informe del neurólogo no más de parte de la epilepsia que atencional no, entonces para ese asunto de la evaluación diferencial del colegio, pero nunca me dijeron tienes que llevarla , ninguno de los colegios.

¿Y C. esta siendo medicada aún por la epilepsia?

Si.

¿Y por el déficit que tiene?

A ver, ha estado en forma interrumpida a estado en tratamiento, la verdad es que no le hace mucho efecto el medicamento, entonces la dosis que debería tomar para que le hiciera efecto no le gusta mucho a los neurólogos porque como toma mucho remedio para la epilepsia tratan como de no darle anfetaminas que el primer le hace estupendo y es un cambio increíble pero después de eso ya el organismo como que las asimila, tendría que pasar a una segunda etapa de dosis y eso puede ser complicado.

¿El diagnóstico de DAT se lo da el neurólogo, el psiquiatra?

El neurólogo, pero no el de acá sino cuando nosotros llegamos acá y hasta el día de hoy una vez al año yo la llevo al neurólogo, y la ve desde chiquitita porque la C. tiene epilepsia desde que era guagua, entonces una vez al año la llevamos y bueno

con algunos antecedentes del colegio también yo la notaba porque yo soy psicopedagoga, entonces como que algo me he dado cuenta y el neurólogo de acá, del hospital, me pidió que llevara el test de Conners, lo traje y bueno allí salió unas anotaciones respectivas del colegio y él empezó a dar remedios, pero buen en realidad yo no estoy mucho en ese aspecto y él que la veía en la escuela también él le dio una vez o dos veces seguidas, dos años digamos, pero en realidad yo encuentro que nada.

¿Y usted que piensa del diagnóstico que le dieron de C. de déficit atencional con hiperactividad es?

No, sin hiperactividad. O sea ella lo tiene de todas maneras.

¿Usted lo corrobora?

Si, si uno esta estudiando con ella o esta hablándole cualquier cosa ella dice “qué” “ah”, típico, entonces en clases también ponte tú yo he ido mucho al colegio a conversar con los profesores, gracias a Dios como que la cuidan mucho, la quieren mucho la C. es como súper regalona y se porta bien no tiene problemas de conducta, siempre me han apoyado mucho a mí y a ella, entonces claro C. entendiste qué, ah, las típicas las cosas del DAT, hasta que el profesor le explique y le explique, le hace el ejercicio bien pero después pasan diez minutos y ya se le olvido todo.

¿Y qué acciones pensó que tenía que seguir cuando le dicen que la C. tiene DAT?

O sea como lo lógico era digamos el tratamiento con los remedios que den en el DAT, pero en el caso de ella yo no se por qué no remite, no hizo mucho efecto. Al

principio fue fantástico o sea las 2 primeras semanas el efecto fue increíble, llego con todos los cuadernos ordenaditos con toda la materia al día, en clases cien por ciento pero de esto después fue una cosa como que no tomara nada, yo le dije al doctor: subamos la dosis, no podemos subir la dosis porque no me atrevo porque toma mucha cosa, dejémoslo ahí no más, entonces la segunda vez que vine le dije: sabe que, si no le está haciendo efecto, mejor lo abandone, y después al otro año probamos con el Alarin y eso le hizo menos efecto que las anfetaminas, y éste año también tomo a principios de año como tres o cuatro meses, yo le dije a la doctora: sabes que la noto igual, entonces a lo mejor la dosis que tendría que tomar sería, porque en el caso del Atempator que ella toma usa una dosis súper alta a lo mejor debería tomar menos por el peso o porque es flaquita pero parece que ella como que asimila mucho entonces debería tomar como dos pastillas al día el doctor más no le quiere dar.

Siguiendo con el mismo tema del DAT cuándo le dan este diagnóstico ¿Usted pide una segunda opinión o le pregunta a alguien?

No, si, si. Claro, y aparte que el doctor que la ve desde chiquitita a mí me da plena confianza, incluso yo le lleve a la niña porque en el jardín decían que tenía un montón de problemas y yo no encontraba que tenía problemas, y dije se la vamos mandar igual al doctor y se la llevé y todo y me dijo: esta niñita no tiene ni DAT, ni esto, no tiene nada, así que mande una tremenda carta para el jardín y al jardín no les cayó muy bien, entonces a mí me da plena confianza que no las va a medicar porque si no más lo conozco desde seis meses, siete meses que fue el pediatra que la derivo cuando tuvo su primera crisis.

¿La C. entonces por lo que entiendo se atiende en dos lados, con dos neurólogos?

Lo que pasa es que acá el control que ella tiene es como seguidito, yo la llevé de todas maneras una vez al año a principio de año la llevo donde el otro médico para que la vea porque tiene todo sus antecedentes de cuando era guagüita.

¿Ese es el neurólogo que después se va del hospital?

No es otro, el que se fue de acá no lo veo. Es uno que la ve acá, la C. llegó acá cuando tenía 5 años y antes de eso tenía un médico por fuera y ese la llevo una vez al año, es casi como una consulta al pediatra, aprovecho de medirla, conversa con ella que cómo ha estado, que las tías el colegio se conocen tanto ya oh que grande está tú chiquilla, la llevó en realidad como para cosas pocas, un control, aprovecho de llevarle los electros que le han hecho acá durante año, le cuento lo que ha pasado que se yo, es como para que siga el caso nada mas, la C. lo quiere, se le cuelga cuando llega desde que nació.

¿Entonces por lo que entiendo a psicología llegan derivados de psiquiatría?

Claro.

Me podrían contar qué ocurre cuando ustedes llegan a psiquiatría, qué se plantea, ¿cuál es la motivación de estar allí?

Cuándo nos derivan de neurología a psiquiatría o sea cuando yo le cuento a la doctora estos sustos que tenía la C., habían pasado justo en ese minuto algo como dos

cosas puntuales, entonces me dice ya pero ella parece que me hace la derivación a psicología, no me acuerdo, y al consultar acá me dicen no, primero psiquiatría, creo fue algo así parece pero no me acuerdo exactamente. Después llegamos a psiquiatría y nos atiende una doctora, no sé como se llamaba, muy agradable y muy dije, y ahí empezar a contar todo, empecé a contar un poco de la dinámica familiar, estos sustos de la C., de su epilepsia, de su DAT absolutamente de todo conversó con ella porque la C. estaba súper preocupada y no hablaba nada, súper tímida, y ahí entonces me aviso que lo que venía ahora era terapia psicológica que yo le había entendido que era un grupo con otros niños, no sé si esa etapa vendrá después, y que en el fondo como para empezar a aprender a lidiar con estos sustos que a lo mejor no se le iban a quitar nunca pero cómo enfrentarlo en la mejor manera que no la invalidaran su vida diaria y después de eso cuando terminara ese proceso volver donde ella para ver si era necesario medicarla para que estuviera más tranquila.

**Entonces tuvieron una sesión de recepción con la psiquiatra y las deriva,
¿Después van a tener la otra?**

Se supone que cuando terminemos psicología, que cuando termináramos esta etapa teníamos que volver donde ella para ver cómo nos había ido y si era, porque ella quería medicarla al tiro pero me dijo no tu hija toma mucha cosa mejor dejémosla primero en psicología para ver cómo nos va y después cuando vuelvan para acá vemos si le damos alguna cosa para que ande más tranquila, más relajada.

¿Acá en Psicología hace cuánto tiempo esta C. en tratamiento?

Como cuatro meses. Al principio fue complicado porque había que sacarla del colegio, perdía clases después traerla, tuvo que faltar a pruebas pero gracias a Dios que nunca nos pusieron problemas con la C.

Cuando los derivan a psicología, ¿ud conversa con C., le comenta que va a venir a psicología, habla con ella?

No tomarle el parecer no, le cuento un poco digamos lo que pienso yo que va hacer en psicología con la persona que le toque, que van a conversar de esas cosas que le dan susto y otras cosas mas, que se yo, que ella se sienta mejor y eso me contó, pero en realidad ella nunca me hace ningún problema cuando le llevo a un doctor, que la llevo aquí que la llevo acá, que el electro, que el scanner, que esto, que lo otro, no nunca, se podría decir que esta como acostumbrada a ir a donde tenga que ir no mas. La C acá se ha enganchado mucho con eso, viene feliz, sobre todo ahora en vacaciones que es más fácil, que no tenemos la presión del colegio, que tenia que volver al colegio corriendo, comerse algo en la micro, que se yo, para alcanzar a volver a clases, para no perder las pruebas, por que al otro día tenia que dar las pruebas atrasadas.

Entonces ¿Podemos hablar de la existencia de una motivación propia de C. para venir acá?

Si, ella me dice mamá hoy voy a ver a la K, le voy a decir que me paso ella viene bien contenta.

Cuando ustedes comienzan a configurar un motivo de consulta en psicología ¿cómo lo hacen?

O sea al principio ella empezó a venir con el papá, yo estaba trabajando y no podía venir a sesiones con ella, después la K. empezó a ver los horarios para que yo pudiera venir, estuvimos un día, una mañana hablando un montón de rato, estuvimos los dos con mi marido y después nos hemos estado turnado, una vez uno, una vez otro que viene con ella. Entonces hemos conversado hartito, no solamente de esta cosa con la que entro, el cuento de los sustos, sino que un montón de otras cosas que van saliendo que uno las ve como parte normal de la vida, pero después a uno le dicen, pero que esto es así, no está bien, no debería ser así, pero uno no se po' en la vida diaria lo ve como parte de la dinámica familiar no más, que si no es algo tan terrible como que no se da cuenta, pero después si po', cuando uno toma conciencia, dice si en realidad le puede estar afectando.

¿Usted anteriormente había participado de algún proceso terapéutico, de un hijo o personal?

No.

¿Y qué le ha parecido este proceso?

Bien, súper bien, ni un problema, la K. es súper amorosa, la C. viene contenta, y claro todos sus síntomas siguen igual, por que como te decía hace poquito tuvimos obligatoriamente subir la escalera y fue atroz estaba descompuesta, traspirada, pésimo, pésimo, pésimo, pero a mí en realidad mas que eso, por que eso ya, por

último siempre habrá una alternativa para salir del lugar donde uno esta por otro lado, que sepa enfrentar la relación con sus pares, ahí hay como problema con sus compañeras, se lleva muy bien con los adultos, estupendo, y con los niños más chicos también pero con sus compañeras, ella ha estado como en tres colegios, nos hemos estado cambiando de comuna y el colegio de ahora lleva ya al tercer año ya, pero en los tres colegios que ha pasado siempre ha tenido problema con sus compañeras, en realidad como que me interesa esa parte, o sea que ella logre tener un grupo de amigas como bien firme que se yo, que se sienta bien que se sienta cómoda, que se sienta querida, por que con todo su enfermedad, le va mal en el colegio, que soy tonta que soy fea y yo le digo pero C. mírate al espejo, si eres preciosa, no que aquí que allá, entonces yo quiero que ella se sienta bien, que se sienta feliz, mas que se suba o que me baje una escalera, por que yo creo que a muchos adultos le pasa y tienen que asumirlo no más porque bueno es parte de la vida, pero me interesa esa parte, que sea feliz que tenga buenas relaciones con sus pares, no solamente con sus compañeros.

¿Y C. también lo refiere como problema eso de no tener buena relaciones con sus pares?

Si, si. Entonces yo conversaba la otra vez con la psicóloga que y la C. mamá tienes, que me pasa tal cosas, ya y partí al colegio a solucionar este embrollo y el papá también lo hizo varias veces, entonces parece que a ella le acomoda mucho esta situación, de no resolver ella el problema que en realidad a lo mejor el problema es una tontera que cualquier otro cabro, a lo mejor a mí me pasó miles de veces que me dijeron la alumna pesada y yo digo ah ya no me importa me dijo pesada y que me

importa a mí, pero para ella es un drama entonces la psicóloga nos ha dicho que nosotros tenemos que dejarla un poco y también como están los antecedentes de su enfermedad eso es súper complicado, recién como a los 6 años pudimos empezar a respirar un poco más tranquilos porque ya se empezó a controlar mas, empezó a hacer una vida más normal, antes fue como bien complicado entonces yo muy aprensiva y ahora me he dado cuenta que no que tengo que dejarla un poco más, porque ella tiene 12 años ya y tengo que empezar a dejarla sola y que ella empiece a resolver sus problemas.

¿Usted eso se lo responde desde la enfermedad de la C. que usted ha sido muy sobre protectora con ella?

Si creo.

¿La C. es la mayor?

Es la mayor, si.

¿Ud. es la que percibe la necesidad de un posible tratamiento psicológico para C.?

Aja.

¿C. en algún momento también lo refiere, a lo mejor no en palabras que diga psicología pero refiere sentirse mal con algún problema, le dice a ud mamá sabes

que estoy aburrida, no me puedo quedar dormida bien o no puedo bajar por la escalera mecánica?

No, no.

Es algo que usted visualiza y toma las medidas

Si, si. Claro por ejemplo con las escaleras nosotros erróneamente en el fondo la obligábamos a bajar o a subir porque da lata darse toda vuelta caminar no sé cuantos pasos más allá, uno siempre anda apurado, entonces después nos dimos cuenta que no podíamos hacer eso, si hay que demorarse media hora más porque hay que darse la vuelta por el otro lado hasta que ella no supere todo este cuento, que terrible porque uno tiene como un susto atroz y la hagan igual enfrentarse a el de esa manera, entonces que la C. con esta cosa aprensiva mía que tengo que dejarla que ella solucione sus problemas salvo que ya sea algo estrictamente necesario digamos, de que ella no lo pase mal, irse por otro lado de esa manera tratar de que ella esté mejor.

Entonces puedo entender que hay como 2 áreas: el área que trabaja C. sola con la psicóloga que es un ámbito mas privado y otro ámbito en el que la psicóloga y ud conforman algo entre las dos para trabajar en favor de C., por ejemplo esto de desligarse un poco, están esas dos áreas de trabajo.

Y la C. se me hace la guagua y me dice mamá no me digas eso porque la psicóloga me dijo que no. Pero cuesta cambiar los hábitos después de tantos años. Con K. esta la mía en relación, sobre todo la mía, más que la del papá y con relación a ella, una de ella propias.

Entonces en ese mismo sentido ¿Cómo cree usted que se ha ido involucrando en este proceso?

No yo he sido súper involucrada, o sea en todo lo de ella, o sea si no la he podido traer ha sido estrictamente por trabajo pero no, siempre súper preocupada en las cosas de ella, en la salud en todo, no solo en lo que esta ahora sino que sus controles médicos que sus remedios, que C. este remedio de día , este a otra hora, o sea siempre pendiente absolutamente de todo, ehee y en esto de ahora también, veo que ella esta, que le gusta, que esta contenta, no como cuando viene al médico que es una lata, no por que ella feliz, siempre viene así como con una con alguna copucha que le trae a la K., me dice tengo que contar hartas cosas a la K. ¿Le puedo contar?, cosa tuya le digo yo, si le cuentas, a si que no igual súper involucrada en todo el tratamiento de ella.

¿Entonces también puedo comprender que han existido momentos en que el trabajo que si bien es de C. también a tocado aristas de usted?

Si, y también de pareja, esa cosa como de no ponerse de acuerdo en el fondo en los límites en las reglas, en que uno se encuentra muy aprensiva muy ayudadora y el papá como mucho más, no tanto como desde afuera por que también esta involucrado en todo lo que es la parte medica de ella pero esta cosa del diario vivir del colegio de los miedos de los sustos no , como más duro el aja entonces darme cuenta que yo estaba mal siendo tan aprensiva y que el también estaba mal siendo tan duro, o sea tratar de

encontrar el equilibrio, ahí estamos, en eso estamos, pero no ha servido mucho, a mí me ha servido hartito.

Usted en algún momento en el tiempo que esta trabajando con K. junto a C. ¿Ha conversado con C. acerca del tratamiento que están recibiendo, en algún momento usted le pregunta acerca del tratamiento?

Si, o sea siempre le pregunto como te fue que hiciste, y me dice: no mamá hoy día no te puedo contar lo que hice con la tía y perfecto, después me dice te voy a contar un poquito o sea una cosa de muy complicidad de ella, como una cosa muy rica, no como no, no te puedo contar, una cosa como rica la que están viviendo, entonces y siempre sale muy contenta y viene contenta también, entonces es súper motivador traerla y una vez les hizo unas tareas para que hiciera que se yo, pero eran como de ella y yo no me podía meter, no se si las habrá hecho o no, pero no la K. me tiene un cuaderno, la K. me unos stickers, unas cartas, hablamos cosas, eso siempre me ha dicho, pero también deja su espacio, respetando obviamente su espacio, si tu me quieres contar me cuentas si no me quieres contar no me cuentas, pero siempre le estoy preguntando, que como se sintió que como le fue.

¿Y en relación al núcleo familiar, por lo que he visto ustedes viven usted su marido, C. y dos hijas más?

Si.

¿Cuando C. empieza a asistir a psicología se conversa el tema en el hogar?

O sea como en el camino lo hemos ido conversando con mi esposo, al principio como que no tanto, o sea como parte de todo el proceso de ella y que ahora venia esta etapa, pero a medida que ha ido avanzando el tiempo y que hemos que tenido que venir nosotros también de repente claro conversamos, claro, recuerda que la K. dijo tal cosa te acuerdas o no, si claro, entonces no hagamos otra cosa. Y la verdad es que me callo bien, por que la relacionan entre nosotros va mas o menos no más, entonces el otro día escuche a la C. que decía como que nos llevábamos mal, entonces ahí hay que conversarlo.

¿Pero en un primer momento cuando la derivan a C. ustedes no conversan con su marido respecto a la derivación?

No, yo le dije mira hice tal cosa que se yo así que le van a dar una hora que se yo para psicología o psiquiatría no me acuerdo, si parece que psiquiatría le conté como una cosa hecha y después se tuvo que involucrar igual por que la tenia que traer él, yo no podía hasta que nos toco venir los dos y converse con la K. que teníamos que conversar con mi marido por que no estamos como al igual o sea uno por un lado y yo por otro y a las otras dos niñas no se nota, pero en la C. si se nota, entonces ahí no hemos tenido que poner de acuerdo en hartas cosas, pero cuesta es difícil pero se puede.

Siguiendo un poco en el ámbito familiar ¿esta sintomatología que usted comienza a percibir de C. en torno a los miedos, repercutían en algo en la dinámica familiar?

En relación a los miedos si, cuando salíamos y la cuestión de la escalera siempre la pelea, pelea entre el papá y yo por que yo decía no la obligues a bajar, no que tiene que bajar que, es una tontera, que se le va a quitar o sea bajaba llorando, atroz, entonces se produce una pelea, ahora en cuanto a problema que yo veía que tenía dificultades con sus compañeras como que no, como que lo comentaba no mas pero como no mucha onda, pero el si se metió en mucho de defenderla también, varias veces como cuando se le acuso también andaba metido en eso, pero peleas mas que nada en torno a cosas que ha hecho no, sino en la cosa aprensiva mía, que me decía: No que la C. esta grande, tiene que hacer esto, la tratas como guagua, que tienes que tratarla como grande, que no le hagas esto, que lo haga sola, entonces ahí las discusiones de ponernos de acuerdo en ese tipo si.

¿Esto también la motiva en el momento de preguntar por C.?

No por que tampoco era tanto, no era una cosa de rutina de pelea de discusión, o sea era cuando saltaba alguna de estas cosas pero como uno no sale todo los días y no todo los días tenía problemas en el colegio, o sea era una cosa de repente, lo que pasa es que yo andaba demasiado pendiente, entonces cualquier cosa, C. por qué andas , qué te paso en el colegio, no nada mamá, pero dime, dime, entonces como buscando la cosa, pero no era que todos los días tuviéramos problemas, cada cierto tiempo, mas que nada problemas pero esto como que salió después, como te decía al principio, era

como parte de la rutina diaria de nosotros, el ser así, nosotros peleamos mucho, C. con su papá, por que ella se pone muy puntudita con él, y como él es muy mal genio comienza ahí una lucha de poderes, entonces yo también salía al baile por que en el fondo decía que yo la defendía y que por eso se sentía con ese derecho a ser insolente y cosas que en realidad se le pasaba la mano. Entonces en el fondo, sin tener la culpa en esa discusión igual salía yo, por que según el ella se daba el derecho por que sabia que yo estaba detrás iba a decir pobre mijita no le digas nada, una cosa así, bueno ahí teníamos problemas pero bueno tampoco era una cosa como tan diaria que ya se transformara en una cosa tan dificultosa del diario vivir, no, o sea era más que nada esos sustos que tenia ella porque siempre tenia la duda de si era de la enfermedad misma o era de otra cosa, si era de otra cosa de que lo que era, era cosa como del equilibrio, como susto pero no era a las alturas, una cosa rara así yo sigo sin entender de que cosa es.

¿Usted tiene familiares que tal vez le hayan referido algo acerca de C.?

No, que me hayan dicho algo no.

Como usted me decía recién usted no llega a la explicación concreta de que puede ser lo que le pasa a C., usted esta en el proceso de eso...

Lo que pasa es que como han salido otras cosas eso como que esta ahí, o sea igual quiero que la pase bien y que no tenga ese susto, por que yo le digo en el día de mañana C. en dos tres años mas tú vas a querer salir con tus compañeras, vas a querer ir al cine, y hoy en todas partes hay escaleras mecánicas, para llegar al cine tiene que

subirse a una escalera mecánica que vas a hacer, por ese lado, por ejemplo ella le tiene temor a andar en micro, terror, entonces yo le digo como lo harías si tienes que subirme con una amiga a la micro pa' ir no se pa' ir a pasear, ese tipo cosas como para el diario vivir yo quiero que lo solucione, porque ella en el fondo dice mejor no salgo por que me pude pasar tal cosa, yo creo que ella estuvo tanto tiempo como metida en este cascaron de que no, mejor no la dejemos ir al cumpleaños porque le pude venir una crisis que no mejor no la mandemos al colegio por que esta media resfriada y le va subir la fiebre y le van a venir las convulsiones no, entonces ahora yo quiero que la pase bien, entonces por ese lado yo quiero ojalá que solucione estos sustos, pero más me interesa es la parte más emocional, la relación con los pares, en el colegio que cada vez es más difícil, salir adelante con las tareas las pruebas y todo eso tipo de cosas por que cada vez se va complicando mas las materias esas cosas.

Hablando más del tratamiento ¿Usted ha visto cambios?

No, porque yo creo que son cosas para largo, de largo tiempo, yo no tengo ningún apuro, por que si no veo un cambio de aquí a mañana no digo no esto no está resultando, esto es de mucho tiempo y yo tengo toda la paciencia del mundo para que esto se solucione y lo único que quiero que este feliz, que confíe en si misma, que se crea el cuento, que ella puede, que ella es linda, que tiene un montón de cualidades, que la gente la va a querer por esas cualidades y que los defectos que tiene son iguales o no iguales pero que todas la gente los tenemos y vivimos con eso y todos somos felices igual, pero yo no tengo apuro o sea que si no sale luego de esto es un fracaso, no en absoluto, se que es para largo.

¿Entonces bajo eso mismo que me cuenta, que sería para usted un tratamiento psicológico?

Yo creo que ella, que aprenda como a trabajar estos sustos que tiene, a lo mejor no se le van a quitar pero si a enfrentarlos de otra manera y si que pueda crear mejor relaciones interpersonales con sus pares, y con sus hermanos también, bueno dicen que todos los hermanos pelean y que no es malo, se agarran del moño firme pero igual después andan a besos y mordiscos, entonces yo creo que eso es propio de tener mas hermanos, pero principalmente con las amigas, me encantaría que ella todo los días estuviera llevando compañeras, que la invitaran a su casa, que la invitaran a los cumpleaños, la C. me dice: mamá puedo invitar a una amiga, pero por supuesto le digo, al tiro, el otro día estuvo una amiguita en la casa y me encanta por que la veo tan contenta, entonces quiero que ella, se sienta bien, se sienta feliz, y que también su familia está detrás apoyándola, pero que es ella la protagonista que tiene que llevarla, que esta creciendo y que al crecer eh no solamente es una ventaja no sé como pa' tener permiso para acostarse mas tarde, o que es ella la que sale conmigo cuando vamos a hacer alguna diligencia, que a ella le encanta eso, sino que también tiene obligaciones, que tiene que hacer las cosas sola enfrentar los problemas sola, y en fin así es la vida.

¿Estas son cosas que a usted le gustaría que la C. lograra en este proceso?

Si, claro. Es que es en el fondo lo que hemos tenido que hacer todos, yo no le pido ni una cosa de otro mundo, o sea que ella sepa enfrentar sus miedos para que no le perjudiquen su diario vivir, que pueda tener buenas relaciones con el resto, para que

se sienta que es tan importante en la adolescencia tener un grupo de amigas, que se pintan, contar las copuchas, contarse todas las cosas, es que yo lo viví entonces es una cosa como súper importante encuentro yo en el desarrollo de una adolescente entonces quiero que esa parte ella la viva bien y que el día de mañana mire pa' atrás y diga yo lo pase súper bien en el colegio tuve mis problemas pero igual lo pase bien tuve buena relación, tuve un grupo de amigas o sea que esta cosa tan amarga, esta cosa de la enfermedad que yo también la sufro con mi dolor sea como una parte mas de su vida que no diga no a mi me pasa esto y mas encima tengo esta enfermedad, entonces pobre de mi yo no puedo hacer esto no, yo quiero que ella sea una niña común y corriente con sus cosas buena, con sus cosas malas, con su grupo de amigas, con gente que le caiga mal, que se peleó con esta, como lo hemos hecho todos, o sea no quiero una cosa distinta, pero que no, hasta el momento con lo que le ha tocado vivir no le ha sido tan fácil, bueno y yo también tengo un carácter difícil.

C. ha pasado como usted me dice por varios especialistas. ¿Qué significa para usted lo médico, como se ha instaurado lo médico en su casa?

Es una cosa como ya totalmente parte de la rutina diaria, o sea no es una cosa como aparte, es que como de tan chico, es que prácticamente desde que nació a los seis meses ya estaba con tratamiento, entonces hemos ido viviendo el proceso a medida que ella va creciendo como parte de la rutina diaria, si no le digo yo te tómame el remedio, le va a decir el papá o la hermana chica, ¿C. te tomaste el remedio? O sea siempre como parte del diario vivir, o la C. tiene control en tal fecha, ya listo, o le

mandaron a hacer tal cosa, perfecto, hay que ir a buscar los remedios, ya listo, o sea como parte.

¿Usted en ese sentido pregunta, interviene en el tratamiento que ha recibido C. tanto en lo de la epilepsia como en psicología?

En el caso de la epilepsia no, por que es una cosa como mas médica, o sea cuando me han planteado esto de mira a lo mejor le vamos a cambiar los remedios por que ha estado con muchas crisis, digamos, que no físicamente pero si en los electros le salen súper malos, entonces no juegan, no pero es que para qué vamos a hacer eso si esta súper bien con éste porque me da susto a que volvamos a lo que pasaba en años anteriores.

¿En ese sentido usted también participa?

Si, como un año atrás por ejemplo, 8 meses atrás, yo tengo un electro de afuera y no pudimos conseguir hora acá y había salido bueno en ese minuto “que bueno ya, eso significa que vamos a dejar los remedios”, para mí en ese minuto sentí que se me caía el mundo o sea no porque que malo que esté bien sino porque que susto que vaya a pasar lo que había pasado años atrás cuando hubo un cambio de medicamentos que fue atroz, atroz, entonces de ese momento tuvo que empezar a tomar otro medicamento que ya le estaba haciendo efecto más uno nuevo, por eso toma tanta cosa, y la doctora me vio tan angustiada que me dijo ya, le vamos a hacer otro electro acá, y salió malo, después le mandó a hacer otro hace poquito y salió más malo todavía, entonces la explicación de ella era que el scanner no era muy bueno no más,

entonces si obviamente que me involucro porque hemos vivido, o sea yo no he padecido las crisis pero he estado ahí prácticamente en todas entonces hemos sufrido, sobre todo cuando era chiquitita y no sabíamos si iba a salir de las crisis, si se iba a morir o no se iba a morir, si iba a quedar con un daño neurológico o no iba a quedar con un daño neurológico, entonces cuando uno lo vive así como tan encima obviamente que cualquier cambio para uno es complicado, ojalá que algún día se mejore, la C. está en este minuto en un proceso de que está como que no quiere mas remedios, que no quiere tomarse el remedio, que se como una cosa normal también de tanto tiempo ya, tan esclavo del remedio que ya que la hora C. acuérdate en el colegio de tomarte tu remedio acuérdate de la hora, ahora en vacaciones hay que levantarla antes y sabe que tiene que acostarse para tomárselo a pesar de que le hemos modificado el horario, entonces se enoja pero si hay alguna duda yo no quiero que siga con sus medicamentos.

Y en psicología ¿Ha existido como una participación también de por ejemplo: para dónde vamos, qué vamos a hacer?

Bueno con la psicóloga conversamos una vez solas todo el rato y otra vez también hartos ratos los tres digamos él papá, ella y yo, pero esta cosa de las aprensiones, de los sustos, esto de creerse una cosa yo como queriendo hacerlo todo y darme cuenta que no lo estoy haciendo bien, en vez de dejarla crecer estoy frenando un poco su desarrollo, siempre como protegiéndola, yo creo que si, de hecho en los espacios que hay para uno yo creo que si, ahora tampoco es una cosa en la C. que le invalide su vida, que tenga que ser: la C. no puede salir a la calle, no puede ir al colegio, o sea

ella a pesar de todas estas cosas igual tiene una vida relativamente normal o normal yo creo.

¿Si aumentara la sintomatología usted cree que se involucraría un poco más?

Claro yo creo que si, si la viera como muy mal que está muy angustiado, si está con mucho susto que hay cosas que definitivamente no quiere hacer porque le dan miedo, porque no sé una relación, bueno y esta la relación media complicada con el papá yo cuando la vi se la comente a ella tú nos puede citar a los dos, si me dijo, entonces ahí vinimos los tres y la verdad es que a mí me sirvió hartito pero yo creo que hacen falta más. No si yo le dije tú podrías llamarlo a él, creo que ya habían conversado una vez solos parece cuando recién empezamos a venir, después yo y después yo le pedí allí toda esta cosa de los límites, que no nos poníamos de acuerdo, esto de la relación entre los dos media complicada que yo me imagino que esto se va a seguir repitiendo, pero yo creo que si o sea no estoy así como ahí metida encima, pero tampoco puedo ser tan avasalladora de meterme en esta cosa que también para la C es como una cosa mas privada, entonces cuando ella me quiere contar yo le pregunté igual pero si ella no me quiere contar, ya ok no me cuenta, pero yo creo que lo normal no mas.

¿Si existiera más adelante una nueva sintomatología en C, usted pensaría de nuevo traerla a un psicólogo o seguiría el mismo paso de plantearle al neurólogo y hace como ese mismo paso de derivación?

Yo creo que depende quien fuera porque supuestamente yo llegué donde la psiquiatra porque yo tenía esta como duda de si todos estos sustos de ella eran producto de su

misma enfermedad o eran otro tipo de cosa, por eso yo se lo comenté a él, yo siempre le decía doctor pero esto no será por la epilepsia, estos sustos que tiene que de repente no es capaz de hacer nada, no si no tiene nada que ver.

¿Le hicieron algún tipo de examen o solamente con una observación le dijeron que no tenía nada que ver?

No, la psiquiatra no más con la entrevista me dijo que no, que no era no se que cosa sino que eran como más, ah, porque fobia parece que era más como invalidante, que no dejaba de ser una cosa, entonces que lo de ella no obedecía a fobia sino que a otra cosa, no sé si es esa la palabra que usó, ahora yo creo que si por ejemplo en el caso de la C. en las relaciones personales fuera muy, empezara a ser una cosa como muy complicada a lo mejor directamente iría a psicóloga no necesariamente pasarla por un neurólogo, pero se dio la situación así, el médico la ve cada seis meses entonces es una relación tan cercana la que hay que era como, y como justo tocó el cambio de doctor después de tantos años se lo vuelvo a comentar me dice bueno alguna otra cosa, bueno si, le digo yo esto, ah no me dijo eso es mejor verlo, y justo se dieron las cosas de la psiquiatra, la psicóloga.

¿Usted sintió algún tipo de alivio cuando se empieza a derivar a C. y esta incertidumbre que usted tenía respecto a los miedos de si era parte de la epilepsia o no?

La verdad es que yo todavía no tengo claro de si todos estos sustos que tiene son relacionados con la epilepsia o no, porque la psicóloga me dice que puede ser también

lo cual incluso su mismo DAT por los remedios que toma, su trastorno de aprendizaje también puede ser derivado de lo mismo, entonces ahora yo creo que todas estas cosas de las relaciones con las compañeras a mi parecer no creo que tenga que ver con la epilepsia, o a lo mejor por el ladito por todo lo que ha vivido pero no por que la enfermedad le produzca que no esté como amistosa, no creo que eso tenga que ver, pero si a lo mejor como secundario puede tener que ver.

Pero los miedos todavía los une un poco más...

Si porque no sé, tenía como dos años por ejemplo y cosas como normales de los otros niños ella no, yo la notaba como mal, que se descomponía , se ponía mal, trataba de hacer cosas y no podía, estas cosas como de discutir pero en ciertas ocasiones, pero como siempre el doctor no te preocupes, si está súper bien, el desarrollo neurológico, su caminar, su lenguaje, súper bien, entonces fue avanzando el tiempo y fue siendo parte de la vida, pero yo siempre con la duda, pero cuando el médico la ve dice no está súper bien, ni un problema, será, una aprensión mía, pero al fin se demora hartito pero estamos acá, no se que aprenda, tenga una vida mas plena, tenga una adolescencia linda que recuerde después, momentos lindos de su vida, que tenga lindos recuerdos, que tenga un grupo de amigas, yo se que le va a hacer bien, por que solo el hecho de que ella venga contenta y que sale contenta, ya para mi, estoy pagada ya, no importa venir, no importa nada, para mi con eso ya estoy feliz.

Quinta Entrevista

Nombre: V.

Edad: 29 años

Profesión: Dueña de Casa.

Nombre del hijo: J. 9 años

Comuna: Macul

Tiempo en tratamiento: 5 meses

Transcripción

¿Su hijo es el que esta en tratamiento acá?

Si.

¿Cuántos años tiene él?

Tiene 9 años.

¿Y cómo se llama?

J.

¿Cómo llega J. a psicología?

Bueno a J. lo trajimos para acá por que él estaba con constantes dolores de cabeza y lo trajimos al neurólogo y el neurólogo lo encontró súper bien y dijo que no

necesitaba nada pero el J. seguía con dolores de cabeza, entonces después por un contacto con la tía L., la terapeuta, que ella ve al hermano de J., el M., entonces ella nos pidió una hora y llegamos con la tía K. Y bueno el J. tenía dolores de cabeza, le costaba mucho dormirse en las noches, dolor de guatita, eran como todas cosas psicológicas psicomáticas, porque era curioso porque yo le daba un vasito con agua lo cual supuestamente tenía unas gotitas, pero era solo agua y a él se le pasaba a veces, no siempre. Y por eso llegamos más que por los dolores de cabeza que eran ya muy constantes, muy seguidos y cada vez más intensos según él, yo le ponía papitas en la frente, igual preocupados nosotros decidimos traerlo para acá a psicología.

¿J. presentó esta sintomatología del dolor de cabeza, dolor abdominal por mucho tiempo?

Si , mira lo que pasa es que esto viene de una situación familiar bien densa, mi mamá se enfermó en el 2004 le dio un derrame cerebral, mi papá falleció en el mismo período, entonces eso llevo a que yo me alejara de los niños, porque como mi mamá estaba hospitalizada sólo los veía a la hora de almuerzo en la mañana un ratito cuando hacíamos las tareas y en la noche que llegaba después del hospital a bañarlos y acostarlos, en el período en el que yo estaba con ellos era menos, era todo el día, entonces en yo pensaba que podía ser como para llamar la atención por que coincide, no instantáneamente sino que como al período ya posterior cuando mi mamá ya llegaba a la casa ahí empiezan a presentarse estos síntomas en J., porque ya no era que la iba ver al hospital sino que ya estaba en la casa, requería mucha más atención de la que necesitaban ellos. Y ahí empezó en la noche, era en las noches, con dolores de guatita

y dolores de cabeza, también tenía problemas en el colegio con los compañeros, lo molestaban mucho los compañeros, el año pasado en Mayo más o menos empezó a tener cambios de conducta tomando cosas que no eran de él, haciendo bromas pesadas, las escondía, la profesora nos mando a llamar y de ahí fue cuando empezamos a ver mas el apoyo psicológico para ver que estaba pasando con J.

¿Entonces la profesora también refiere la necesidad de un tratamiento psicológico para J.?

No, la profesora en ningún momento, o sea cuando nosotros le contamos que J. tenía una hora con la psicóloga a ella le pareció súper bueno pero ella en ningún momento nos dijo que fuera a un psicólogo, eso fue por iniciativa de nosotros.

Sin embargo ustedes siguen el conducto de llevar a J. a neurología primero.

Claro, primero lo llevamos a neurología por el asunto de los dolores de cabeza para ver a que se debían, porque uno igual se empieza a asustar, a mi mamá le había dado un derrame cerebral producto de un dolor de cabeza fuerte entonces tú te comienzas a asustar, entonces lo trajimos el médico lo reviso lo encontró súper bien, dijo él no tiene nada.

¿El médico les dice que tienen que asistir a psicología?

No él no nos dijo nada, nosotros llegamos a psicología por que yo hable con la tía L. lo que pasa es que ella conocía a mi hijo es que ella trabaja con el hermano de J. que es autista leve que se encuentra en una disfasia pero que sigue siendo en el área del

autismo. Entonces él de chiquitito acompaño siempre al hermano entonces puede ser que estas cosas ahora que esta grande ahora la esta absorbiendo más, entonces la tía L. yo le conté y ella me dijo que le iba a conseguir, me dio un papelito para llevarlo a psicología y ahí llegamos.

¿Cuándo comienza la derivación usted que piensa?

Igual para nosotros era un apoyo, porque de repente tú buscas muchas alternativas pero no sabes si son las correctas o no, entonces a veces igual te sirve que otra persona externa a la casa te vaya diciendo como lo que tienes que hacer o si lo que estas haciendo esta bien o lo estay haciendo mal, por que uno no siempre hace lo correcto, te puedes equivocar porque no ves las cosas desde afuera o alo mejor cosas que son muy simple uno las ve como graves, entonces súper bueno que J. viniera a psicólogo por el hecho también de que a lo mejor con nosotros no era capaz de contar ciertas cosas pero acá si, a parte que él esta mas espontáneo para hablar, antes era de esos que le tienes que sacar las cosas con tirabuzón, que derrepente yo no sabia si cuestionarlo tanto, por que a veces preguntar preguntar preguntar igual los niños se cohíben mas a veces entonces ya optaba por preguntarle una vez y si quería me contaba y si no bueno lo dejaba pasar, en algún momento lo iría a contar. En cambio ahora no, es más espontáneo para decir cuando las cosas le suceden, en el mismo colegio también, cuando han tenido problemas en el colegio, por ejemplo cuando tuvo el problema de esconder las cosas la profesora le preguntaba y él se quedaba callado y no decía nada, ahora en diciembre tuvo un problema de que él se sintió decepcionado porque no lo eligieron mejor compañero y se puso a llorar y la

profesora le pregunto y él fue capaz de decir por que estaba llorando que antes no lo hacía. Él maneja mucho mas las emociones, antes él por todo lloraba, antes le decías algo y todo a llanto.

¿Esto que me cuentas crees tú que tiene relación con el proceso que ha tenido en psicología?

Si, porque a partir del tratamiento es que J. ha ido evolucionando en ese sentido, en manejar emociones.

¿Cuándo llegas a psicología tenías una noción de lo que implicaba estar en psicología?

Si por que J. había estado el año pasado en psicología, no acá, en el consultorio Santa Julia que lo había derivado una doctora de allá, pero ahí le dieron un alta, y J. seguía igual, entonces ya sabíamos en que consistía.

¿En ese momento del otro tratamiento por qué llegas a psicología?

Por los dolores de cabeza. Es que eran períodos en los que surgían, después pasaban y después volvían a aparecer.

¿Cómo podrías definir lo que es un tratamiento psicológico?

Yo creo que es ayudar al paciente en las etapas que esta pasando, a lograr comprender las cosas que le suceden.

¿Hace cuanto tiempo que J. está trabajando?

Más de 6 meses.

¿Entonces por lo que me dices eres tú quien percibe la necesidad de consultar por J.?

Sí.

¿Y el grupo familiar se percato de esta sintomatología en el niño?

Con el papá conversábamos, el trabajaba pero yo igual le decía lo que estaba pasando, y con él empezamos a ver la posibilidad de que lo viera un psicólogo, al principio si no lo veían acá igual íbamos a buscar un psicólogo particular pero que nos recomendaran, porque ya nos paso cuando M. estaba chico fuimos a un psicólogo así no mas, en ese tiempo tampoco sabíamos lo que tenia y no sabíamos donde llevarlo tampoco. Y fuimos donde un psicólogo pero no, ahí él se declaro incompetente al caso.

Es que cuando tú vas recomendado por alguien, tu dices si me lo recomiendan es por algo, sabes donde vas a llegar o sea es una persona reconocida, que es el caso de aquí que los psicólogos creo yo todos se conocen.

¿Esto tú lo dices en el sentido de la derivación a psicología?

Claro.

¿En relación al tratamiento en psicología tú conversas acerca del tratamiento que esta llevando a cabo J.?

Si, le pregunto, las veces que yo no paso a hablar con la tía le digo oye J. que hiciste hoy día, hablaron, J. cuéntame. Hay veces que me cuenta, hablamos de esto, de por qué hago esto pero siempre como evadiendo el tema, ahora no, es capaz de contar lo que le pasa, de que hablaron, que hicieron que le gustaría hacer.

¿En ese mismo sentido como crees que te has podido involucrar en el tratamiento psicológico de tu hijo?

En la manera de ayudarlo, a la tía le pregunto que como van las cosas, que esta pasando de hecho me ha ayudado bastante por que cuando yo traje a J. yo estaba muy angustiada por todo el entorno que estaba viviendo, entonces la tía me hizo darme cuenta que tenia que decir lo que me pasaba, entonces es algo que me ha ayudado tanto a mi como a J.

¿Y has visto cambios en este tiempo de terapia?

Si, por ejemplo la disminución del dolor de cabeza, ya no está, se acabaron los dolores de cabeza, la emociones las maneja mucho mejor porque antes yo le decía J. se te cayó ésto recógelo o por qué lo hiciste y él lloraba, ahora él trata de manejar mejor sus emociones, antes uno le hacía bromas y se ponía a llorar, ahora ya no las comprende y trata de hacer bromas también. Lo otro de la guatita también lo ha ido superando, lo que le va quedando es manejar mucho más las emociones, que se me imagina que eso es más largo, y la ansiedad porque J. es muy ansioso.

¿En qué ves eso?

Muy ansioso cuando vamos a ir a alguna parte, si tú le dices por ejemplo vamos a ir al zoológico mañana en la mañana no se puede quedar dormido, o si le decimos a la tarde vamos a ir a la comida china que a él le encanta, y en todo el día esta en torno a que va a ir a la comida china y le dan ganas de ir al baño a cada rato pero no hace nada, le dan ganas de ir al baño y hará una gotita y listo, en ese sentido se nota la ansiedad que él presenta. Cuando estábamos en el período de colegio el mandarlo a hacer las tareas, el ver que la hora avanzaba por que él entraba a las 2 decirle hijo apúrate con las tareas que la hora avanza eso como que a él le producía demasiada ansiedad el saber que la hora avanzaba y él no estaba con las tareas.

¿Tú has tenido acá la oportunidad de trabajar sola con la psicóloga o junto a tú marido?

Después que J. entra un ratito a sesión entro yo y ahí conversamos de lo que ha ido trabajando, de lo que ha pasado de cómo lo vemos y estando a veces J. dentro de la sesión.

¿Tú sabes cuáles son los objetivos de la terapia?

Eso es lo que estábamos conversando la otra vez, una de las metas es básicamente manejar las emociones, y la ansiedad, que aprendiera a manejar la ansiedad que tiene.

¿Esos objetivos cómo fueron expuestos en sesión?. ¿Se crearon por separado en conjunto?

Se converso la situación y se parte por los dolores de cabeza, cosa que la tía me decía que si fuera por el motivo por el que J. llevo ya tendría que estar ya de alta, pero a la larga han empezado a salir otras cosas, entonces no lo va a dar todavía de alta. Bueno y J. viene contento acá, no es que tu lo traigas obligado, no es que diga ya J. te toca con la psicóloga no que lata, él viene feliz de venir acá.

Usted percibe entonces que J. se siente bien con venir acá. ¿Él ha logrado transmitirle a usted lo que siente respecto al tratamiento por sí solo?

No.

Respecto al grupo familiar cuando J. comienza a tener estos dolores de cabeza y de estomago ¿cómo se empieza a mover la familia en torno a esto?

Bueno de partida nosotros no vivimos solos, vivimos con mi mamá dos tías y una prima, mas el hermano de J., el papá, J. y yo, entonces es complicado porque todos se quieren meter un poquito, con el asunto de los dolores de cabeza una de mis tía es como súper alharaca y claro por lo que le ocurrió a mi mamá decía que a lo mejor tenía lo mismo, que al niño hay que llevarlo para ver que sucede con los dolores de cabeza, que no puede ser, entonces en el fondo en vez de tranquilizarlo a él más lo angustiaban, la angustia desde ellos.

Entonces fue difícil al principio conversar con J. y decirle que muchas veces los dolores de cabeza eran por cansancio, porque él había tenido muchas actividades en el día entonces por eso estaba con los dolores de cabeza y si dormía tal vez el dolor iba a pasar, entonces al principio fue muy difícil manejar .

¿Y tú con tu marido conversan acerca de los dolores de cabeza de J., y empiezan a plantearse entre los dos una idea de llevarlo a un especialista?

Si, la idea de parte de mi por que como soy yo la que paso todo el día con ellos, tengo más tiempo para observar en que horario ocurren las cosas. Por ejemplo habían ocasiones, porque yo hago cosas dulces, entonces mi horario de disponibilidad para hacerlo es en la noche, entonces a veces se bañaba le leía un cuento y después apagaba las luces y me iba, entonces derrepente aparecía J. en la cocina, mamá me duele la guatita y era porque yo siempre me quedaba mas rato, terminaba de leer un cuento y me quedaba acostados un rato con ellos, cuando tenía que hacer cosas no, terminaba el cuento y buenas noches me tenía que ir a la cocina, yo lo veía como un modo de llamar la atención, para que yo estuviera mas rato ahí en la pieza.

¿Entonces como tú eres la que está más tiempo tú te percatas de la situación de J., hablas con tu marido y deciden ir a neurología?

Si y de ahí vemos el tratamiento en psicología.

Cuando la terapeuta decide hacer la interconsulta a psicología ¿le planteas a J. que lo derivan a un psicólogo, cómo se manejó eso?

Yo le digo que va a retomar psicología pero con otra tía y en otro lugar porque allá ya había tenido la experiencia de estar con una psicóloga, entonces él me pregunta a qué hora y qué cómo se llama la tía, entonces cómo que la primera vez ya venía preparado.

¿Él además tenía una experiencia previa de lo que era psicología?

Si, entonces yo le comento que ella le va a preguntar que por qué viene, que por los dolores de guatita y por todo lo que te está pasando y que quiere ver lo que a ti te pasa.

Hasta este momento del tratamiento tú ¿has llegado a realzar una explicación del por qué de los síntomas de tu hijo?

Por lo que he estado observando es como te decía son cosas que a mi forma de ver las cosas es por llamar la atención, entonces él recurre a esto o sea a los dolores de guatita, los dolores de cabeza a que no puedo dormir, es que siempre es a mí a la que va a acudir, si esta el papá en la casa no va a decirle cuando le duele la guatita o la cabeza, como que siempre es a mí a quién busca para, o si yo no estoy en la casa tampoco busca a otra persona.

Volviendo un poco al comienzo, cuando tú lo llevas a neurología ¿Tú ya anteriormente habías tenido un tratamiento psicológico?

Si

¿Y con el mismo motivo de consulta?

Si.

¿Y cuál es el motivo de llevarlo nuevamente a neurología?

Es que la primera vez no lo vio un neurólogo, la primera vez lo vio sólo un médico de medicina general en el consultorio, entonces igual la verdad es que yo no confío mucho en los médicos del consultorio, entonces esa vez lo derivaron a psicología empezamos el tratamiento y esa vez quede conforme por que era un especialista y J. había cesado un poco los dolores de cabeza, pero después empezó a ser mas constante y los ojitos se le enrojecían, entonces lo llevamos al oftalmólogo pensando que podía ser algo con los ojitos y no, no tenia nada con los ojos, y ahí ya pedimos acá hora con el neurólogo y el neurólogo lo evalúa y lo ve súper bien.

¿Y qué piensas tú al ver que no es nada orgánico lo que tiene J.?

Es que sabes yo soy de la idea de que, no es por que a mi se me ocurra, sino por que me pasó que cuando mi mamá estuvo hospitalizada, me tocó ver muchas historias de personas que le pasaban cosas y que los médicos decían está bien y ellos insistían e insistían y después haciéndole mas exámenes se daban cuenta que algo estaba funcionando mal, entonces yo aprendí que uno tiene que ser un poco exigente con los

médicos, exigirles que por favor te hagan los exámenes, porque a simple vista las cosas no se ven, entonces me sugestione con el asunto de que una lleve mamá con un niño que el niño tenía muchos dolores de cabeza, es un caso totalmente distinto, el niño empezó a adelgazar, tenía problemas en el colegio con su entorno y al pedirle ella al médico que por favor le hiciera un examen, se encuentran con que tenía unas aneurismas, igual te sugestionas un poco. Bueno pero yo no iba por el hecho de que le encontraran aneurismas a mi hijo, sino que quería saber el por qué de los dolores de cabeza y si el médico decía que estaba bien y J. seguía con los dolores de cabeza, era por algo.

Entonces como te contaba yo le daba agüitas con unas supuestas gotitas pero no tenía nada y a él se le pasaba y habían otras veces que no se le pasaba, entonces ahí recurriamos a paracetamol, entonces habían casos que sabíamos que era para llamar la atención pero habían casos que no era para llamar la atención, entonces ahí pucha que pasa.

Si eventualmente después de ser dado de alta J. apareciera nuevamente la sintomatología tú ¿cómo lo manejarías? ¿A quién acudirías?

Yo creo que lo conversaríamos primero, le preguntaría a él por qué estarán sucediendo las cosas y si después siguen siendo insistente yo creo que buscaría un especialista, o un neurólogo o un psicólogo, para ver por qué vuelven a aparecer.

Sexta Entrevista

Nombre: L.

Profesión: Trabajador independiente

Edad: 57 años

Nombre del hijo: L. 9 años

Comuna: Las Condes

Meses en tratamiento: 4 meses

Trascripción

¿Cuántos años tiene su hijo que esta en tratamiento en psicología?

9 años.

Para comenzar me gustaría saber ¿Cómo llega usted al hospital?

A ver, el L. se atendía con la Neuróloga y desde el año pasado que nosotros estábamos detrás de una psicóloga, había antes una señora de edad, entonces no le alcanzó a hacer una sesión al L., entonces parece que se retiró ella, entonces después lo derivaron a otra psicóloga que ella solamente le alcanzó a hacer una sola clase, una sesión y después nos cancelaron la hora y así fue pasando el tiempo, después no habían cupos.

Y ahí como usted me dice llegan primero a Neurología acá al Hospital. ¿Cómo es que llegan a Neurología?

Lo que pasa es que L. es un niño prematuro, nació con una hemiparecia en su lado izquierdo, que se yo, que en el colegio mismo lo mandaron acá y que querían saber más del L.

¿Qué fue lo que le refirieron a usted que veían en L?

Por su inmadurez que tiene el L., porque incluso el L. está en un colegio personalizado, pocos niños, lo otro es el manejo que nosotros no sabemos como manejarlo un poco, porque el L. poco nos obedece a nosotros, o sea no razona, o sea si usted le dice no, no sabe que lo que es no es no.

Entonces puedo ver que hay dos partes. El colegio a ustedes le pide que traigan a L...

Bueno el también acá se trata desde chico entonces, el neurólogo el doctor X fue el que lo veía anteriormente y por eso mismo, los procesos que va cambiando, el lo van derivando, incluso tenemos hora con la psiquiatra también, que está esperando que ella termine su colega para verlo ella.

Entonces L. desde pequeño se esta tratando aquí en el hospital, con un neurólogo y el año pasado el neurólogo lo deriva a psicología.

Si, incluso donde nosotros vivimos, nosotros vivimos en Las Condes, allá hay psicólogos pero la doctora, la jefa de acá nos dijo que a ella le interesaba que lo

trataran acá. Por eso es que se demoró tanto esto, como no había cupo y después nos tocó con la doctora F., M., es que él le dice F., ¿lo puedo decir?

Si.

Es que lo que pasa es que el ve la Floricienta la que dan en el canal 11 o sea la argentina la que dan en el cable, entonces relacionó cuando llegamos acá que se parecía a Floricienta, entonces le dice así.

¿Usted me puede referir por cuales razones deciden consultar por L.?

El L. por lo menos en el colegio no tiene mala conducta, no es agresivo, no es peleador, no es nada, lo que pasa es que L. se aísla del resto de sus pares, como dice la profesora, L. le gusta jugar solo, no se relaciona con los demás niños. Entonces por ahí que se yo, querían saber y lo otro para saber el estado de madurez en el que esta el L. porque nunca le han hecho un test.

¿Entonces acá también le van a hacer un test?

Eso también dijo la neuróloga que quería saber.

Y eso que usted me cuenta ¿Quién se lo refiere a usted?

La profesora jefe del L.

¿Y L. siempre a tenido esa conducta?

L. siempre a sido así, cuando estaba en kinder o en el jardín también, ahí habían más niños, pero el siempre se aislaba, siempre jugaba solo, además que es hijo único y en la casa pasa solo, porque nosotros de la reja para afuera no lo dejamos salir. O sea no tiene relación con otros amigos o con niños del sector.

¿Ustedes por qué deciden consultar en neurología?

Bueno nosotros llegamos más que nada por el tema que le contaba de la directora del colegio y la profesora jefe, ahaaa y también la neuróloga que quería saber.

¿Usted también sentía que existía una necesidad de su parte por saber que ocurre con L.?

Si, porque de los nueve años que tiene L. jamás hemos sabido sus etapas y que tipo de madurez tiene, nosotros sabemos si desde un principio que L. es más inmaduro que otros niños de su edad, entonces que es más retrasado, que se yo, si nosotros cuando estábamos en el jardín lo comparábamos con un osito, a un perezoso, porque los niños se encaramaban por los juegos, que se yo, y el L., los niños iban el cuarto quinto peldaño y el L. recién iba en el primero, como que siempre fue más lento para todo.

Eso de la inmadurez de L. que usted me dice, ¿Quién se lo dijo, algún médico que estuvo tratando a L. o es algo que ustedes piensan?

Si po' porque siempre dentro de las etapas de su niñez L., lo hemos escuchado de distintos médicos, que siempre el L. va a ser más inmaduro, por eso mismo le cuesta aprender, que se yo, como un niño normal, por eso es que lo tenemos nosotros en un colegio particular.

¿L. ha repetido algún curso?

No, ahora no sabemos todavía porque lo cambiamos de colegio, porque la neuróloga de aquí y la psiquiatra nos recomendó que lo cambiáramos, porque L. en el colegio que estaba hasta el año pasado, ha tenido muchos percances, hay un niño mayor que es agresivo, entonces le ha roto como dos veces los lentes, llegaba siempre rasguñado que le pegaban, que se yo. Entonces habían siempre reclamos de L. por ese niño y de nosotros también a dirección del colegio.

¿Eso que me cuenta se lo hace ver la neuróloga?

Si, incluso ella nos dijo: yo prefiero que lo debieran cambiarlo de colegio, no le hace bien ese colegio por todo lo que esta pasando. Y por su impotencia por que muchas veces no sabía que hacer con ese niño, me decía papá que hacemos, ni la policía, ni carabineros, ni el ejército puede con él. A L. ese niño lo tenía traumatado, si el niño levantaba los brazos y el L. así (Gesto de cubrirse un golpe) además como el no es peleador, es súper tímido.

Y cuando llegan acá a psicología. Hablemos un poco del proceso que han tenido.

¿Ustedes llegan con algún tipo de inquietud a psicología?

Nosotros llegamos porque nos derivaron a .L para acá. Incluso hace como años atrás estuvo con una psicóloga en Las Condes, pero nosotros no tuvimos antecedentes a eso, porque L. pertenece al programa de discapacitados de allá de Las Condes, entonces de ese departamento le pidieron una evaluación y eso nosotros no tuvimos antecedentes porque lo pasaron en un sobre sellado y nosotros no supimos que realmente paso.

¿Y la psicóloga en esa ocasión no les refirió que resultados arrojaron esa evaluación?

Solamente le dijeron a mi esposa que L. tenía un grado de inmadurez y que siempre iba a ser más lento que los demás niños, eso es lo que siempre hemos escuchado de todos los doctores.

A parte del tema de la inmadurez que usted me refiere, ¿existe algún otro tipo de diagnóstico que les han dado sobre L.?

Bueno a L. le hicieron unos electro acá y después unos scanners, que eso dijo que el L. tiene unas neuronas malas en el lado derecho que él nació, y eso dice la neuróloga que no sabe si fue en el parto o no, que no se sabía, y que por eso el L. tiene ese problema en el lado izquierdo, porque nos dijo que las neuronas del lado derecho mandaban las del lado izquierdo, y que siempre tendría esa inmadurez, L. también tiene una miopía y estrabismo en esa parte, desde el año seis meses.

A parte de eso

¿Existe un diagnóstico desde el lado de la psicología?

No, a parte que L. no razonaba mucho y las pataletas que le dan que de repente nosotros no sabemos como manejarlo.

¿El trabajo que ustedes han iniciado en psicología esta pensado sobre el tema del manejo que usted me dice?

Claro eso es lo que nosotros en un principio le dijimos a ella que nosotros queríamos saber como manejarlo. Por que yo a pesar de ser un papá bien adulto, yo tengo dos hijos grandes, por lo menos la mamá es la que se maneja con él, en las tareas, entonces eso es lo que quiero saber como manejar a L. como ayudarlo en las tareas, trabajar con él, que se yo.

¿Ha tenido la instancia de realizar ese trabajo o solamente se ha planteado la idea?

Bueno yo creo que cuando ella termine con L. nosotros tendremos la oportunidad de tener una conversación con ella, para que ella nos explique como relacionarse, porque L. tiene mucha fantasía mucha imaginación, mucha televisión. Por eso cuando yo hablaba con ella le explicaba cual es el lenguaje que tiene L. Porque L. habla de sus fantasías que ve en la televisión, de los monos del Jumbo, personas disfrazadas, entonces nosotros les explicamos para que entiendan el lenguaje que tiene el L. Nosotros al principio, le decimos el lenguaje se trata mas o menos de esto, ella menos

mal que conoce los monos del Jumbo entonces entendía por ahí el lenguaje entonces por ahí calzo bien con M..

Entonces actualmente L. esta trabajando con la psicóloga y posteriormente le gustaría a usted trabajar su propio consulta en relación al manejo.

Si.

¿Eso usted lo ha explicitado a la psicóloga?

No.

¿Qué opina usted que L. esté en psicología?

Como todos dicen que es bueno, que de repente a un niño lo tome una psicóloga, bueno yo también estoy viendo a una psicóloga, la misma que le decía que vio a L. y que le hizo el informe que nosotros no tuvimos acceso, porque mi mamá se me murió hace poquito tiempo, entonces yo creo que es bueno, uno se explaya un poco.

¿Qué expectativas tiene acerca del tratamiento de L.?

Ayudarlo en el sentido que de repente nosotros no lo entendemos mucho, entonces a lo mejor con la ayuda de la psicóloga posiblemente con la forma de conversar puede hablar de algo que tenga oculto con ella.

¿Usted como su pareja han hablado de lo que ocurre con L.?

Si, si lo hemos hablado L. siempre hace todo lo posible por conseguir algo, pero la relación está bien. Lo que pasa es que L. exige cosas que no están a nuestro alcance, a él le gusta mucho la televisión, el hace monos, nos hace títeres, incluso yo con una caja de una lavadora yo le hice una ventana y él se mete adentro y dibuja los personajes de la televisión y después los pinta y después actúa ahí, entonces quería ir a Miami, quería ir a buscar a Don Francisco, y yo le decía pero L. eso no se puede, hay que ir en avión, entonces esas cosas como que nos cuesta a nosotros. Que de repente quiere ir ya a la televisión, que quiere ir ahora a la televisión o de repente que quiere juntar, por que su admirador número uno es el Marcelo de Cachureos, y de repente quiere juntarlos que actúen juntos y me dice papá llámalos para que actúen y esas cosas de repente el no razona que no es posible.

¿Eso que me cuenta usted se lo han planteado a alguien?

Si, pero yo no hallo como entenderlo a él, por eso yo quiero ayuda para que nos enseñen o nos orienten en esas cosas o hacerlo razonar. Al final yo le digo ya L. yo voy a llamar para que vengan, para que se quede tranquilo. Por ejemplo también me decía que por que no lo invitaron a la Teletón.

¿Entonces su conflicto estaría en no saber como manejar o decirle las cosas?

Si. Lo otro que me dice es que me quiere cambiar porque soy papá anciano.

¿L a parte de trabajar con Neurólogo y Psicólogo, ha estado con otro especialista?

No, cuando chico estuvo con fonoaudiólogo, en una escuela de lenguaje pero después de eso no.

¿Cómo cree usted que se podría involucrar en el tratamiento de su hijo?

Lo que nos gustaría es que fuera de forma individual. Conmigo es con el mejor que se lleva, el duerme conmigo, porque para el la cama grande es de los hombres y la chica de las mujeres, yo he hecho todo lo posible por sacarlo porque la doctora nos decía acuéstenlo en la cama de él, duerman con el un rato y después se van, pero que, nosotros no alcanzábamos a dormir en la cama una hora y llegaba allá.

¿Esa forma se enfrentar ese problema quien se lo refiere alguien?

Una doctora, pero tratamos de hacerlo por todos los medios, yo le decía cuando me enojaba con él, quiero dormir con la mamá, porque este es el lugar de la mamá, entonces a tú cama, pero después volvía a la pieza.

¿L. le refiere algo de lo que trabaja con la psicóloga en sesión?

No, no me dice nada, yo le pregunto L. qué conversaste con X., que viste con X..

¿Y eso como lo entiende usted?

Yo creo que L. es muy, como dicen los jóvenes, piola, porque ni siquiera del colegio dice nada. Cuando llegaba del colegio nosotros le decíamos, L. quién le hizo clase, qué hicieron, decía solo hicimos tareas, pero no decía nada más, yo creo que de esto la doctora, la neuróloga se dio cuenta y por eso lo derivo a la psicóloga, para que sea mas abierto.

¿Eso seria entonces el motivo de la derivación?

Si.

¿Y este motivo es compartido por ustedes como padres?

Si, porque me preocupa, porque nosotros lo hemos observado y siempre juega solo.

¿Y en la casa cómo es?

Bueno en la casa esta obligado a jugar solito. Yo juego con él, me pongo a su altura, jugamos, luchamos. Pero de repente se va a otro mundo. Eso me decía la señorita que en clases el L. se iba y que tenía que chispearle los dedos. Entonces eso nosotros a todos los médicos se lo damos a entender, por que L. de repente esta viendo algo y de repente se va, como que su cabeza se esta imaginado algo, y eso también a nosotros nos gustaría saber que pasa dentro de su cabecita.

Usted me cuenta esto que se lo dicen la profesora, la neuróloga, los médicos y ustedes comparten las opiniones de los especialistas y de ahí la derivación a otro

especialista. Me interesaría saber si ésto es algo que ustedes también pudieron visualizar.

Si, es que el L. también estuvo en el hospital Pedro Aguirre Cerda donde también se estuvo tratando, porque el L. caminaba así con su pie, y estuvo con ejercicios y lo dieron de alta después, incluso la neuróloga de acá lo mando de nuevo porque ahora al L. se le está yendo el pie para adentro de nuevo.

Respecto al tratamiento psicológico de L. ¿Cuándo usted diría que su hijo se encuentra bien y debe ser dado de alta?

No se no le podría decir, yo creo que en la forma de cómo poderlo manejar, porque él no razona, si él le quiere llamar la atención o cosas, él se pone muy agresivo, porque si uno le quiere decir algo tiene que decírselo en un tono porque sino al tiro tira el manotazo, entonces en ese sentido él no respeta, no razona que yo soy su papá, que su mamá es su mamá, entonces no razona.

¿Quiénes comparten el hogar donde vive L.?

Bueno nosotros compartimos el sitio con una hermana de mi mujer. Ella tiene un hijo de doce años pero el no comparte nada con L., no tiene relación. Donde nosotros vivimos estamos solo los tres.

¿Y cómo ha repercutido en el clima familiar las conductas que usted me refería de L.?

No afecta tanto, porque el L. nosotros sabemos que no es, a ver no sé como decirlo, maldadoso, entonces como yo la mayor parte trabajo afuera de la casa, como trabajo de forma independiente, trabajo en la casa y la mamá sale y yo se que el esta ahí, viendo televisión, jugando, en ese sentido nosotros tenemos confianza en él, de que no tenemos que estar encima de el, que L. no hagas eso no rompas eso.

¿Y dentro de la familia ustedes están en contacto con otras personas, como redes de apoyo?

Nada, somos solitos los tres, porque como le dije yo tengo dos hijos grandes que son profesionales, si los llamo los veo. Y por el lado de ella tampoco, ella tiene como cuatro hermanos mas pero casi no lo ve nunca, la hermana que vive ahí con nosotros de repente la sentimos, pero nada, yo de repente le digo a mi señora que si viéramos con peruanos en la casa tendríamos mejor relación porque ellos son mas educados en la forma de ser, pero ya estamos habituados, por eso el L. sabe que la única familia somos nosotros. Nosotros no somos de muchas amistades, como de llevar a la casa ni nada.

¿Entonces en ese sentido puedo entender que las conductas de L. no fueron referidas por otros sean familiares o amigos?

No, porque les da exactamente lo mismo.

¿L. desde que edad comienza a asistir al hospital?

Los primeros dos años yo diría que casi tres, era que nosotros pasábamos en el tiempo de invierno pasábamos todos los días aquí, porque como era un niño inmaduro entonces el L. bostezaba y le daba faringitis y se obstruía, incluso hasta el año pasado el L. pertenecía al programa IRA.

¿Entonces ustedes tienen un recorrido alto de venir al médico?

Si.

¿Usted que podría referir en relación a los médicos que han acompañado el proceso de L.?

En cuanto a nota dice usted, yo creo que ha sido buena, por que yo creo que es la única forma que uno tiene a veces de explayarse un poco con sus problemas y lo ayudan.

¿Esto usted lo dice de forma general a lo que ha vivido con los médicos o es algo más específico al proceso que lleva ahora?

Yo creo que ahora con X. por que ella, es como algo especial, incluso nosotros comentamos, nosotros pedimos la oración siempre que comemos y la gente que ha estado cerca de nosotros oramos por ella o la nombramos y dentro de la que hemos nombrado en Navidad por ejemplo la nombramos a ella. Para nosotros a sido bueno, además que el L. se relaciono bien con ella. Incluso la doctora X. que lo vio como en

el 2004 parece, entonces el L. no se acordaba mucho de ella y yo le dije es la doctora que te atendía L., le dio como un rechazo a ella y también con la psiquiatra.

Entonces L. a pasado por varios especialistas que han lo han ido tratando. Bajo este punto me gustaría saber ¿Qué refiere L. respecto a su paso por lo médicos?

Al principio no tenía mucha intención de venir, por eso le digo que con la psicóloga el encajo súper bien, porque los días que le toca venir el está ansioso, me dice tenemos que ir donde X. La vez pasada no pudimos venir, porque fuimos a la playa y nos quemamos entero, entonces la mamá del L. canceló la hora. A nosotros nos extrañaba la situación porque siempre dice que cuando vamos a venir donde la doctora, un día llamo la doctora para ver si íbamos a ir o no y el me dijo que si, al le gusta venir. Es que desde un principio fue bien, porque ella entendió al tiro el lenguaje del L., empezaron a hablar de la comedia y entonces ahí. Entonces como que se relacionaron muy bien ellos dos.

¿Si la relación hubiese sido otra que cree usted que hubiera hecho?

Yo creo que igual sigo viniendo con el L., porque el niño es niño todavía y nosotros hasta ahora decidimos por él.

¿Eventualmente si le dicen que L. está presentando conductas que merecen ser evaluadas usted que decisión tomarían?

Es que no se ahí tendríamos que ver si el médico que lo este tratando nos diga oye o nos derive a cualquiera de los médicos, ahí nosotros tomaríamos la decisión, pero si fuera así iríamos nuevamente lo repetiríamos, todo sea por el bien del L.

ENTREVISTAS PROFESIONALES

Primera Entrevista a Profesionales

Psicóloga

Trascripción

¿Cuál es su profesión?

Psicóloga

¿Tienes alguna especialidad?

Sí, soy especialista en terapia particularmente en terapia infantil.

¿Y hace cuánto que ejerce esa profesión?

Desde 1995, como doce años.

¿Y trabajando en éste hospital hace cuántos años?

10 años.

¿Llegaste a esta misma área?

Sí, infanto- juvenil.

¿Entonces cómo se llama la unidad en la cual tú trabajas?

A ver el servicio en el que trabajo es el servicio de neurología y psiquiatría dentro del cual hay distintas unidades de apoyo y una de ellas es la unidad de psicología. Entonces yo trabajo para la unidad de psicología dentro del servicio de neurología y psiquiatría.

¿Antes que tú llegaras acá existía esta unidad?

Si, desde hace 20 o 30 años hay psicólogos trabajando en neurología y psiquiatría

¿Cuál es el tipo de población que atiende?

Bueno la mayor cantidad de población son pacientes beneficiarios de Fonasa en edades entre 0 a 15 años del sector o del área metropolitana oriente, eso contempla distintas comunas Peñalolen, Las Condes, Providencia, Ñuñoa, Macul, Barnechea como toda el área Oriente y también la I y II región con patologías más complejas. Esos son los derivados acá.

¿Y dentro del sector oriente hay alguna comuna que tenga más demanda de atención?

Peñalolén.

¿Ustedes se explican eso de alguna forma?

Debe ser porque como los pacientes que se atienden acá son beneficiarios de Fonasa la mayor cantidad de población con bajos recursos dentro del área Oriente es Peñalolen.

¿Es un tema económico?

Si.

¿Y en qué consiste el trabajo que realizas aquí?

A ver, acá nosotros tenemos como hartas áreas de atención por el lado clínico toda la atención a los niños que se derivan desde distintos servicios del hospital, servicio de nefrología, cardiología, oncología etc., todos estos niños se derivan para algún tipo de atención o evaluación psicológica y los niños también derivados del servicio de neurología y psiquiatría. Estos niños son atendidos viendo según la demanda de quien hace la derivación, generalmente un médico y según eso se hace una evaluación y eventual tratamiento. Pero por otro lado también nosotros estamos a cargo de la atención de niños hospitalizados, entonces desde ahí nosotros estamos a cargo de la hospitalización en el niño, cualquiera sea el servicio en el que se encuentra que no tenga ninguna carga negativa posterior, que sea bien tolerado tanto en los niños como en los padres, que se pueda adaptar a la situación de hospitalización e ir monitoreando y eventualmente interviniendo en esos casos. También por ejemplo en patologías crónicas como diabetes, oxígeno dependiente, fibrosis quística, nosotros también estamos acompañando el proceso del tratamiento y la enfermedad.

¿Y esos son hospitalizados también o ambulatorios?

En el caso de los niños crónicos son generalmente ambulatorios pero eventualmente recaen en hospitalizaciones por alguna crisis en particular o evento puntual pero generalmente son tratados en forma ambulatoria.

Entonces a ver si entiendo, eran tres áreas primero la atención de derivaciones que podrían ser nefrología...

Cualquier servicio dentro del hospital, esas son atenciones ambulatorias que es más clínico, ahí uno realiza psicodiagnóstico, todo lo que es terapia y atención a niños hospitalizados y atención a las patologías crónicas.

¿Eso es diferente al área clínica?

Atención a hospitalizados si, está mucho más ligado al área de psicología de la salud.

Entonces introduciéndonos un poco más en ese tema ¿cómo es el proceso de derivación a esta unidad?, ¿cómo se decide?

Un médico generalmente o algún otro profesional del equipo de salud detecta alguna problemática ya sea en el niño o la familia que este afectando al niño y hace una interconsulta mencionando cuales son aquellos problemas o síntomas que le llamen la atención y lo deriva a psicología para que sea evaluado.

¿En que consiste esa interconsulta?

Es una hoja tipo que ya esta estandarizada, que todos los servicios la tienen y con esta hoja se puede hacer interconsulta a cualquier servicio dentro del hospital. Entonces a nosotros nos llega con el servicio derivante, en este caso por ejemplo cardiología, cardiología deriva por tal o tal razón, por sospecha ellos van poniendo las observaciones que tienen y derivan a psicología y lo que solicita por ejemplo es una evaluación o solicita algo particular

¿Entonces la distinción de la necesidad de tratamiento se origina desde?

Aquí desde el médico o de otro profesional.

¿Qué otro profesional?

Generalmente una enfermera

¿Y de qué unidad son más derivados?

Acá de Neurología o de Psiquiatría y después de los otros servicios del hospital, de Genética nos derivan hartas evaluaciones, de Ginecología, de Cardiología, hay hartos servicios que nos derivan pero de todas maneras el mayor volumen de derivaciones que tenemos tiene que ver con neurología y psiquiatría.

¿Cómo aquel médico decide derivar a psicología o psiquiatría?, ¿cómo se hace ésta distinción?

No la tienen muy clara, no la tienen para nada clara, yo creo que ellos lo hacen hasta el momento guiándose por el sentido común en torno a que patología las consideran más graves y cuales más tratadas por psicólogos. Porque por lo que yo he visto por ejemplo hasta el momento es que claro cuando existen ciertos ciertas trastornos premórbidos o sea previo a la enfermedad, por ejemplo un niño llega acá por un síndrome diarreico pero antes tenía un trastorno psiquiátrico, lo derivan a psiquiatría cuando se dan cuenta que necesitan un tratamiento farmacológico. Pero la mayoría de las veces nos derivan a nosotros.

¿Y cuál es el tipo de diagnóstico con el que ustedes se encuentran más?

Dado que el mayor número de derivaciones proviene de neurología nosotros vemos muchos déficit atencionales, trastornos de la conducta, hiperactividad, trastornos del aprendizaje que nos toca derivar después a psicopedagogía, trastornos ansiosos que están asociados a cefaleas que llegan a neurología por cefaleas y resulta que no tiene un correlato orgánico por lo tanto lo derivan a psicología para evaluaciones que terminan siendo cefaleas tensionales o que responden más a un trastorno de ansiedad.

¿Entonces las cefaleas y el déficit atencional por parte de neurología son las mayores derivaciones que existen?

Si, son el mayor número de atenciones.

¿Cómo es el proceso por el cual ustedes ven si es tratable o no el niño que llega o sea si corresponde o no a lo que ustedes pueden hacer?

Trabajando el motivo de consulta con los padres y con el niño. Viendo muchas veces el motivo de consulta con el que es derivado o la causa de derivación no resulta ser la misma que les preocupa a los papás, entonces ahí lo que nosotros trabajamos principalmente es tratar de dar respuesta a la derivación pero también ver que requieren los papás ver el motivo de consulta del sistema consultante, y de ahí vemos si eso es trabajable o no, por ejemplo si neurología pide una evaluación psicométrica a un niño y nosotros vemos que además de eso hay algunos conflicto y observamos que los papás no se muestran motivados a trabajar eso no surge como una problemática en la familia, entonces nosotros nos remitimos a realizar la psicometría, devolver el informe a neurología y dejarlo hasta ahí. Sin embargo si los papás si generan un motivo de consulta se sigue trabajando en la problemática en la que ellos se ven motivados.

¿Cómo una entrevista previa?

O sea a todos los pacientes derivados se les cita y de ahí se evalúa si es que se genera un motivo de consulta desde esa entrevista o no.

¿Entonces dentro de eso los padres distinguen la necesidad de atención psicológica?

Sí, muchos de ellos si. Hay otros que obviamente consideran, o sea ni siquiera entienden por qué lo pasaron al psicólogo, hay muchos que dicen que no, que nada

que ver, que son parte de las características del niño y que incluso todos sus hijos han sido igual, que no reconocen la necesidad de una atención psicológica. Hay muchos niños que también son poli consultantes o sea que no vienen sólo a psicología, que están viniendo a otro servicio también del hospital entonces cuando lo mandan para acá es como parte del mismo trámite que hacen como cuando lo mandan a sacar un examen o cuando lo mandan a otro derivante, entonces vienen y acá empiezan a ver si eso les serviría en algo o no. Entonces como son poli consultantes la mayoría de ellos son bien obedientes, los van a mandar donde le digan y van a empezar a hacer muchas cosas que les diga el médico.

¿Existe una diferencia en la familia que consulta distinguiendo una necesidad en aquellas que no?

Por supuesto desde la adhesión al tratamiento, la motivación de estar asistiendo y a trabajar aquellas problemáticas que para ellos son importantes. Dependiendo de eso generas un motivo de consulta que construyes con la familia, entonces construyes con la familia un motivo de consulta que sea trabajable y que ambos en éste caso el sistema o la familia ese preocupado o esté de acuerdo con ese motivo de consulta y desde ahí te planteas los objetivos a trabajar, entonces una familia que todo le hace sentido, que tiene un motivo de consulta no sólo una queja sino que tiene un motivo de consulta trabajable obviamente que va a ser una familia que se va a comprometer de manera distinta con el tratamiento y que va a seguir una línea de trabajo que va a ser más provechosa para el niño.

¿Dentro de eso ustedes atienden algún tipo de demanda espontánea?

Acá en el hospital no, no se realizan demandas espontáneas, como todo esto está dentro de un sistema de salud todas las demandas espontáneas tendrían que dirigirse hacia la atención primaria, en este caso dentro de la salud mental estarían los COSAM y muchos consultorios que tienen psicólogos. Nosotros somos centro de referencia en atención secundaria y terciaria, entonces lo que hacen estos consultorios o estos COSAM nos derivan algunos casos, nos derivan para atención porque nosotros somos parte de otro escalón de atención y por lo mismo todos los servicios del hospital que están con niños que están tratados por otras patologías nos derivan. Pero por ejemplo una señora que de la casa venga a pedir una hora a psicología no. Entonces tendría que haber una visión del médico que deriva a psicología y si la familia lo considerase necesario tendría que haber primero un dialogo con el doctor para que llegara a psicología o a psiquiatría.

¿Y respecto a esta forma de derivación como equipo y tu principalmente qué opinión tienes al modo de derivación?

Yo considero que habría que capacitar o educar al derivante, hay muchas de las derivaciones que responden muchas veces a conductas naturales del niño correspondiente a su etapa del desarrollo, por ejemplo si te derivan de hospitalizados un niño de dos años y medio que llora mucho cuando la mamá se va, o sea espérate un poquito tiene dos años y medio esta en un proceso, o sea hay muchas cosas que son esperables de un niño a determinada edad y que responden a su estadio de desarrollo más que a un trastorno y eso claro genera preocupación en los padres

porque los derivan a psicólogo pensando que esto es anormal y es totalmente normal, ahí entonces es pérdida de recurso porque tienes una hora de más, yo creo que se podría capacitar más al derivante. Y por otro lado siento que efectivamente el ojo que está motivado primariamente para dar la atención es externo a la familia o sea es un médico que observa algo y en base a la observación realiza una consulta, pero necesariamente tendría que pasar por motivar a la familia, que decidieran ellos la consulta o sea a lo mejor ponerles la inquietud y que los que realizaran la acción de pedir la consulta sean los padres.

¿En ese ámbito ves que es como lo más adecuado?

No es lo mas adecuado, pero no se cómo se podría arreglar, yo siento que capacitando a los derivantes pero si creo que si pensamos en un proceso psicoterapéutico más allá de una evaluación, o sea si el médico necesita una evaluación ya nosotros lo hacemos y se la devolvemos la información que requiere, pero pensando en psicoterapia para un niño y su familia es necesario que de ellos surja la motivación de esa consulta.

¿Qué observas tú que motiva a los padres a realizar una atención psicológica para sus hijos?

Cuando ven a los niños que están mal, en el sentido de que lo ven sufriendo o ven que no se adaptan en el colegio o que tienen problemas de rendimiento escolar, o generalmente cuando ven a un niño o a su hijo que lo esta pasando mal.

¿Observas que a los padres les pasa algo con ese niño que esta mal?

Si generalmente tiene que ver cuando sienten que pierden el control en el manejo del niño, cuando sienten que no pueden controlarlo ya sea por la conducta, se les escapa de las manos, el niño no les hace caso o en caso de que sea un niño con bajón o depresión y que no saben qué hacer para ayudarlo. Los padres en general solicitan ayuda externa cuando sienten que ellos ya no pueden manejar la situación que en la mayoría de los casos ya han hecho intentos y muchos para tratar de manejar la situación o el problema y cuando sienten que ya no pueden es cuando generan la consulta.

¿O sea cuando se agotan sus recursos empiezan a buscar ayuda externa y ante ése agote de recursos sientes que les pasa algo a los padres?

Bueno yo siento que todo lo que tiene que ver con la frustración y con la incompetencia paterna que genera que un hijo esta mal o que se esta comportando mal y los padres no son capaz de manejar la situación, las madres generalmente sienten esa omnipotencia de que ellas debieran poder manejar todo en relación a sus hijos y cuando no es así obviamente que genera cosas desagradables y frustraciones importantes en el rol.

¿Cómo es eso de omnipotencia?

Las madres están a cargo de los niños desde muy chiquititos y sienten que son capaces de controlar o manejar todas las dificultades, si tú te das cuenta en la mente de la madre está que si el niño le duele algo la madre le da un besito y se le quita el

dolor, si tiene hambre la madre sabe como quitarle el hambre, si tiene sueño la madre sabe como quitarle el sueño, la madre sabe resolver todos los problemas, la madre puede hacerlo y cuando ya no puede hacerlo, cuando a pesar de todos sus esfuerzos siguen sucediendo cosas, que el niño que esta mal ahí obviamente surge una frustración y una impotencia.

¿Dentro de ese sufrimiento e impotencia el niño también lo siente?

Yo creo que si, se percibe la misma frustración de los padres frente a lo que a él le está pasando.

¿El niño percibe que tiene un sufrimiento?

La mayoría de las veces si. Por eso uno también genera motivo de consulta con el niño y uno trata de trabajar el motivo de consulta que el niño tiene.

¿Entonces hay como dos líneas en el tratamiento?

Si, y uno trata de aunarlos para ir respondiendo al mismo motivo de consulta.

¿Y en ese tratamiento cómo participan los padres?

Va a depender mucho del modelo, las dos psicólogas que trabajamos aquí en el hospital de planta somos las dos sistémicas entonces hacemos participar mucho a los papás. Pero va a depender de donde trabaje el psicólogo, por ejemplo nosotros comprometemos al padre en el tratamiento lo más posible.

¿Cómo se logra ello?

Generando a los padres instancias de retroalimentación en torno a lo que se está haciendo en el proceso psicoterapéutico con sus hijos, que ellos también vayan evaluando lo que están viendo o percibiendo dentro del proceso terapéutico, entonces tener una comunicación lo más fluida posible con los padres.

¿Eso influye en la adherencia?

Si.

¿Y cómo reaccionan los padres cuando se van generando los objetivos?

Súper bien, bueno pero es como en todas las cosas, hay algunos que no entienden mucho y desertan igual y no vienen más y nunca se comprometieron, por otro lado están los padres que al inicio hay un compromiso y una confianza de que esto le va a ayudar al niño y por lo tanto con ellos se puede trabajar mas fluidamente, ahora cuando los papás van viendo que existen cambios importantes y que se van cumpliendo ciertos objetivos, participan mucho más y están mucho mas comprometidos y tú puedes contar con ellos de una manera mucho mas crítica.

¿Entonces la motivación va en relación al logro?

Claro, como te digo muchos parten motivados del inicio por que sienten que esto es lo que necesitaban y se van motivando más si van viendo cambios que para ellos son relevantes, pero depende mucho como vaya a ser abordado el proceso terapéutico, porque en estos casos aunque no hayan cambios si el terapeuta tiene una

comunicación abierta fluida clara y comprometida con la familia ellos también responden.

¿Cómo son los papás que vienen a la primera entrevista?

La mayoría son mamás, mamá con su hijo, algunos no saben por qué vienen, o sea algunos dicen, el doctor me mando aquí en el papelito sale, pero no lo tienen muy claro pero hay una mayoría importante que si se maneja al menos alguna idea de por qué los mandaron para acá, puede ser que los manden por un trastorno de conducta o un trastorno ansioso, llegan que porque el niño se porta mal o porque en el colegio dijeron, o sea al menos una idea de la queja del derivante. Pero así el número de familias o mamás que llegan con conocimiento cabal de por qué están aquí es súper reducido, no es la mayoría.

¿Existe una conversación previa a la derivación?

No se si una conversación, yo creo que nada, el doctor le dice lo voy a mandar a psicología porque se está comiendo las uñas, no sé, lo voy a mandar a psicología porque este niño está portándose mal, una cosa así. No sé si se habrá establecido una comunicación de tal manera que se le haya podido informar a los papás por qué surge esta derivación. En algunos casos puede ser que si, en pacientes de larga data de tratamiento, pero en la mayoría de los casos no, si se les avisa se les informa los vamos a enviar a psicología por ésta razón, ahora no sé si los pacientes tendrán la opción de decir no estoy de acuerdo, estoy de acuerdo o para qué.

¿Cómo casi como una orden o sugerencia?

Una sugerencia, eso son las derivaciones, el médico necesita que evalúe otro profesional a su paciente, que es lo que pasa con todas las interconsultas.

¿Entonces cuando llega el paciente con esa interconsulta ustedes conjuntamente con el sistema consultante tienen que crear un motivo de consulta, o sea es como otro trabajo?

Es que desde el modelo que trabajamos siempre generamos motivo de consulta con el sistema consultante, con el niño, con la mamá con el niño y con la mamá, entonces muchas veces el motivo de consulta es muy parecido o coincide con la derivación, pero otras veces la derivación requiere un tipo de respuesta y la familia otro tipo de respuesta, entonces ahí se trabaja tratando de dar respuesta a esta derivación, a esa interconsulta que puede ser una evaluación y por otro lado al motivo de consulta de la familia. Pero siempre para generar una terapia se trabaja en el motivo de consulta aunque vinieran espontáneamente y no derivados.

Yo escuche dos palabras motivo de consulta por parte de acá y demanda por parte del médico, ¿que diferencia habría?

Una queja. Bueno eso también tiene que ver con el modelo de trabajo pero el motivo de consulta es el que tú construyes con la familia, que trasciende a una queja, la queja es por ejemplo este niño se porta mal, este niño salta mucho arriba de la cama, este niño le pega a los compañeros, este niño no atiende, esa es una queja, estrictamente no es trabajable en lo psicológico, cuando tú empiezas a elaborar un motivo de

consulta a construir un motivo de consulta empiezas a desglosar esa queja y hacerla modificable, o sea cuando el niño se porta así, qué hace usted cuando el niño se porta así, qué pasa en la familia entonces por qué el niño se porta así, entonces empiezas a generar hipótesis de por qué podría estar ocurriendo eso y como podríamos solucionarlo, esa construcción del problema en el fondo en un motivo de consulta trabajable. Por eso lo que envía el médico es una observación, una queja, un problema, lo que tenemos que hacer para generar un cambio en ese problema es generar un motivo de consulta.

¿Hay una palabra que me llamo la atención es la diferencia entre la queja y el motivo de consulta, es que hay una construcción de por medio, otro proceso que se genera acá con la familia?

Es mucho mas elaborado.

Últimamente se habla de la alta demanda de atención de los niños, en relación al déficit atencional por ejemplo. ¿Qué conoces de ese tema?

Que está sobre diagnosticado en muchos casos y que se está investigando principalmente en eso, por qué tanto diagnóstico y sobre todo con el tratamiento farmacológico que tiene que ver en la mayoría de los casos con un estimulante del sistema nervioso central y eso preocupa mucho a los padres, preocupa mucho a la sociedad pensando que esto puede ser como dañino para los niños en éste momento.

¿En relación a ese sobre diagnóstico, tienes una opinión al respecto?

Que en muchas veces si puede haber un sobre diagnóstico y no detenerse en la particularidad de cada niño, pero también creo que estamos en un momento histórico en que los niños y tenemos que reconocerlo de una vez por todas no pueden someterse a los cánones de disciplina que teníamos hace 20 o 30 años atrás, tienen otras necesidades y otras formas de interactuar con el medio, y eso los hace a nuestros ojos ser más hiperactivos o los hace tener menos atención o atención flotante, porque en el fondo lo que evalúa eso es el sistema de educación. En la educación se dice este niño no es capaz de aprender porque esta distráctil, sin embargo si seria capaz de atender con otro sistema de educación, entonces no sabemos todavía y esta en todas las teorías y se dan vuelta en explicación de que es lo que esta fallando o sea nuestro sistema educacional que no lo modernizamos ni adaptamos a las necesidades de los niños de ahora o efectivamente que el cerebro de los niños esta funcionando de tal manera que se tornan mas distráctil. Yo creo como en todos los cambios importantes de la sociedad y cuando empieza a hacerse una mayoría hay que detenerse a ver que es lo que esta fallando, porque el sobre diagnóstico de déficit atencional es una información importante y relevante. Que los distráctil sea una mayoría ¿qué nos está diciendo eso?. Yo creo que la formación de los niños, ya que criarse en un mundo como el actual con las tecnologías actuales es muy distinto a haberse criado hace 20 años atrás, diametralmente, por ejemplo yo en comparación a la crianza de mis hijas no tengo punto de comparación y no puedo esperar que sean las mismas, no puedo esperar que ellas se entretengan con las mismas cosas que me entretenía yo, no puedo esperar que manejen las cosas que manejo yo, como yo tampoco puedo manejar cosas

que ellas manejan. Hay una distancia muy grande en la forma de vivir que tiene que repercutir en la forma de relacionarse con el mundo.

Es tan rápida la forma de integrar conocimientos en esta época que no podemos esperar a que los niños tengan la paciencia de estar 45 minutos escuchando sentados en una sala de clase, si tú te das cuenta de que la velocidad de Internet tiene que ser mas rápida porque requiere abrir una ventana, abrir otra, cuando están buscando una información de algo, nosotros íbamos a una biblioteca sentados y tenias que sacar 50 libros y ver libro por libro y la paciencia, eso en estos tiempos es impensable, quién puede ir a una biblioteca y pasar horas a buscar temas y temas del libro si puedes ir y buscar en Internet directamente que libro te sirve, hay una rapidez en la adquisición de información que no te permite como antes estar focalizando mucho rato muy por el contrario, necesitas estar con una alerta constante y una atención flotante para ir viendo todos esos estímulos, lo que es adaptativo para la sociedad pero no para el sistema educacional.

Entonces ¿cómo las necesidades del sistema escolar se traducen en una categoría diagnóstica?

Es que no debería traducirse en una categoría diagnóstica, o sea se está haciendo pero yo creo que no tendría que ser así. Es que generalmente el problemas surge cuando en el colegio empieza a haber problemas, antes no ha surgido, entonces cuando en el colegio comienzan a decir que este niño no hace las tareas, no aprende, se da vuelta, conversa mucho, se para y empiezan a haber quejas desde el colegio sobre el

funcionamiento del niño surge el problema y por qué surge ahí, también hay que pararse a ver eso.

¿Llegan niños con ése diagnostico acá?

Si, muchos.

¿Han ido aumentando?

Si.

¿Existe una diferencia en lo que veían anteriormente?

Yo creo que si, o sea de hecho hay mucha más preocupación de los padres por llevar a los niños al neurólogo, hay mucha más alta preocupación por parte del colegio que los niños vayan al neurólogo o que tengan una evaluación psicológica cuando perciben algún tipo trastorno de conducta o de aprendizaje, entonces eso claro que ha aumentado la demanda. A aumentado porque los padres están mucho mas alertas a consultar a un neurólogo o a un psicólogo cuando ven que los niños tienen un problema de aprendizaje o de conducta y a la vez los mismos colegios están mucho mas alerta a derivar a este tipo de niños a consulta especializada.

¿Para comenzar a finalizar me gustaría saber qué piensas tu qué es un niño en la atención pública?

Un paciente que necesita ayuda y que está inserto una familia, que el niño a diferencia de los hospitales de adultos, si bien el paciente es el niño nosotros nos preocupamos mucho también de lo que le pasa a la familia y todo el sistema esta preocupado de eso. Que es lo que sucede en pediatría en la relación médico paciente conlleva la inclusión de la familia y esa parte es importantísima.

¿Cómo aparece la familia?

Como los responsables y a la vez los responsables de su bienestar y también como las personas con las cuales uno puede contar para poder trabajar con los niños, cualquier tratamiento de un niño en cualquier área de salud requiere el compromiso de los padres que son los cuidadores.

De todo lo conversado ¿hay algo que quisieras agregar?

Principalmente tú última pregunta relacionada con la derivación, o sea tú mencionaste en un comienzo si se producía este diálogo entre el médico y la familia, y a pesar de que nosotros como sistema de atención público y pediátrico se tiene muy en cuenta la familia y se está muy presente en todas las acciones que se realizan con el niño, yo siento que esa comunicación es la que esta fallando y ni siquiera fallando es la que falta, ni siquiera que se haga mal sino que no se hace. Como se comunica a los padres lo que está pasando con sus hijos en todos los ámbitos, todavía estamos en una forma de relación medico- paciente, tomando en cuenta que el paciente incluye a la familia,

súper autoritaria y paternalista de una manera tal que se le indica a la familia lo que tiene que hacer con su hijo sin preguntarle, sin generar un diálogo entre ambos actores en beneficio del otro. Se da en ocasiones muy puntuales pero la mayoría de las veces responde a una orden médica o a una forma que el médico se hace cargo de la salud y tratamiento del niño y los papás son pasivos, reciben y hacen caso pero no toman decisiones concretas.

¿Eso tendrá relación con que el médico ve al paciente de una forma y ustedes de otra?

Yo he hecho capacitaciones y charlas en todo lo que tiene que ver con la relación medico paciente en pediatría, principalmente tomando eso y ello tiene una respuesta en la historia de la medicina con Hipócrates para adelante, o sea quién es el médico en una sociedad, el médico es un personaje totalmente endiosado o sea que ni siquiera te tiene que decir cómo tienes que hacer algo. En los inicios de la medicina donde el va voluntaria y desinteresadamente a curar enfermos, a investigar acerca de las enfermedades, ese es el médico. Y así se va construyendo un estilo de relación en donde cuando te relacionas con un médico te relaciones así como con la mano derecha de Dios, y desde ahí tú no tienes mucho que decir, tú un simple mortal qué puedes decir frente a alguien que te puede salvar la vida. Entonces se establece un tipo de relación que después se va modificando con la inserción de una serie de cosas, el cambio en la demanda de la medicina, la inserción de la carta de los derechos del paciente.

En Pediatría es una trilogía donde está padre, médico y niño, pero la relación se establece entre los adultos, entre los padres y el médico, pueden suceder millones de cosas aquí, una que los padres estén con un nivel de angustia tal que se pongan rápidamente en esta posición de educados, mandados, una posición pasiva, pero también puede suceder que los padres tengan el mismo nivel de angustia pero que se pongan en una posición súper activa entonces requieran, exijan, pidan, cosa que molesta mucho a los médicos pero todo lo que suceda entre los actores va a repercutir de alguna manera en el niño siempre. Si los padres están enojados con el médico, encuentran que no están haciendo las cosas bien, desconfían de él, esa ansiedad que puede tener una madre, imagínate cómo es para una mamá, yo soy la responsable de la salud de mi hijo, recuerda que a las madres se les caen los hijos, se les enferman los hijos, entonces las cosas son siempre responsabilidad de ellas, entonces cuando el hijo se les enfermó y como no pueden sanarlo, se los entregan a otro para que lo sane y si no confían en él, te puedes imaginar, pero no tienen más opción, ya que están en un sistema público donde no pueden decir: sabe usted no me gusta prefiero el de allá. Entonces depositan la vida, la salud del hijo en alguien que no confían para nada y qué pasa con eso, qué me pasa a mi con eso, cómo transmito eso, hay una serie de ansiedades, de angustias, de temor que le van a estar transmitiendo al hijo también y estas cosas van a repercutir en como el niño va a enfrentar la enfermedad y tratamiento.

Entonces esta relación tripartita ha ido cambiando en el tiempo desde madres que decían haga lo que quiera yo confié plenamente en usted a madres que ante cualquier diagnóstico al otro día dicen, yo lo encontré en Internet y el tratamiento no es así, y te

empiezan a preguntar y cuestionar cosas. Y el médico no está preparado para este tipo de relación tan simétrica para nada, su formación y su estilo y su trabajo y su forma de ejercer la medicina están en una relación asimétrica y sumamente autoritaria. El trabajo en psicología es distinto porque nosotros no podemos trabajar desde la orden, nosotros tenemos que trabajar desde el consentimiento innato de la preocupación y de la motivación genuina y natural del otro. Yo no puedo ponerle al otro lo que le está pasando, tengo que partir siempre desde la motivación del otro en base a su vida y a su propia existencia, sus propios problemas y si no, no hay nada, aunque yo esté mirando millones de cosas no hay nada si el otro no las ve. Entonces claro que es un cambio importante y en la visión del sistema hospitalario que nosotros hemos generado ahí temas súper relevantes en torno a eso.

Yo en particular estuve ocho años trabajando en oncología y me daba cuenta que desde el momento del diagnóstico en adelante pasaban muchas cosas que yo decía cómo pasa esto y nadie ve, y es verdad la gente hace su trabajo, hace lo que tiene que hacer y no miran, no ven, y cuando le dicen a una mamá sabe que su hijo tiene una enfermedad y la mamá se iba y después te dicen si le dije que tenía cáncer, oye no, tú pensaste que le dijiste porque le dijiste eso pero la mamá, por ejemplo leucemia, las mamás no tienen por qué saber que leucemia es cáncer.

Pero eso también es la angustia de una doctora mujer madre decirle a otra madre, su hijo está con riesgo de muerte. Entonces cómo se hace eso, lo hace la doctora, la mujer o la madre, y se lo hace a quien, a la señora que está esperando afuera, a la

paciente o a la mamá. Quién se comunica con quién en ese momento, mamá con mamá, doctora con mamá, mujer con mamá, y ahí surgen millones de errores comunicacionales. Cómo integrar a este profesional que tiene todas estas facetas para que no se asuste, para que sea eficiente técnicamente y profesionalmente sin perder las capacidades comunicacionales básicas de las personas, la empatía, la tolerancia, el sufrimiento la actividad. La lucha de humanizar la medicina.

Segunda Entrevista a Profesionales

Psicóloga

Trascripción

¿Hace cuántos años ejerce la profesión de psicóloga?

Yo me titulé en Agosto del año 1981, hace 16 años.

¿Ud. tiene alguna especialidad?

Hice un postgrado en terapia familiar sistémica por supuesto, y el resto del tiempo he estado haciendo clínica infantil todo el tiempo.

¿Desde que ud. Egresa comienza a hacer inmediatamente clínica infanto-juvenil?

Exactamente.

¿Hace cuánto tiempo que ud. está aquí en el hospital Luis Calvo Mackenna?

Más o menos desde que me titulé, había justo un cargo, vine para acá y me aceptaron, alguien me dijo “oye anda para allá porque parece que faltan psicólogos” y había renunciado parece todo el equipo de psicología, entonces estaba un cargo disponible y yo llegué, entonces me quedé.

¿Todo el tiempo usted ha trabajado en este mismo servicio?

El contrato es asociado a un servicio, de todas maneras el hospital ha ido variando un poco, antes solamente había un psicólogo aquí y atendíamos todo, todo solamente de aquí, y principalmente al comienzo hacíamos atención ambulatoria y no nos metíamos para nada con pacientes hospitalizados, o sea no existía el concepto de que el paciente hospitalizado podría requerir atención psicológica, lo que no es extraño porque ha cambiado la visión de la medicina se ha vuelto como dicen muchos biopsicosocial, entonces empiezan a mirar otros problemas, nos llegaban cosas complicadas para ellos y eran bastantes catastróficas, por ejemplo: preparen para mañana el niño para la amputación, ni siquiera yo estoy preparada para hacerlo, entonces empezamos a ir al hospital como una manera de anticiparnos, pero después nos dimos cuenta que en realidad era un tema de epistemología, hasta que punto ellos podían ver los problemas que nosotros veíamos desde nuestra manera, trabajarlo, y nos dimos cuenta que hasta hoy día el médico ve otras cosas. Ya están mas entrenados y eso tiene que ver con todo lo que ha pasado, ya están más entrenados en el tema de la salud mental pero no es su campo entonces si no atañe a su función, y la relación del médico es más distante, no se involucra, si ve al niño triste por ejemplo no sienten que es parte de su oficio derivar a un psicólogo o hacer alguna intervención respecto a ese problema, entonces la modalidad que nosotros desarrollamos fue nosotros ir a detectar, ello nos permitía conocer al paciente, a ese que nos iban a derivar por una catástrofe de ellos ya lo habíamos buscado, el que lo iban a amputar ya lo habíamos buscado, entonces ya no era una cosa catastrófica ni para el terapeuta ni para el paciente, bueno siempre hay excepciones casos de

urgencia que los cubrimos pero con esa modalidad entonces empezamos a estar más en el hospital y lo que observaste ya es un programa propio y armado, y de hecho hay muchos psicólogos que se han ido quedando en los servicio precisamente porque han generado alguna acción que les interesó al equipo y el equipo se esforzó porque les interesó lo que habían logrado, entonces dijeron que necesitaban al psicólogo y buscaron la forma de tener los recursos. Hoy día hay mas psicólogos, hay un psicólogo en oncología, hay uno para algunas enfermedades crónicas, hay un psicólogo para diabetes o sea ya está como mas insertado y tanto nosotros como psiquiatría que tiene también un grupo de psicólogos asociados vamos regularmente al servicio, vamos regularmente a trabajar con equipos, así que yo diría que la impresión es que hoy día hay psicólogos en todas partes o sea el concepto de la atención psicológica está ya muy incorporada, más aún hay gente que exige, antes ni siquiera sabían y más de alguna vez nos echaron a patadas de algún servicio pero ahora es una cosa como aloe, se ha ido cambiando la visión en concomitancia con el cambio en la epistemología y la visión médica o sea el médico ya está incorporando datos, este hospital se encuentra un poco estancado al respecto porque es mucho mas conservador, hay otros hospitales mas a la vanguardia de las intervenciones biopsicosociales aquí como es un poco mas conservador y hay mas médicos de visiones antiguas les ha costado más, entonces nos miran así como una especie de paramédico todavía, bueno en todas partes todavía pasa mucho de eso en hospitales y nos piden cosas que de repente son como cabezas de pescado, “necesito que acompañe a este paciente”, yo lo puedo acompañar mejor si es un tema amoroso afectivo pero “necesito que vengan todos los días” más o menos ¿para qué?

“necesito que lo evalúen” ¿por qué, de qué?, todavía no captan muy bien pero ya tienen una relación más paternal podría decirse y lo aceptan y derrepente lo incorporan, derrepente hacen preguntas o piden talleres, o sea ya está como mucho mas familiarizado un médico con un psicólogo y los psicólogos también nos hemos ido puliendo en la atención en psicología de la salud, es decir en trabajar con médicos, en trabajar con pacientes enfermos, en hacer intervenciones terapéuticas con pacientes enfermos que es muy distinta a la clínica de ambulatorios, así que la derivación y todas esas cosas están muy teñidas, por un lado por la experiencia y por otro lado por las programaciones: quién deriva y quién no, por dónde pasan los pacientes.

¿El hospital a qué población específica atiende?

A ver, todo hospital público está abierto a toda la comunidad aquí en el área Oriente o sea todas las comunas del área Oriente que son: Lo Barnechea, Las Condes, Vitacura, Ñuñoa, Providencia, Macul, La Reina, Peñalolén, todas esas comunas tienen aproximadamente 300 mil niños entre 0 y 15 años, todos esos niños podrían venir acá, pero vienen principalmente los beneficiarios porque hay demoras y esperas y concurren a otros servicios y van a la consulta privada o cosas así, todos podrían venir, pero los beneficiarios es decir los que están en FONASA y tienen aranceles institucionales que son los A, los B, los D, los C y los E, todos ellos constituyen una masa de a ver puede ser alrededor del 70% de esa población, pero los beneficiarios que tienen gratuidad son alrededor de 125 mil niños de esos 300, los A y los B tienen

ingresos familiares que van desde 0 a alrededor de 140 mil pesos familiares poco, muy poco, eso son alrededor de los 125 mil o 40 mil.

¿Para ellos es gratuita la atención?

Si, es gratuita la atención. Para ellos es gratuita toda la atención, quien quiera que sea calificado en A o en B toda la atención es gratuita, cirugía los exámenes, los medicamentos que están asociados a las atenciones y que se dan acá también, los C y D son también sectores pobres pero pagan una proporción del arancel institucional que también es un poquito gracioso, pagan el 10% de la atención institucional los C y el 20% los D, y el arancel de psicología es dos mil pesos, o sea el C paga doscientos pesos y el D paga cuatrocientos pesos, súper módico, y todos los aranceles institucionales de las cirugía ellos pagan el 10%, y ya lo que son modalidades de libre elección que acá se da poco, tienes que elegir el médico pero elegir el médico cuando tiene hueco entonces no es muy electivo tampoco, esos son nuestros aranceles un poquito mas caros y eso muchas veces sucede con algunas intervenciones quirúrgicas pero que están así demorando mucho pero en general no hay la posibilidad de la libre elección, ahora vienen particulares también, poquitos, pero es lógico porque mucha gente no puede pagar aranceles privados y el arancel particular aquí es súper barato por ejemplo la atención psicológica es de ocho mil pesos o diez mil pesos, pero no más, para el privado lo único que tiene que hacer es ponerse en la cola cando le toca y llega después lo tiene que pagar.

¿En qué consiste el trabajo que usted realiza?

En este hospital todos los funcionarios tienen tiempos dedicados al trabajo asistencial, tiempos dedicados al trabajo docente en los hospitales públicos que tienen actividad docente reciben becados, reciben algunas prácticas y que son muchas veces los que hacen un gran volumen de atención y que permiten que la atención se pueda dar periódicamente, de hecho todos los hospitales públicos han tenido convenios con universidades siempre y que ahora hay un todo un tema con las nuevas universidades de cómo comprar los campos clínicos, este es un hospital que tiene convenio con la Universidad de Chile por lo tanto hay un departamento de Pediatría asociado, y por lo tanto hay profesores que hacen docencia y allí funcionarios les piden que hagan a su vez docencia y que hagan un poquito de investigación, que hagan un poco de capacitación permanente, cualquier equipo médico para realizarse no es novedoso. Entonces hay actividades académicas y hay actividades administrativas, tú tienes que velar por tú trabajo, tienes que velar porque los equipamientos funcionen, porque los materiales que tú requieres estén a mano, actualizar todos los recursos que tú necesitas etc., y hay porcentajes de tiempo para cada una de estas cosas, yo en lo que es el tema asistencial hago intervenciones ambulatorias aquí en el servicio, atiendo pacientes derivados de distintas partes principalmente de neurología y psiquiatría que es el derivador oficial por decirlo así, para que sea una derivación un poco más docta que es tú tema, o sea que no nos lleguen cosas que no corresponden y por lo tanto en toda ficha clínica a nosotros nos corresponde por un lado lo solicitado, previo chequeo si es necesario también porque hay veces que no corresponde y establecemos con el paciente un vínculo nuevo único donde co-construimos su motivo de consulta,

es decir no es sólo una derivación mecánica, yo quiero que lo evalúen háganle eso, yo quiero que hagan terapia háganle eso, porque el derivador no es un experto y eso es inevitable no es un experto en la materia por lo tanto te lo deriva para que tú veas, entonces hacemos eso para poder tener una opinión diagnóstica una opinión sobre los problemas y luego de eso hacemos las intervenciones terapéuticas que es la consigna que es donde buscamos a los psicólogos que vienen a hacer su práctica, es decir formarse una opinión del problema con el paciente, construir esa problemática y plantear tu hipótesis de qué está pasando como para formalizar tus estrategias de intervención, y en las intervenciones están además de la consulta intervenciones terapéuticas que el psicólogo que está a cargo considera, o sea nosotros tenemos distintas visiones teóricas, el equipo en general es un equipo que tiene una formación sistémica y que ha hecho postítulos en terapia familiar por lo tanto tiene un modo de intervenir con esa orientación pero con muchas variaciones, en ese sentido tenemos mucho mas de la escuela italiana que trabaja más con el problema que con la columna estructural que trabajan los de Palo Alto, más como la familia, nosotros trabajamos con el problema porque nuestra familia es un poquito sui generis, hay una tía, una bisabuela, hay un padrastro y hay el medio hermano, entonces incorporamos a las personas involucradas en el problema, entonces trabajamos con los padres, la abuelita hay mas gente involucrada. En las cosa docente nos tocan temas de actualizaciones de revisar bibliografía, hacer reuniones clínicas, nosotros preferentemente hacemos casi todas esas cosas con los propios alumnos y eso genera hartas posibilidades de reflexión, lo tenemos que hacer también con el equipo médico, no lo hemos hecho, no hemos incorporado a los alumnos a esas actividades porque los lugares son

relativamente pequeños, los grupos que se forman con los neurólogos son como extraños entonces derrepente me cargan, las reuniones son técnicas entonces no siempre se aprovechan bien.

¿De qué tratan esas reuniones?

Han habido tendencias, cuando yo llegué al hospital había una tendencia a que fueran más multidisciplinarias entonces todas las exposiciones estaban pensadas para que pudieran entenderlas los psicopedagogos, los psicólogos y cualquiera que viniera, estaban hechas para todo público familiarizado con la salud mental o con la neurología, o psiquiatría, o con la psicología, etc., pero de un tiempo a esta parte se fue perdiendo el concepto más integrador cuando los jefes tuvieron otras políticas y hoy día las reuniones son muy técnicas muy orientadas al saber neurológico, psiquiatría de hecho ya tiene una cosa más independiente pero tiene un grupo también muy grande entonces tienen actividades como para ellos, que tampoco cabemos no nos podemos juntar en los lugares hemos tratados pero no lo hemos logrado, entonces el grupo de neurología con el que mas nos vinculamos al final se preocupa de hacer sesiones pensando en revisiones para los becados, entonces son temas así como de las catecolaminas el porcentaje de CT y el HT cuando actúa sobre el neurotransmisor, son cosas que son crípticas para uno y para un psicólogo en general, y para un joven que está recién llegando le resulta totalmente ajeno no logra encontrar, no es una información que pueda ocupar, mucha de esa información es útil cuando ya estas trabajando mucho tiempo y tú te familiarizas con las enfermedades con los medicamentos, porque son temas no necesariamente de tú campo entonces te

familiarizas y sabes más de que se trata y puedes hacer mejores consultas, pero cuando tú estás recién empezando es chino.

Entonces como me contaba está la parte ambulatoria, la parte paciente y la parte administrativa...

En lo asistencial también vemos entonces cosas del estilo y ahí tenemos dos modalidades de intervención, una es en sala y vamos a algunos servicios, nos distribuimos con unos psicólogos contratados y con los psicólogos que están en psiquiatría, hay psicólogos en oncológica, en nefrología y urología hay una psicóloga contratada, entonces todos los paciente de ahí los ve esa psicóloga, en la Escuelita donde van niños oncológicos y de otras patologías, hay psicólogos también de forma que antes nos podían pedir algunas evaluaciones, alguna cosa para un niño crónico, vamos con psiquiatría a cirugía, vamos a urgencias que van ellos, vamos a cardiología que van ellos, vamos a segunda infancia que vamos nosotros, a lactantes que vamos nosotros, a las UCI que van ellos y otras que van otro psicólogos, vamos a traumatología nosotros y la otra modalidad es el trabajo ambulatorio con paciente crónicos que es una modalidad que la gestaron en servicio social que es organizar a los padres ciertas patologías para poder hacer algunas intervenciones económicas, es decir hacer educación, juntarlos a todos para hacer alguna demostración de enfermería o de kinesiología, por ejemplo a los oxígenos dependientes les enseña cómo tiene que golpear la mamá la espaldita para sacar las flemas al niño o qué hacer en una emergencia, y en esos grupos hemos participado, nos pedían charlas de psicología para saber un poquito qué hacer con sus hijos, temas de cómo enfrentar la

muerte en enfermedades graves, cómo ir elaborando los duelos de los diagnósticos, nos tocaba hacer tanto charlas educativas como pequeños talleres de ayuda y también terapias individuales, ahí en ese caso acogíamos tanto al paciente que requería la sesión individual como a los hermanos del paciente que tenían como una ruta más directa, y ahí se aborda los grupos que son, a ver nosotros en este momento tenemos: oxígeno dependiente, hemofilia, VIH sida, por ejemplo también se ve diabetes por otra psicóloga contratada, las malformaciones ano-réctales otro psicólogo, epilepsia lo estamos viendo nosotros, en fin varios grupos de crónicos que tienen ese modelo y con ello entonces nos organizamos, vamos a las reuniones mensuales o los citamos acá y eso es en ese sentido, también hemos hecho talleres vamos como a un grupo, derrepente nos toca otro grupo en endocrinología que tienen grupos de obesos trabajamos ansiedad en otro momento, juntamos grupos de adolescentes, uno variando derrepente por el AUGÉ sus motivaciones.

¿Y esas motivaciones de hacer talleres de dónde provienen?

Mira surgen de los propios equipos mucha veces y esas motivaciones son las que más funcionan porque cuando han surgido de nosotros derrepente no han resultado, nos hemos dado cuenta de que el paciente crónico, el paciente que está enfermo acá no quiere venir para acá, obvio si se lo pasa acá, entonces hacerle otra actividad acá es como “por favor déjenme en paz”, entonces hemos hechos cosas preciosas, apoyos a padres de los niños crónicos y no viene nadie, entonces cómo, pero por ejemplo cuando ellos como grupo han querido, se les formula una demanda y quieren un taller para adolescentes se juntan y se logra otra cosa, entonces hay una mutua

interconexión, derrepente nos han pedido talleres de otro tipo de trabajo con los equipos, paramédicos, las enfermeras, los médicos, especialmente en el manejo de los niños y también en el manejo del stress personal, el desgaste profesional y a veces los hemos propuesto nosotros y nos miran como raro y después cuando participaron fueron muy felices, ha habido múltiples motivaciones.

¿Específicamente en ambulatorio me gustaría saber cómo es el proceso de derivación a psicología?

Existe hoy día un sistema de derivación electrónico desde los consultorios al hospital, antes era que la gente tenía que traer sus hojitas y se venía para acá con su interconsulta, se pegaba el viaje latero a pedir la hora o a dejar la interconsulta para que alguna vez le dieran hora hoy día eso está modificado y por lo tanto hay una derivación desde los consultorios y para ello se crearon puntos de derivación, servicios a los que se derivaba, nosotros en psicología no nos pusimos como punto de derivación porque la derivación desde el consultorio era menos letrada, menos técnica, todavía hay que la de los médicos, o sea el pediatra del consultorio, el médico general del consultorio va rotando mucho y si bien antes se resolvía eso a través de capacitaciones permanentes rotan tanto que al final toca siempre mucha derivación que no corresponde, nos derivaban por ejemplo muchos trastornos de aprendizaje y hay toda una red de apoyo de trastornos de aprendizaje y que debería resolverse en una comunidad, un niño que no sabe leer no tiene que venir para acá tiene que ir a un centro diagnóstico, tiene que ir a una escuela especial, otras cosas, hay cosas que podemos hacer nosotros pero es una pérdida de recursos y nos llenábamos derrepente

o nos derivaban por cosas que ellos estimaban que no correspondían pero eran variaciones normales, a mí me llegaron niños de 2 años que decían a todo que no y ese era el motivo de consulta, bueno yo también le digo a todo que no, entonces decidimos que no fuéramos punto de tal forma que no nos llegan directamente a psicología y por lo tanto no tenemos horas nuevas que los consultorios toman, sencillamente no, entonces nosotros decidimos directamente desde acá. Entonces nos derivan principalmente de neurología y psiquiatría porque casi todas las derivaciones vienen hacia el servicio y por lo tanto lo ven primero ellos y derivan hacia psicología, pero en algunos casos ellos miran la interconsulta y la derivan sin haber analizado el caso, la derivan inmediatamente entonces también tenemos una fuente de derivación de otros servicios, de hospitalizados tal cual porque tenemos convenios entonces aquí llegan directamente a segunda infancia y no pasan por psiquiatría primero, llegan inmediatamente, son una pequeña proporción.

A neurología y a psiquiatría....

Los derivan desde el consultorio. Y también ellos tienen una proporción de horas destinadas a darse para dentro del hospital, o sea que alguien llegue de urgencia desde cirugía, desde ambulatorios, de oncología.

¿Esto existe solamente en este hospital o es una política de psicología de todos los hospitales?

A ver la derivación electrónica es del área Oriente y se está usando en todo el servicio nacional de salud, esa es la idea, no he hecho nunca un estudio estadístico desde que

se instauro que fue hace poco para decirte es distinto de lo que se hacia antes, mi impresión es que no ha variado mucho y nosotros lo único que hicimos fue sostener un poco la derivación directa del consultorio, pero igual nos llega algo derivado del consultorio que pasa por la mirada de un médico, un psiquiatra o neurólogo y que ve la interconsulta y la deriva, entonces también nos llegan cosas que son del mismo consultorio, muy poquitas. La derivación ocurre de esa forma, el gran volumen es derivado desde neurología y psiquiatría, un pequeño porcentaje del hospital y un pequeñísimo porcentaje desde los consultorios o cosas del colegio.

¿Reciben consultas espontáneas?

No las recibimos en general porque no nos queremos arriesgar a que nos lleguen cosas que no corresponden, que nadie las ha visto y resulta que necesitan un control neurológico y con el gran volumen de pacientes que son déficit atencional con hiperactividad, entonces no nos arriesgamos a tener ese tipo de cosas, por ejemplo aquí está ésta.

¿Entonces cómo se empieza a distinguir la necesidad de tratamiento?

Bueno las derivaciones parten en general desde un consultorio, la queja, llegan a neurología o psiquiatría de manera principal y ellos establecen lo que necesitan, en general los neurólogos nos derivan mas e intervienen menos y lo psiquiatras derivan menos y resuelven mas, también ellos derivan a psicólogos la modalidad que tienen ellos en psiquiatría es que el psicólogo haga una evaluación completa entonces hacen muchas más evaluaciones, no sé ponte tú le encantan los rorschach, quieren que el

psicólogo les de mas información del paciente para poder intervenir y hacen más intervenciones terapéuticas en psiquiatría, el neurólogo en ese sentido nos manda todo, entonces nosotros vamos resolviendo, ellos piden muchas evaluaciones y muchas veces nos piden evaluaciones que no corresponden, si es un niño con algo escolar piden evaluaciones psicométricas, si es un niño que está con control psicopedagógico que ha sido evaluado y que no requiere la evaluación, no hay duda diagnóstica, entonces para qué la necesitan anda a saber tú, algunas veces les parece y son bien derivados, que el niño ha sido mal diagnosticado que es una persona que tiene mejor rendimiento intelectual la persona y que a lo mejor es mas cerrado, eso sucede muchas veces con niños posee dificultades escolares ponte tú un cabro muy disfuncionado, déficit atencional, medio dispráxico, medio inquieto y lo mandan entonces a una escuela especial porque lo evalúan en el centro diagnostico la evaluación que suele ser rápida porque hay mucha demanda, entonces le dan dos días y en dos días tiene que sacar un diagnóstico, tres días si al cabro le fue mal las dos veces porque el trabajo le aburrió, lo hizo mal, entonces a sucedido que cuando lo evalúan tempranamente seis siete años no es muy productivo y puede estar muy interferido. Y lo derivan para la evaluación.

Ahora en el caso del consultorio cuando el paciente llega hay un porcentaje muy alto siendo bien evaluado, pero también hay muchas veces en muchas derivaciones desde el consultorio que le preguntan cómo se porta el niño, mal, trastorno de conducta y acá sucede más o menos lo mismo, si el especialista explorando las áreas le parece que hay un problema, “cómo se porta en la casa, mal” disfunción familiar entonces

hay mucha derivación por opiniones del observador, que es obvio, y lo que sucede es que ése derivador a pesar de que se hacen mucho esfuerzos no tiene categorías diagnósticas uniforme, y algunos no tienen categorías, a pesar de que les encantan las categorías diagnósticas no es su campo entonces te mandan a los niños con una opinión de ellos “problemas conductuales” y que son problemas emocionales, que no tiene nada en la conducta el niño no aqueja pero lo nombraron así, yo me encontré con esto en el análisis de las derivaciones porque yo dije quiero hacer un estudio de equivalencias, no se puede porque me di cuenta que las derivaciones no eran técnicas, o sea no tenía ninguna garantía de que la opinión por la cual había llegado acá era, tenía que ver algo con lo que se trabajaba, más aún, los nombres no correspondían a las categorías a usar, entonces unos ocupaban medio del DSM-IV otros el CIE-10 y esos eran un pequeño porcentaje, el resto eran unas opiniones por ejemplo a todo dice que no ¿y eso dónde lo pongo?, trastorno conductual, o buscaba oposicionismo, llora mucho, ¿será un trastorno emocional, conductual?, ¿hace una pataleta? adónde va el asunto de la consulta, bueno a partir de ello yo hice un esfuerzo por sistematizar con algunas categorías que eran medio como DSM-IV CIE-10 y logré alguna sistematización en algún momento, para decirte mira englobe de allí lo que estaba sucediendo, entonces el gran volumen decía en relación con trastornos del desarrollo es decir problemas de lectoescritura, DATH, trastornos del lenguaje siendo la gran queja el tema del DATH, entonces tú tienes que alrededor del 30% de las derivaciones te llegan por esa queja y los trastornos emocionales incluían: llora, anda triste, tímido, nervioso con ansiedad, todo lo que fuera aproximadamente emocional lo que no significaba que la gente tuviera quejas conductuales o sea no eran puras, yo

puse todas las quejas separadas por lo tanto hay más quejas que pacientes. Trastorno de conducta era como: agresivo, pelea mucho, entonces yo tuve que hacer un esfuerzo así como fantasioso para decir donde calzaban esas descripciones, problemas de interacción social cuando la queja era problemas con los compañeros y eso está especificado y uno decía problemas de conducta porque era medio relacionado, pero la queja era que problemas de interacción social por ejemplo la timidez, yo me hice esas categorías, trastornos de personalidad como si hubo crisis las puse porque eran como lo mas propiamente tal, eran como descripciones en neurología y síndrome psicótico con quejas ya propiamente de conductas bizarras, de alucinaciones y cuando no estaba consignado era un porcentaje del 1% ,o si alcanzaba alrededor del 6 a 7%, todo esto que yo logré sistematizar pero no logré confirmar, de tal forma que hay todo un trabajo que yo intenté en un momento hacer pero hay un volumen derrepente de pacientes sobre todo porque han ido cambiando los conceptos de diagnostico, no trabajamos necesariamente con criterios diagnósticos, no lo hago, tengo que familiarizar a la gente en éstos instrumentos diagnósticos, por ejemplo el CIE-10 que es el que priorizo el Ministerio de Salud, antes se ocupaba el DSM-IV y hay una mezcla, ahora priorizaron por el CIE-10 que es el que me permite tener códigos de atención, pero hay montones de cosas que no están incluidas y que no son clasificables en el CIE-10 entonces es una lata y hay pacientes que tienen como dos diagnósticos entonces no me atrajo tanto, entonces me cambie del otro porque no era tan definitivo que esa era la queja original que es un tema reimportante porque tú estas diciendo cómo se gestan las consultas, ésta es la opinión del médico o la opinión del médico con la opinión del paciente y dije no necesariamente es así, o sea te piden

por lo que están observando dos personas que son expertas en lo que está pasando pero no expertas en nominarlo, en ubicar el concepto, entonces la política nuestra es co-crear el motivo de consulta es decir volver con el paciente a preguntarnos si ellos consultarían por ese motivo de consulta, si les hace sentido ese problema, si es un problema para ellos si es que lo han derivado porque la estructura de relación que existe dentro del aparato de salud es un estructura autoritaria, hay un experto que le dice al inexperto lo que debe hacer o sea el médico sabe lo que es bueno para ese paciente, entonces muchas veces porque la estructura es jerárquica el padre obedece porque teme que su indisciplina le cueste otros controles o que lo vayan a retar si es que fue cuando vaya a hablar con ese mismo médico, no siempre las derivaciones son voluntarias lo que para la psicología es absolutamente central o sea si la persona no quiere hacer un cambio aunque tú lo derives porque está espantoso no va a haber cambio y tú necesitas además no perder el tiempo, necesitas que esa persona esté trabajando en lo que le interese trabajar o sea si tú le dices mire el niño te dice tengo un problema de conducta con el niño y tú te empiezas a imaginar cosas, empiezas a ver cómo funciona la casa pero nadie quiere hacer ningún cambio es muy frustrante, además con verse en el cuento que está en terapia porque después fracasas, yo tengo una mamá de éstas ahora con un niño que tiene crisis ansiosas terribles pero he ido detectando que hay una cantidad de tensión familiar bastante importante, porque la madre tiene dos hijos mayores que este niño y uno es alcohólico, y que no aporta, que le genera problemas y su mamá no puede ponerle los límites entonces derrepente va y me dice así como “no hemos hecho nada” pero esta cosa no es tan sencilla porque el niño, el paciente que viene a consulta, es un niño que tiene como crisis de

ansiedad muy intensas y que se asocian a que este hermano le quite su televisor, lo amenaza y la mamá la ve incapacitada de intervenir, entonces ha ido forzando a la mamá a que intervenga a que no le traten mal también, entonces la mamá viene para acá, nos pusimos a conservar y le digo a ver yo estoy viendo que hay un protagonista que tenemos que citar, “no es que no va a venir” bueno entonces usted trabaje con él “no es que yo no puedo”, ya, entonces tengo que empezar a decirle que vamos a fracasar porque no tengo herramientas si no puedo trabajar con los involucrados y si usted viene para acá y se queja yo le tengo que decir “aja, aja” y nada más porque yo no puedo intervenir con su hijo ausente, ni siquiera escuchar su opinión ni armar ni un panorama, no me puedo hacer una hipótesis siquiera, entonces el tema es que....

¿Y existirá alguna conversación entre el medico o el neurólogo y el paciente donde le explique por qué lo está derivando a psicología?

Hay de todo, hoy en día la tendencia es que el médico sabe y deriva, y mantiene una relación más bien de experto, yo te diría que aquí en general hay un buen trato, no hay una cosa déspota no la conocemos, no se ve mucho, hay algunos médicos también déspotas, pero hay una relación bastante autoritaria “se me va para la evaluación” “me hace esto” y el paciente no es infrecuente que venga sin saber muy bien por qué lo mandaron.

¿Y los padres generalmente piden la opinión del por qué de la derivación, o cuando ya están en psicología empiezan a plantearlo?

Yo te diría que hay unos padres que progresivamente, hay más padres que preguntan, pero también no es infrecuente de qué el hecho de que ellos pregunten se constituye un problema para el médico, los encuentran pacientes difíciles a los pacientes que preguntan, con una tendencia a que eso ocurra menos o sea que expliquen, yo he visto está más documentado en la literatura que los médicos que explican a su vez porque hay médicos que si explican se preocupan de explicar y que se jactan de decir “yo si explico a mis pacientes lo que pasa” pero lo hacen estratégicamente mal, en oncología hay una doctora en oncología preocupada de contarles a los pacientes pero les cuenta al momento del diagnóstico cuando están en shock como no pueden preguntar si hacen preguntas las hacen desde la emoción entonces muchas veces.

Lo que le digan no ...

Te quiero contar de que en algún momento yo capté esta cuestión cosas que les parecían que me las tenía que saber: ¿qué cree usted que va a pasar, qué pronóstico tiene esto?, le ha dicho algo la doctora, ellos tienen fantasías de muerte y uno pregunta qué sabe usted, hay un riesgo no hay un riesgo y no lo saben, más que el paciente se plantee como lo que corresponde y no que esté fantaseando con riesgos que no van a ocurrir nunca entonces muchas veces nos toca una labor de conexión con el médico para saber exactamente qué pasa, cuáles son los márgenes de maniobra respecto a calidad de vida, actividades físicas, actividades sociales, hay muchos niños que de repente los restringen para proteger la intervención médica, me acuerdo de un

niño que tenía un escoliosis y lo habían operado y no lo dejaban meterse en la piscina, porque el médico cuidaba de que el niño se fuera a tirar un piquero, eso no tiene nada que ver que el pueda caminar hacia el agua y se moje, entonces ir al mar y mojarse con precaución dejar a los padres como protagonistas de esa protección pero lo dejaban completamente inhabilitado con el calor y el paseo a la playa era un infierno, entonces tenía muchos más restricciones de las necesarias sencillamente se estaba cautelando la operación, no se daba este margen de maniobra, entonces había que conversar con el médico y preguntar ¿qué es lo que no puede hacer, trotar, saltar, golpearse? y derrepente hasta eso podía, “no si puede andar en bicicleta, pero con cuidado de que no se cayera”, ¿puede nadar? “sí, si puede nadar”, entonces que nade, hay una conversación algunas veces y otras no la hay y el psicólogo cumple muchas veces la función de ayudar a ese paciente a aclarar. Ahora muchas veces nos pasa que en el proceso de conversar con el paciente y es la consigna que ocupamos aquí, sabiendo que esta derivación no es necesariamente voluntaria no es necesariamente solicitada, en el proceso nos damos cuenta que el paciente no quiere hacer psicoterapia por eso es bueno hacerlo en la primera sesión, y es delicada la intervención porque es importante no descalificar la derivación o sea si el paciente va y le dijo “lo que pasa es que este niño se porta súper mal en la casa” y se lo dijo para que el niño escuchara frente al médico y éste eventualmente lo retara, y el médico va y hace una interconsulta por trastorno de conducta o disfunción familiar y tú lo recibes y el paciente está como callado y no te contesta las preguntas, pero está porque le dijeron que viniera, entonces en mi experiencia es que hay que preguntarle, ayudarlo, porque no te lo va a decir porque le teme a las estructuras autoritarias

somos un poquito como dicen dioses, hay que ayudarlo, ¿dígame pero usted si él médico no lo hubiera mandado usted, usted siente que esto lo necesita trabajar con alguien más o lo maneja usted bien solo?, y hay mamás que te dicen “sí” y ok, mire yo creo que la derivación tiene que ver con como escucho quejarse, quizás sintió que era necesario ayudarla pero si usted estima que no es necesario porque lo va a poder hacer sola perfecto no hay inconveniente, si usted tiene algún problema consulte, de tal forma de dejarla de alta no hacer una pura tontera y tener la sensación de que el médico se equivoco o tú te estas equivocando, y entre el psicólogo y el médico mejor le creo al médico porque es más Dios que el psicólogo, entonces podría sentir que es una especie de negligencia de su parte entonces mejor sigamos. Es muy importante esa intervención para tener claro que el paciente está solicitando ésa consulta y si no siente que es un tema también es importante establecer con el paciente si hay otras cosas que le preocupan, si tú haces ésa apertura a la consulta el paciente te consulta lo que quiere, lo que le preocupa a él, y es muy importante en psicología que el paciente sea el que consulta y que es muy delicado acá porque nuestro paciente es un paciente pobre, entonces hay una distinción de clases súper importante, cuando una persona que es discriminada socialmente llega a donde están los patrones a hablar tiene que sentirse un par para poder trabajar eficientemente en su problema, y tiene que saber que tú lo vas a escuchar, es una empresa súper delicada porque muchas veces nos gusta ser nosotros los que damos la opinión, nos gusta ser nosotros también los que le vamos a dar un consejo y nos equivocamos rotundamente o sea podemos hacer daño, pero muchas veces así hay pacientes que les han dicho que lo mejor que pueden hacer es separarse y llegan acá y ven juntos a los papás, se pelean tienen problemas, todo

junto “doctora nos separamos”, pero ¿por qué están separado?, “porque no nos entendemos” pero yo los veo que se están entendiendo conversando “es que nos peleamos” quién dijo eso “el doctor dijo de que si nosotros no nos separamos esto no” y usted que estima “si igual pero también es medio complicado”, ha pasado es raro o derrepente alguien que dice o los lolos ponte tú “sabes que creo que me parece pésimo que no les des tanta libertad si es una lola grande” pero cada persona tiene su mundo ideológico coherente entonces es hasta donde puede, hay gente muy conservadora pero es hasta donde puede también, me ha pasado unas mamás súper restrictivas que la doctora la presionada para que le diera libertades a lola y la bueno es hija de una mamá restrictiva, por lo tanto tampoco ha tenido mucho repertorio y a la primera libertad se acostó con el pololo y quedó embarazada y llegó la mamá a encararla, eso es iatrogénico, si alguien te pide un consejo es su responsabilidad si te lo pide a ti tú le darás el consejo que estimes más conveniente pero tienes que establecer muy claro que es un consejo o sea pueden desecharlo, tú no eres una autoridad por ser un profesional para esas personas, tienes que mantener la ecología psicológica de tal forma que la gente no haga lo que tú quieres sino lo que ellos pueden y si sientes que hay temas que no pueden ver consultar con un psicólogo por qué están atrapados en ese cuento, para eso es súper importante ir co-construyendo.

¿Entonces a los padres les cuesta comenzar a desligarse, de salir de ese lugar de subordinado por decirlo de algún modo?

Claro que a nosotros también no nos gusta perder ese sitio superior y hasta que ellos están convencidos y están tranquilos en que estamos en un trabajo de expertos en la

técnicas, pero ellos son expertos en su vida, estás trabajando en un proceso bien complicado tanto para el terapeuta como para el paciente y hay que hacer ésa intervención con el paciente por lo menos desde mi visión y es la consigna que transmitimos nosotros habitualmente.

Cuando llegan los padres con el niño a consulta ustedes como psicólogas, o si ud. sabe de otros psicólogos, hablan específicamente del momento de la interconsulta ¿qué les pasó a ellos cuando les dijeron venga a psicología?

Yo no a menos que sea algo especial y que sea algo que les llama la atención.

¿Y ellos lo plantean?

¿Así como nunca me imagine que me mandaran?

¿O cuando se pregunta el por qué están acá?

Se hace la pregunta, yo tengo la interconsulta que dice trastornos de conducta, no la doy por hecho, pregunto ¿por qué vienen aquí? “es que el doctor me mandó” ¿por qué lo mando, cuál era su preocupación, cuál era el problema que usted le planteó?. Para ir en el co-construir y si la cosa no va por el lado de lo que está escrito le digo ¿qué piensa usted de esto del trastorno del conducta?, para saber de dónde sale “no es que yo le dije al doctor”, tú tratas de que esa información fluya lo más posible y tener claro si los nombra de la misma forma, etc. Ahora que sintió, si sintió algo, no te sabría decir alguna cuestión, depende si vienen molestos entonces trato de ver allí y trabajo en eso.

Una vez que ya se co-construye el motivo de consulta con los padres empieza a ser más significativo y yo entiendo que ya es un tratamiento con motivación con objetivos claro, ¿se puede ver una diferencia?

Si haces la intervención inicial hay paciente que son súper obedientes, pero de repente hay cosas súper técnicas no más, esos niños que son mal diagnosticados que no deben ir a escuela especial y tú lo evalúas y le haces la psicometría puedes establecer un vínculo amoroso que es necesario para que el niño pueda ser bien evaluado, para que esté cómodo y no se asuste para que eso no interfiera en los resultados, pero va a ser una intervención súper corta y eso va a terminar ahí, en otros casos cuando te vas a meter en otro tema y vas a trabajar en terapia estableces un vínculo donde vas a ir trabajando el motivo de consulta.

¿Actualmente está en boga el tema de la hiperactividad, me gustaría saber que opinión le merece a usted ese tema?

Yo creo que el diagnóstico es una opinión ideológica que censura una conducta cada vez más común en los niños que es el no tomar mucho en cuenta el mundo adulto y que tiene que ver con que los niños son menos temerosos porque son educados con mucho menos distancia que los adultos en una relación un poco más democrática y esta es una generación como de transición, los padres castigadores o de marginados del mundo adulto con los adultos no opinan, tienen mucha información entonces son niños más personitas y por lo tanto están teniendo relaciones más igualitarias, les cuesta mucho más ponerse en situaciones de jerarquía, no las entienden, y la sala de

clases es una separación de jerarquía la pedagogía tradicional de la básica y la media es muy antigua y que surge de los primeros modelos educativos de los intentos de democratizar la educación, de poner masas humanas en una sala en épocas donde podías tener una relación mas autoritaria con los niños, entonces había una autoridad delante que el grupo humano que miraba esta autoridad se quedaba callado y si no te pegó te doy un varillazo, a partir de eso han cambiado un poco los contenidos pero las relaciones siguen siendo más o menos así, a menos que en un colegio súper rico que tienen laboratorios, que tienen computadores y podemos hacer algunos talleres en general es una relación autoritaria donde hay un experto que habla y hay un grupo humano que escucha, entonces qué ha estado pasando que los niños ya no están escuchando, qué está pasando que los niños se paran de las sillas que tienen curiosidad por otras cosas y no les está dando curiosidad por lo que le plantea el mundo adulto, cómo si lo que plantea el mundo adulto sea siquiera interesante y durante toda la básica todo lo que les están planteando los adultos no tiene nada que ver con los intereses que ellos tienen, a los ocho años lo que Arturo Prat hacía no tiene ninguna relevancia, el aprender la célula en un momento en que no saben lo que es la vida porque no han visto ninguna planta, no han visto como crece, no han hecho experiencias concretas no tiene ningún sentido, entonces ponen al niño en una situación muy compleja y que requiere de un control muchas veces lo hacen los mismos padres y algunas veces lo hacen los profesores, cuando hay fracaso en ellos empiezan a establecer que el niño es el que tiene el problema porque en otras generaciones y en otros momentos cualquier niño lo lograba, el niño tiene un problema y ya no pone la misma atención.

SEGMENTACIONES

TEMA: Proceso de Derivación

I.

Código: SON

Categoría: Quejas respecto al niño

Código	Subcategoría
SONP	<i>Sintomatología observada en el niño por los padres</i>
SONC	<i>Sintomatología observada en el niño referida por un profesor</i>
SONM	<i>Sintomatología observada en el niño referida por un profesional de la Salud</i>
SONF	<i>Sintomatología observada en el niño referida por otros integrantes de la familia</i>

Código SONP	Subcategoría: Quejas respecto al niño observadas por los padres.
E 1	L.es súper tranquilo, es súper callado, es como un poco para adentro y a él le molestan los niños ruidosos, no tiene paciencia con los niños, es súper mal genio con los niños Desde siempre, de hecho a L. nunca le gustó salir a la calle siempre le ha incomodado el ruido, todo eso. antisocial, yo lo encuentro a él que es antisocial pero con sus pares con los adultos no él es como tan introvertido
E 2	que pasaba comiendo, se angustiaba y seguía comiendo, o sea igual yo en algún momento iba a pedir porque es muy reservado, muy callado, tímido, no habla con cualquier persona es muy difícil para que converse con gente que no conoce en el colegio tenía problemas porque él no usaba la pizarra, él no conversa mucho con amigos

	a él le daba miedo a pasar vergüenza, porque a él por ejemplo le pasaba algún percance y es que hay veces que se da vuelta y para donde quedó dado vuelta camina y no se mueve, o sea se esconde o simplemente no se mueve que él comía mucho, que el niño cuando pasaba una rabia o una pena se iba al tiro a comer, él podía haber almorzado y a los cinco minutos tiene hambre, que era medio imposible le decía yo qué como podía tener hambre habiendo almorzado recién porque yo le dije que sufría de muchas jaquecas y entonces como era chico no correspondía que tuviera jaquecas tan chico. cuando hay mucho calor o un poco mas tira el sol le empieza el dolor de cabeza, antes tenía con nauseas y vómitos que tenía que ir a acostarse, pasaba todo el día durmiendo lo que él no hace porque el no duerme en el día, pero son tan fuertes los dolores de cabeza llegaba al colegio y el no se acordaba de nada, o sea a la hora de tener algo en la mesa quedaba así como blanco, que de repente las profes trataban de incentivarlo, a pasar al pizarrón o le preguntaban, o sea como sacándolo con

	un tirabuzón él habla, porque tampoco no le hablaba o si decía algo le daba miedo que los demás se rieran, que si se reían uhu salía súper decaído del colegio porque le daba rabia, le daba vergüenza
E 3	mi hijo presentaba unos episodios de desmayos cada cierto tiempo derrepente que él hace muchas rabietas y de la nada así se enfurece los desmayos vienen cada vez que hay mucha gente o se pone nervioso por alguna situación se desmaya, o sea son dolores de estomago y que se empieza a poner blanco, con nauseas y ya cuando es mucho viene el desmayo. él era demasiado nervioso porque por ejemplo hay situaciones que estamos solos en la noche y que él sienta un ruido, yo le pongo que se le salen los ojos y empieza a moverlos por todos lados como demasiado nervioso le empezó a costar mucho mas y no tenía esa motivación del colegio, o sea no la tiene realmente a él no le gusta el colegio en la casa es sumamente inquieto y en el colegio igual, entonces tiene cambios así muy bruscos de repente puede estar de tranquilo, de pasivo o

	relajado a ponerse muy agresivo yo fui viendo que cada vez que él no quería ir al colegio empezaba con esos síntomas y los hacía hasta que vomitaba y quedaba como “pollo” tirado en la cama hay episodios que tiene así que está súper agresivo irritable y por todo se enoja, y hay otros que no que súper bien
E 4	C. tenía como algunos miedos, que de repente la dejaban muy angustiada por ejemplo niños de 2 años que se tiraban de un resbalín muertos de la risa para ella era una cosa que no es que le diera miedo era un pavor se descontrolaba, se ponía a transpirar, lloraba, era atroz. Todo lo que ocasionara movimiento también era una cosa que realmente la descontrolaba se sintió mareada que quiero vomitar, porque es tanto lo que se hiperventila que después realmente queda descontrolándose si uno esta estudiando con ella o esta hablándole cualquier cosa ella dice “qué” “ah”, típico,

	ahí hay como problema con sus compañeras, se lleva muy bien con los adultos, estupendo, y con los niños mas chicos también pero con sus compañeras, ella ha estado como en tres colegios, nos hemos estado cambiando de comuna y el colegio de ahora lleva ya al tercer año ya, pero en los tres colegios que ha pasado siempre ha tenido problema con sus compañeras cosas como normales de los otros niños ella no, yo la notaba como mal, que se descomponía , se ponía mal, trataba de hacer cosas y no podía
E 5	bueno el J. tenia dolores de cabeza, le costaba mucho dormirse en las noches, dolor de guatita Y ahí empezó en la noche, era en las noches, con dolores de guatita y dolores de cabeza, era de esos que le tienes que sacar las cosas con tirabuzón Muy ansioso cuando vamos a ir a alguna parte, si tú le dices por ejemplo vamos a ir al zoológico mañana en la mañana no se puede quedar dormido, o si le decimos a la tarde vamos a ir a la comida china que a él le encanta, y

	en todo el día esta en torno a que va a ir a la comida china y le dan ganas de ir al baño a cada rato pero no hace nada, le dan ganas de ir al baño y hará una gotita y listo... los ojitos se le enrojecían
E 6	L siempre a sido así, cuando estaba en kinder o en el jardín también, ahí habían más niños, pero el siempre se aislaba, siempre jugaba solo, además que es hijo único y en la casa pasa solo, porque nosotros de la reja para afuera no lo dejamos salir. O sea no tiene relación con otros amigos o con niños del sector. si nosotros cuando estábamos en el jardín lo comparábamos con un osito, a un perezoso, porque los niños se encaramaban por los juegos, que se yo, y el L, los niños iban el cuarto quinto peldaño y el L recién iba en el primero, como que siempre fue más lento para todo. además como el no es peleador, es súper tímido. no razonaba mucho y las pataletas que le dan nosotros lo hemos observado y siempre juega solo

	Yo juego con él, me pongo a su altura, jugamos, luchamos. Pero de repente se va a otro mundo él no razona, si él le quiere llamar la atención o cosas, él se pone muy agresivo, porque si uno le quiere decir algo tiene que decírselo en un tono porque sino al tiro tira el manotazo,

Código SONC	Subcategoría: Quejas respecto al niño observadas por algún miembro de la Institución educativa
E 1	para él es terrible o sea que alguien le diga que el es tonto, o que un niño lo moleste, como se molestan en el colegio, no se sobrenombres cualquier cosa para él todo lo toma así como terrible Claro me decía ella que era como demasiado alterado, se alteraba con mucha facilidad cuando los niños lo molestaban entonces claro decía agresivo en el sentido de que responde muy fuerte, brusco, una cosa así pero que acusaba a los niños
E 4	las típicas las cosas del DAT, hasta que el profesor le explique y le explique, le hace el ejercicio bien pero después pasan diez minutos y ya se

	le olvido todo.
E 6	lo que pasa es que L se aísla del resto de sus pares, como dice la profesora, L le gusta jugar solo, no se relaciona con los demás niños Pero de repente se va a otro mundo. Eso me decía la señorita que en clases el L. se iba y que tenía que chispearle los dedos

Código SONM	Subcategoría: Quejas respecto al niño observadas por algún miembro de la Institución de Salud
E 2	enviado por nefrología porque empezó con una ansiedad el grande hubiera llegado a psicología porque es súper, eh por sobrepeso por una ansiedad porque empezó, en 2 meses subió como 4 kilos o sea ella vio el sobrepeso y me preguntó
E 4	ella me dijo que era un síndrome ansioso

Código SONF	Subcategoría: Sintomatología observada en el niño referida por otros integrantes de la familia
E 1	uno de mis hermanos que vive cerca de mis tíos, de mi casa, que nos visitamos bastante, él una vez me hizo el comentario me dijo: yo siento que L. necesita ayuda, me dijo un psicólogo me dijo, por su forma de ser, porque él es como bien extremo entonces claro todos como que se asustan porque me dicen no es normal.

II.

Categoría: Motivación de consulta a Psicología

Código: MCP

Código	Subcategoría
MCPM	<i>Motivación de consulta a psicología desde el médico</i>
MCPD	<i>Motivación de consulta a psicología desde los padres</i>
MCPD	<i>Motivación de consulta a psicología desde el colegio</i>
MCPN	<i>Motivación de consulta a psicología desde el niño</i>
MCPF	<i>Motivación de consulta a psicología desde algún otro familiar</i>

Código	Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde el médico
MCPM	
E 2	Ellos están acá, bueno fueron enviados uno por nefrólogo Y hablando en los encuentros con la doctora eh quisieron traer al mayor. la nutricionista mandó al mayor a terapia familiar, y decidieron hacerlo con la doctora X

	y ella me dijo que lo remitieran para acá para psicología a ver, que hablara con psicóloga entonces justo coincidió de que empezó con la ansiedad y la doctora me lo mandó para acá. La nutricionista mandó al mayor a terapia familiar, entonces en el margen de esos exámenes la nefróloga lo mandó para acá, entonces no se alcanzo tampoco la neuróloga a decir, vamos para psicología, sino que antes de que llegáramos con exámenes y todo la nefróloga lo mandó.
E 3	Fui derivada del neurólogo y en neurología le pidieron más estudios y lo mandaron al psicólogo, Es que lo mandaron a una interconsulta, que le hicieran una evaluación para ver qué es lo que pasaba por él yo lo traje al médico por el asunto de los desmayos y ahí como lo mandaron acá
E 4	y ella me dijo que era un síndrome ansioso, algo así, y que la iba a derivar a psicología a una terapia

	y ahí entonces me aviso que lo que venía ahora era terapia psicológica y como justo tocó el cambio de doctor después de tantos años se lo vuelvo a comentar me dice “bueno alguna otra cosa”, “bueno si” le digo yo esto, “ah no” me dijo eso es mejor verlo, y justo se dieron las cosas de la psiquiatra, la psicóloga.
E 6	nosotros vivimos en Las Condes, allá hay psicólogos pero la doctora, la jefa de acá nos dijo que a ella le interesaba que lo trataran acá Bueno nosotros llegamos más que nada por el tema que le contaba de la directora del colegio y la profesora jefe, ahaaa y también la neuróloga que quería saber. yo creo que de esto la doctora, la neuróloga se dio cuenta y por eso lo derivo a la psicóloga, para que sea más abierto.

Código	Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde los padres
MCP	
E 1	escuchando reportaje en televisión y viendo un montón de cuestiones, no es sólo él uno piensa que es como que es muy alharaco yo lo tomaba por ese lado, entonces le comenté a su doctora la bronco pulmonar que lo atiende, le comenté

	yo hacía rato que me venía dando cuenta de algo de L., o sea en su forma de ser para mí no era cien por ciento no se si decirlo normal, pero yo me daba cuenta que L. tenía como problemas antes era así pero yo no lo notaba triste, ya , él era así pero nunca sentí que él no fuera feliz, me entiende,
E 3	Si yo muchas veces se lo dije, que yo encontraba que él era demasiado nervioso
E 4	siempre tenía la duda de si era de la enfermedad misma o era de otra cosa, si era de otra cosa de que lo que era, era cosa como del equilibrio, como susto pero no era a las alturas, una cosa rara así yo sigo sin entender de que cosa es y como justo tocó el cambio de doctor después de tantos años se lo vuelvo a comentar me dice “bueno alguna otra cosa”, “bueno si” le digo yo esto, “ah no” me dijo eso es mejor verlo,
E 5	la profesora nos mando a llamar y de ahí fue cuando empezamos a ver más el apoyo psicológico para ver que estaba pasando con J.

	ella en ningún momento nos dijo que fuera a un psicólogo, eso fue por iniciativa de nosotros nosotros llegamos a psicología por que yo hable con la tía L entonces la tía L yo le conté y ella me dijo que le iba a conseguir, me dio un papelito para llevarlo a psicología y ahí llegamos. Con el papá conversábamos, el trabajaba pero yo igual le decía lo que estaba pasando, y con él empezamos a ver la posibilidad de que lo viera un psicólogo, al principio si no lo veían acá igual íbamos a buscar un psicólogo particular pero que nos recomendaran,
E 6	A ver, el L se atendía con la Neuróloga y desde el año pasado que nosotros estábamos detrás de una psicóloga, había antes una señora de edad, entonces no le alcanzó a hacer una sesión al L, entonces parece que se retiro ella, entonces después lo derivaron a otra psicóloga que ella solamente le alcanzó a hacer una sola clase, una sesión y después nos cancelaron la hora y así fue pasando el tiempo, después no habían cupos

Código MCPC	Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde el colegio
E 1	entonces la profesora allí esa vez me dijo Hacia hartos meses atrás en el colegio la profesora me decía que L necesitaba terapeuta entonces la profesora allí esa vez me dijo. Después, la verdad es que yo económicamente no tenía así como para ir los psicólogos y fue pasando el tiempo yo le comenté a la doctora le dije que en realidad a mí me había dicho la profesora que necesita psicólogo si era posible No, ella me dice un terapeuta un psicólogo habría que ver, me dice, la posibilidad de consultar, porque me dice yo siento que L. necesita algo a lo mejor por el tema de la separación me dijo puede que él esté así como reaccionando así, yo hablo con la profesora y le comento el proceso que estaba pasando L. precisamente para que ella estuviera atenta a si L. sufría algún cambio, y ella siempre me decía no si pasa súper bien y cuando sucede como el cambio allí ella me dijo algo esta pasando.
E 5	la profesora nos mando a llamar y de ahí fue cuando empezamos a ver mas apoyo psicológico para ver que estaba pasando con J.

E 6	El L por lo menos en el colegio no tiene mala conducta, no es agresivo, no es peleador, no es nada, lo que pasa es que L se aísla del resto de sus pares, como dice la profesora, L le gusta jugar solo, no se relaciona con los demás niños. Entonces por ahí que se yo, querían saber y lo otro para saber el estado de madurez en el que esta el L porque nunca le han hecho un test. Bueno nosotros llegamos más que nada por el tema que le contaba de la directora del colegio y la profesora jefe

Código MCPN	Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde el niño
E 1	porque él sentía como extraño, de hecho una vez el me lo pidió llorando de que lo trajera que lo llevara a un psicólogo y ahí fue cuando yo me decidí ir a hablar con la doctora, entonces yo ahí dije bueno, bien no está.

Código MCPF	Subcategoría: Motivación de consulta a psicología desde algún otro familiar
E 1	Bueno mi hermano, uno de mis hermanos que vive cerca de mis tíos, de mi casa, que nos visitamos bastante, él una vez me hizo el comentario me dijo: yo siento que L. necesita ayuda, me dijo un psicólogo me dijo, por su forma de ser, porque él es como bien extremo para las cosas,

III.

Categoría: Conocimiento del diagnostico médico del hijo.

Código: DMH

Código DMH	Categoría: Conocimiento del diagnostico médico del hijo.
E 1	era un quiste adherido al pulmón y también tiene un tercio del lóbulo superior izquierdo inactivo prácticamente muerto le extrajeron ese quiste que era benigno gracias a Dios, de nacimiento resulto ser y pero le sacaron solamente el quiste el cirujano no quiso extraer el tercio del pulmón, porque tienen la esperanza que se ventile mejor, pero aparentemente eso no está ocurriendo.
E 2	porque ellos sufren de síndrome de Alport, Esa es una enfermedad renal. De los cuatro años se les declaró a los dos, el mayor empezó primero y de ahí con examen que le hicimos al más chico y salió que era lo mismo, aparte la enfermedad de ellos igual es grave, a ellos los deriva a insuficiencia renal crónica con el tiempo pero también les afecta otros órganos, ya por ejemplo ahora ya ellos tienen que empezar a usar audífonos.

E 4	Está aquí desde los 6 años más o menos porque ella tiene epilepsia C. tiene epilepsia desde que era guagua
E 6	Lo que pasa es que L es u niño prematuro, nació con una hemiparesia en su lado izquierdo, nosotros sabemos si desde un principio que L es más inmaduro que otros niños de su edad, entonces que es más retrasado Solamente le dijeron a mi esposa que L tenia un grado de inmadurez y que siempre iba a ser mas lento que los demás niños, eso es lo que siempre hemos escuchado de todos los doctores. Bueno a L le hicieron unos electro acá y después unos scanners, que eso dijo que el L tiene unas neuronas malas en el lado derecho que él nació, y eso dice la neuróloga que no sabe si fue en el parto o no, que no se sabia, y que por eso el L tiene ese problema en el lado izquierdo, porque nos dijo que las neuronas del lado derecho mandaban las del lado izquierdo, y que siempre tendría esa inmadurez. L también tiene una miopía y estrabismo en esa parte, desde el año seis meses.

IV.

Código: MCMCategoría Motivación de consulta al médico.

Código	Subcategoría
<i>MCMP</i>	<i>Motivación de consultar por el hijo a un médico ante la inquietud de los padres.</i>
<i>MCMF</i>	<i>Motivación de consultar por el hijo a un médico ante la inquietud de algún integrante de la familia.</i>

Código	Subcategoría: Motivación de consultar por el hijo a un médico ante la inquietud de los padres.
E 1	o esa uno escuchando reportaje en televisión y viendo un montón de cuestiones, no es solo él uno piensa que es como que es muy alaraco yo lo tomaba por ese lado, entonces le comenté a su doctora la broncopulmonar que lo atiende, le comenté ahí fue cuando yo me decidí ir a hablar con la doctora, entonces yo ahí dije bueno, bien no está
E 2	Al Parecer no hay pero se confunde con mcp
E 3	mi hijo presentaba unos episodios de desmayos cada cierto tiempo y empezaron a tratarlo en cardiología, empezaron a ver distintas especialidades para ver por qué provenían esos desmayos, hasta que llegamos a neurología el año que recién paso en el colegio le ocurrió entonces ahí yo lo traje altiro para acá y lo empezaron a mandar a distintos especialistas para ver que es lo que realmente pasaba, porque podía ser epilepsia no sabían que realmente que es lo que podía ser. porque yo lo traje al médico por el asunto de los desmayos
E 5	Bueno a J. lo trajimos para acá por que él estaba con constantes dolores de cabeza y lo trajimos al neurólogo

	Claro, primero lo llevamos a neurología por el asunto de los dolores de cabeza para ver a que se debían, por que uno igual se empieza a asustar, a mi mamá le había dado un derrame cerebral producto de un dolor de cabeza fuerte entonces tú te comienzas a asustar, entonces lo trajimos el médico lo reviso lo encontró súper bien, dijo él no tiene nada. Si, la idea de parte de mi por que como soy yo la que paso todo el día con ellos, tengo mas tiempo para observar en que horario ocurren las cosas. Bueno pero yo no iba por el hecho de que le encontraran aneurismas a mi hijo, sino que quería saber el por que de los dolores de cabeza

Código MCMF	Categoría: Motivación de consultar por el hijo a un médico ante la inquietud de algún integrante de la familia
E 5	con el asunto de los dolores de cabeza una de mis tía es como súper alharaca y claro por lo que le ocurrió a mi mamá decía que a lo mejor tenia lo mismo, que al niño hay que llevarlo para ver que sucede con los dolores de cabeza, que no puede ser,

V.

Código: APD

Categoría: Actitud en el proceso de derivación

Código	Subcategoría
<i>APDM</i>	<i>Actitud en el proceso de derivación del médico</i>
<i>APDP</i>	<i>Actitud en el proceso de derivación de los padres</i>
<i>APDN</i>	<i>Actitud en el proceso de derivación del niño</i>

Código	SubCategoría: Actitud en el proceso de derivación del médico
APDM	
E 1	entonces allí la doctora me dijo, ya vamos a derivar, ya en todo caso ella estuvo conversando con él y ahí L. igual estuvo contándole le corrieron sus lágrimas por el hecho de que los niños lo molestaban y la doctora me dijo, de verdad me dijo es mejor derivarlo a un psicólogo
E 4	yo le comentaba esto al doctor, al neurólogo y me decía: no, no te preocupes si son distintas personalidades, entonces será,

	llegamos a psiquiatría y nos atiende una doctora, no sé como se llamaba, muy agradable y muy dije, y ahí empezar a contar todo , empecé a contar un poco de la dinámica familiar, estos sustos de la C., de su epilepsia, de su DAT absolutamente de todo conversó con ella porque ella quería medicarla al tiro pero me dijo “no tu hija toma mucha cosa mejor dejémosla primero en psicología para ver cómo nos va y después cuando vuelvan para acá vemos si le damos alguna cosa para que ande más tranquila, más relajada” justo se dio la oportunidad que me escuchó esta doctora la neuróloga y me dijo inmediatamente la vamos a mandar a psiquiatría, así que desde entonces estamos viniendo para acá.

Código <i>APDP</i>	SubCategoría: <i>Actitud en el proceso de derivación de los padres</i>
E 1	La verdad es que yo sentí como un alivio, porque yo sentía que él necesitaba de ayuda que yo no se lo sabía dar, para mi el psicólogo venía después, pero cuando la doctora me plantea, no yo al tiro, fue como un alivio
E 4	No, no, no, como que era lo normal ese proceso digamos pasar de psiquiatría a psicología para supuestamente mejorar todas estas ansiedades que ella tenía volvía a psiquiatría como para continuar los controles y ver los pasos a seguir, era como los pasos cronológicos que se seguían, o sea no era una cosa especial sino que era como lo que normalmente se hacia. No tomarle el parecer no, le cuento un poco digamos lo que pienso yo que va hacer en psicología con la persona que le toque, que van a conversar de esas cosas que le dan susto y otras cosas mas, que se yo le dije mira hice tal cosa, que se yo, así que le van a dar una hora que se yo

	para psicología o psiquiatría no me acuerdo, si parece que psiquiatría le conté como una cosa hecha y después se tuvo que involucrar igual porque la tenía que traer él
E 6	los procesos que va cambiando, a él lo van derivando, incluso tenemos hora con la psiquiatra también, que está esperando que ella termine con su colega para verlo ella.

Código <i>APDN</i>	Categoría: <i>Actitud en el proceso de derivación del niño</i>
E 1	ella estuvo conversando con él y ahí L. igual estuvo contándole le corrieron sus lágrimas por el hecho de que los niños lo molestaban y la doctora me dijo, de verdad me dijo es mejor derivarlo a un psicólogo
E 4	de todo conversó con ella porque la C. estaba súper preocupada y no hablaba nada, súper tímida, y ahí entonces me aviso que lo que venía ahora era terapia psicológica en realidad ella nunca me hace ningún problema cuando le llevo a un doctor, que la llevo aquí que la llevo acá, que el electro, que el scanner, que esto, que lo otro, no nunca, se podría decir que esta como acostumbrada a ir a donde tenga que ir no mas

VI.**Código: PII****Categoría: Proceso de ingreso a la institución**

Código PII	Categoría: Proceso de ingreso a la institución
E 1	a él le descubrieron en la Clínica Salvador un quiste pulmonar a través de una neumonía que el tuvo hace un año, hace mucho tiempo. Llegamos acá y acá la primera vez que llegamos a este Hospital fue en el 2005, claro, en Agosto y a él lo ingresaron de urgencia y lo dejaron hospitalizado y asilado altiro era un quiste adherido al pulmón y también tiene un tercio del lóbulo superior izquierdo inactivo prácticamente muerto entonces de allí empezó como todo su estadía aquí en el hospital, me lo dejan hospitalizado en Agosto del 2005 Esa fue la primera vez, si yo vine por primera vez y altiro me lo dejaron hospitalizado
E 2	De los cuatro años se les declaró a los dos, el mayor empezó primero y de ahí con examen que le hicimos al más chico y salió que era lo mismo, de allí de

	los 4 años que están aquí en el hospital
E 3	yo llegué por el consultorio debido a que a mi hijo presentaba unos episodios de desmayos cada cierto tiempo y empezaron a tratarlo en cardiología, empezaron a ver distintas especialidades para ver por qué provenían esos desmayos
E 4	Está aquí desde los 6 años más o menos porque ella tiene epilepsia, entonces se atiende en neurología
E 5	Bueno a J. lo trajimos para acá por que él estaba con constantes dolores de cabeza y lo trajimos al neurólogo
E 6	L es un niño prematuro, nació con una hemiparesia en su lado izquierdo, que se yo, que en el colegio mismo lo mandaron acá y que querían saber más del L. el también acá se trata desde chico entonces, el neurólogo el doctor fue el que lo veía anteriormente y por eso mismo, los procesos que va cambiando, a él lo van derivando,

VII.

Código: APM

Categoría: Atribuciones que los padres le otorgan al saber médico

Código APM	Categoría: Atribuciones que los padres le otorgan al saber médico
E 1	Claro y que siempre L. que no quería ir al colegio porque le cargaba. Y siempre a la doctora le decía. la doctora me dijo, de verdad me dijo es mejor derivarlo a un psicólogo. yo te diría que altiro porque resulta que la doctora me dice vayan a tal parte y pido la hora y me dieron hora para la semana siguiente yo le comente a la doctora le dije que en realidad a mi me había dicho la profesora que necesitaba psicólogo si era posible
E 2	entonces yo igual tenía la intención de que, de traerlo pero es que eso tiene referirlo un médico no se puede llegar y traerlo, entonces justo coincidió de que empezó con la ansiedad y la doctora me lo mandó para acá.
E 6	No, ahora no sabemos todavía porque lo cambiamos de colegio, porque la neuróloga de aquí y la psiquiatra nos recomendó que lo cambiáramos, por que L en el colegio que estaba hasta el año pasado, ha tenido muchos percances

VIII.

Código: VPM

Categoría: Valoraciones del proceder médico

Código VPM	Categoría: Valoraciones del proceder médico
E 1	de hecho la broncopulmonar que lo atiende, se ha portado excelente con nosotros, ha estado súper pendiente porque me dice que no es común la forma en que se presentó esto en L
E 3	le preguntan qué es lo qué pasa, como le va y en neurología no, neurología va lo revisan le preguntan si le han venido los desmayos de nuevo, yo tengo que entregar el papel le dan las pastilla y eso es todos. Entonces es más como un control,
E 4	incluso cuando era más chica también le preguntaba al doctor: ¿doctor será la epilepsia o no?, no, no creo si esto debe ser porque es tímida, ya se le va a pasa” entonces siempre tuve mi duda ¿esto será lo mismo? Después llegamos a psiquiatría y nos atiende una doctora, no sé como se llamaba, muy agradable y muy dije,
E 5	yo aprendí que uno tiene que ser un poco exigente con los médicos, exigirles que por favor te hagan los exámenes, porque a simple vista las cosas no se ven,
E 6	Es que no se ahí tendríamos que ver si el médico que lo este tratando nos diga oye o nos derive a cualquiera de los médicos, ahí nosotros tomaríamos la decisión

IX.**Código: SPN****Categoría: Sentimientos de los padres frente a la problemática del hijo**

Código SPN	Categoría: Sentimientos de los padres frente a la problemática del hijo
E 1	a mí de repente me daba rabia su forma de ser, entonces claro yo no lo sabía manejar, porque yo sentía que él necesitaba de ayuda que yo no se lo sabía dar entonces a mí eso me tenía como terriblemente angustiada entonces para mí eso era angustiante a mí como que me preocupa porque él es como, tengo que estarlo como que obligando a decirme las cosas porque eso es lo que a mi me asusta de él. entonces a mi eso me preocupa de que el se vaya guardando cosas, a mi me asusta su forma de ser del L.
E 3	me pasó en un minuto que yo no le creía que yo decía lo hace de puro pesado entonces a mí eso ya me tenía, yo ya no hallaba que hacer de qué manera

	tratar de evitar esa situación, a mí me descoloca no hallo de que manera actuar con él soy yo y mi marido que con él lo comentamos derrepente los cambios que él tiene, que igual es preocupante. Pero por lo menos lo que ha bajado y que nos tranquiliza son las peleas con el otro hermano, que eso nos tranquiliza porque era una cosa ya enfermiza las peleas que tenía.
E 4	yo siempre tuve esa duda entonces siempre tuve mi duda entonces en realidad más que nada como una inquietud mía en realidad como que me interesa esa parte, o sea que ella logre tener un grupo de amigas que se sienta bien que se sienta cómoda, que se sienta querida, porque con todo su enfermedad me interesa esa parte, que sea feliz que tenga buenas relaciones con sus pares, no solamente con sus compañeros.

	antes fue como bien complicado entonces yo muy aprensiva la obligábamos a bajar o a subir porque da lata darse toda vuelta caminar no sé cuantos pasos más allá, uno siempre anda apurado o sea que esta cosa tan amarga, esta cosa de la enfermedad que yo también la sufro con mi dolor sea como una parte mas de su vida
E 5	porque cuando yo traje a J. yo estaba muy angustiada por todo el entorno que estaba viviendo
E 6	Lo que pasa es que L. exige cosas que no están a nuestro alcance, a él le gusta mucho la televisión, el hace monos, nos hace títeres, incluso yo con una caja de una lavadora yo le hice una ventana y él se mete adentro y dibuja los personajes de la televisión y después los pinta y después actúa ahí, entonces quería ir a Miami , quería ir a buscar a Don Francisco, y yo le decía pero L eso no se puede, hay que ir en avión, entonces esas cosas como que nos cuesta a nosotros yo no hallo como entenderlo a él, por eso yo quiero ayuda para que nos enseñen

TEMA: Implicación de los padres en el tratamiento psicológico de sus hijos

I.

Código: SPT

Categoría: Sentimientos que los padres tienen respecto a estar acompañando a sus hijos en un proceso psicoterapéutico.

Código SPT	Categoría: Sentimientos que los padres tienen respecto a estar acompañando a sus hijos en un proceso psicoterapéutico.
E 1	o sea ya me siento como un poco más aliviada el saber que él está en manos de alguien profesional. Bueno para mí ha sido como una ayuda bastante grande, o sea no me siento así como en el aire, de hecho me siento que estoy he más tranquila porque se que él, a lo mejor más lento en él, pero que a él le esta haciendo efecto para mí ha sido una ayuda súper grande y una tranquilidad también el

	hecho de que esté con psicólogo.
E 3	yo siento que nos ha hecho bien a todos o sea para mí igual me ha hecho bien Yo creo que nos ha unido mas, porque hay que estar, aquí venimos todas las semanas, entonces estamos en mas contacto “cómo te fue” “qué te dijeron” como que nos ha unido más eso.
E 4	o sea tratar de encontrar el equilibrio, ahí estamos, en eso estamos, pero no ha servido mucho, a mi me ha servido hartito.
E 5	me ha ayudado bastante porque cuando yo traje a J. yo estaba muy angustiada por todo el entorno que estaba viviendo, entonces es algo que me ha ayudado tanto a mi como a J.
E 6	Para nosotros a sido bueno, además que el L. se relaciono bien con ella.

II.

Código: PPI

Categoría: Participación de los padres en el proceso psicoterapéutico de sus hijos.

Código PPI	Categoría: Participación de los padres en el proceso psicoterapéutico de sus hijos.
E 1	Bueno yo le comente a ella más o menos lo que le estaba pasando a L., o sea yo le dije y ella me pregunto: ¿por qué?, y yo le dije el tiene problemas, ah y aparte eso la otra vez tuvo L. tuvo una sesión con creo que una psicóloga a través de un vidrio lo estaba mirando.
E 2	o sea por ejemplo ellos venían semana por medio, entonces la semana que no venían ellos venía yo. Claro no, un día me dijo usted puede venir y claro le dije yo y me decía quiere seguir viniendo, sigamos po', porque ahí vamos comentando o conversando también parte de mí entonces igual como que estábamos así bien comprometidos dentro de lo que pasaba, después venía a conversar a grandes rasgos durante una hora lo

	que ellos pensaban, que podíamos hacer o que pensaba yo. entonces ella me decía hagamos tal cosa en la semana y usted va viendo, ya po' y empezábamos a hacer de a poco entonces igual como estar mas metidos con ellos, más apoyo, porque igual he venido lo que más he podido
E 3	y nosotros hemos venidos todos o sea ha venido los hermanos, ha venido el papá, igual habían semanas en que yo no podía venir y que venía mi hijo, pero siempre he estado sabiendo cada ciertas semanas venía yo y me enteraba de lo que pasaba. Yo creo que trayéndolo, no faltando a las citas con psicólogo, yo creo que de esa manera lo estamos ayudando
E 4	No yo he sido súper involucrada, o sea en todo lo de ella, o sea si no la he podido traer a sido estrictamente por trabajo pero no, siempre súper preocupada en las cosas de ella

	cuando la vi se la comente a ella: “ tú nos puede citar a los dos” “si” me dijo, entonces ahí vinimos los tres y la verdad es que a mí me sirvió hartito pero yo creo que hacen falta más
E 5	En la manera de ayudarlo, a la tía le pregunto que como van las cosas, que esta pasando Después que J. entra un ratito a sesión entro yo y ahí conversamos de lo que ha ido trabajando, de lo que ha pasado de cómo lo vemos y estando a veces J. dentro de la sesión. Eso es lo que estábamos conversando la otra vez, una de las metas es básicamente manejar las emociones, y la ansiedad
E 6	Por eso cuando yo hablaba con ella le explicaba cual es el lenguaje que tiene L..

III.

Código: CPH

Categoría: Cambios que los padres perciben que han tenido sus hijos a través del proceso psicoterapéutico.

Código CPH	Categoría: Cambios que los padres perciben que han tenido sus hijos a través del proceso psicoterapéutico.
E 1	entonces ahí él me cuenta no estuvimos jugando con, no me acuerdo cómo es que se llama su compañero, son como tres niños con los que más se junta, estuvimos jugando taca-taca, entonces ya eso cuando él empezó a decir que él jugaba taca-taca para mí fue como “guau” porque él al recreo él salía se paraba y no hacia nada, ahora él me dice, no estuvimos conversando, estuvimos jugando el taca-taca, o estuvimos jugando, un amigo llevó unas cartas de esas cartas que juegan ellos, entonces yo por ese lado he notado que está un poco más sociable
E 2	ya después viniendo a terapia, como que empezó a jugar más con sus compañeros a integrarse un poquito, no como hubiese querido yo pero un poquito más, ya por lo menos conversaba, hablaba con sus compañeros

	, pero ahora se incentiva para hacer sus trabajos, lo que fuera manuales, en las manualidades no es muy bueno, pero ya ahora el mismo trata de hacerlo, lo que antes no hacía hoy día no comemos comimos, por qué no una promesa que le dijimos a la doctora, siempre se acuerdan que hoy día es tanto es la promesa. En el más chico más, porque ya noto que empieza a participar más en el colegio sobre todo empieza a participar más eh y en la casa empieza como a bajar la ansiedad. por lo menos ya no discutimos tanto porque con el grande pasaba discutiendo, pero ahora ya no se discute tanto con el grande, tampoco él como que entiende que discutiendo no consigue nada Claro ahora ya por lo menos conversa más se defiende, porque ahora por lo menos ya si se le dice algo y le contesta trata de defenderse. después de varias charlas él se inscribió en un taller de manualidades, la primera vez que hizo un trabajo salió súper contento dijo “mira lo hice yo solo”, le quedó bien bonito, lo que él no podía pegar ni un papel lustre

	porque le quedaba chueco, pero ese día él hizo su trabajo y le quedó bien bonito, y salió súper contento y dijo, me gustó, voy a seguir viniendo o sea no al cien por ciento pero por lo menos come menos y si come busca frutas, porque antes hacía lo que era pan, cosas que engordan, pero ahora no es tanto lo que está comiendo igual se mantiene, si come es porque realmente le ha dado hambre
E 3	Y la profesora me comentaba ahora cuando le entregó el informe que él había tenido ese cambio de cuando empezó el tratamiento, lo que antes no podían lograr tenerlo tranquilo un rato que se sentara derecho sino que él pasaba dado vuelta, de lado, se paraba Ha tenido varios cambios porque al principio cuando recién empezamos a venir él se relajó y empezó a estar más pasivo, porque qué es lo que pasa con el hermano del medio pelean demasiado, peleaban, ahora están como más relajados ahora último ha estado más en contacto con ellos no ha estado tanto en la casa ha salido más, lo que antes no salía porque temporada de colegio salen el puro fin de semana, en la semana no salen a jugar ni a nada solamente en la casa.

	Pero por lo menos lo que ha bajado y que nos tranquiliza son las peleas con el otro hermano, que eso nos tranquiliza porque era una cosa ya enfermiza las peleas que tenía Bastante mejor a como llegó.
E 4	todos sus síntomas siguen igual, por que como te decía hace poquito tuvimos obligatoriamente subir la escalera y fue atroz estaba descompuesta el otro día estuvo una amiguita en la casa y me encanta por que la veo tan contenta
E 5	a parte que él esta mas espontáneo para hablar, antes era de esos que le tienes que sacar las cosas con tirabuzón En cambio ahora no, es mas espontáneo para decir cuando las cosas le suceden, en el mismo colegio también, cuando han tenido problemas en el colegio, Él maneja mucho mas las emociones, antes él por todo lloraba, antes le decías algo y todo a llanto

	es capaz de contar lo que le pasa, de que hablaron, que hicieron que le gustaría hacer. la disminución del dolor de cabeza, ya no esta, se acabaron los dolores de cabeza, la emociones las maneja mucho mejor porque antes yo le decía J. se te cayo esto recógelo o por qué lo hiciste y él lloraba, ahora él trata de manejar mejor sus emociones

V.

Código: OÑT

Categoría: Opinión dada por medio de los padres acerca de lo que el hijo siente respecto al tratamiento psicológico que esta cursando.

Código OÑT	Categoría: Opinión dada por medio de los padres acerca de lo que el hijo siente respecto al tratamiento psicológico que esta cursando.
E 1	y que está él también se siente como apoyado
E 2	aquí se adaptó súper bien a la doctora X o sea a la señora X, se ganó la confianza de él porque empezó después de la segunda sesión ya conversaba con ella y después ellos mismos solos dijeron, ya vamos con tres días, vamos martes, miércoles y jueves, que la doctora les decía, encuentras tú, y ellos si y ellos mismo solos vamos con tres días el más grande es mas rezongón, ese con la comida no transa entonces de repente salían molesto

	A ellos les ha gustado, les ha gustado, incluso me preguntan cuando vamos, salen de vacaciones y en Marzo empezamos y volvemos al tiro. a ellos les gustaba venir y les gusta venir, por ejemplo me dicen, ¿nos toca psicóloga hoy día?, no vamos a tal parte, a que fome
E 3	Si, si le gusta.
E 4	Si, ella me dice “Mamá hoy voy a ver a la K, le voy a decir que me paso” ella viene bien contenta. Bien, súper bien, ni un problema, la K es súper amorosa, la C viene contenta La C acá se ha enganchado mucho con eso, viene feliz entonces y siempre sale muy contenta y viene contenta también, entonces es súper motivador traerla
E 5	Bueno y J. viene contento acá, no es que tu lo traigas obligado, no es que diga ya J. te toca con la psicóloga no que lata, él viene feliz de venir acá.

E 6	por eso le digo que con la psicóloga el encajo súper bien, porque los días que le toca venir el está ansioso, me dice tenemos que ir donde X. A nosotros nos extrañaba la situación porque siempre dice que cuando vamos a venir donde la doctora, un día llamo la doctora para ver si íbamos a ir o no y el me dijo que si, al le gusta venir

VI.

Código: EPP

Categoría: Explicaciones que los padres se realizan respecto al porque de la problemática de su hijo.

Código EPP	Categoría: Explicaciones que los padres se realizan respecto al porque de la problemática de su hijo.
E 1	yo me separé, por eso me vine, saqué a L. del colegio en el que estaba, terminó primer semestre en ese colegio lo saqué y él termino segundo básico acá, y yo pensé que el podía tener así como un cambio brusco Si después como en tercero o cuarto por ahí, como en cuarto como que empezó a crecer y empezó, o no se si empezó a absorber los problemas que él veía, no grandes problemas pero problemas al fin, entonces se empezó como a sentir culpable de que yo no pudiera trabajar, necesitaba trabajar obviamente, entonces a lo mejor ahí como que empezó a absorber problemas y a ponerse no sé po' como más para adentro era la primera vez hospitalizado y primera vez que nos separábamos los

	dos. Primera vez, o sea el L. nunca ha estado lejos de mí así tanto tiempo, nunca y entonces para él fue como súper fuerte, yo sé que o sea él se comportó así cómo no ándate tranquila mamá me decía pero después se quedó llorando, entonces igual eso a él como el sentir que va a poder, desde que me separe yo L como que hubo un tiempo en que él estuvo así como parejo, como que no expresó nada por la separación, pero yo siento que después si a él lo marcó y de ahí a lo mejor ha sido cuando empezó su, todo su proceso Entonces todo eso yo siento que a L. obvio que le ha afectado bastante, porque él era como bien apegado al papá
E 2	porque en todos lados el siempre andaba conmigo, él siempre ha sido más apegado a mí, que el niño cuando pasaba una rabia o una pena se iba altiro a comer, él podía haber almorzado y a los cinco minutos tiene hambre, que era medio imposible le decía yo ellos iban a necesitar una ayuda psicológica, porque son muchas cosas, mucho examen, eh de repente le salen mal los exámenes y la otra semana vuelvo de nuevo y no hay examen,

	los compañeros se burlan mucho de él, lo molestan mucho, que nadie sabe por qué porque el no molesta a nadie, apenas habla y los compañeros siempre lo andan molestando No sé si será algo hereditario o qué, yo probablemente sufro de ansiedad
E 3	los desmayos vienen cada vez que hay mucha gente o se pone nervioso por alguna situación se desmaya que se ponga demasiado nervioso por la situaciones y eso mismo le arroje otra situación, eso es lo que se me paso a mi por la mente el se calla no más, y él tuvo un cambio muy brusco yo lo noto que es una persona muy regalona por decirlo así, de los profesores del papá, él tenía una profesora que era muy apegado a él y él muy mimado por ella y paso que el segundo semestre la profesora lo dejo solo para que él tomará el rumbo y a él parece que eso le, no se qué pasaría en él que tuvo un cambio que bajo al punto de quedar repitiendo ese año que yo no le creía que yo decía lo hace de puro pesado porque no quiere ir

	al colegio. Eso mismo donde él se pone nervioso lo manifiesta y empiezan todas sus reacciones.
E 4	ya y partí al colegio a solucionar este embrollo y el papá también lo hizo varias veces, entonces parece que a ella le acomoda mucho esta situación, de no resolver ella el problema ahora me he dado cuenta que no que tengo que dejarla un poco más, porque ella tiene 12 años ya y tengo que empezar a dejarla sola y que ella empiece a resolver sus problemas era cosa como del equilibrio, como susto pero no era a las alturas, una cosa rara así yo sigo sin entender de que cosa es yo creo que ella estuvo tanto tiempo como metida en este cascaron de que no, mejor no la dejemos ir al cumpleaños por que le pude venir una crisis que no mejor no la mandemos al colegio por que esta media resfriada y le va subir la fiebre y le van a venir las convulsiones no, entonces ahora yo creo que todas estas cosas de las relaciones con las compañeras a mi parecer no creo que tenga que ver con la epilepsia, o a lo

	mejor por el ladito por todo lo que ha vivido pero no por que la enfermedad le produzca que no esté como amistosa, no creo que eso tenga que ver, pero si a lo mejor como secundario puede tener que ver.
E 5	esto viene de una situación familiar bien densa, mi mamá se enfermo en el 2004 le dio un derrame cerebral, mi papa falleció en el mismo período, entonces eso llevo a que yo me alejara de los niños en el período en el que yo estaba con ellos era menos, era todo el día, entonces en yo pensaba que podía ser como para llamar la atención por que coincide cuando mi mamá ya llega a la casa ahí empiezan a presentarse estos síntomas en J., porque ya no era que la iba ver al hospital sino que ya estaba en la casa, requería mucha mas atención de la que necesitaban ellos. Y ahí empezó en la noche, era en las noches, con dolores de guatita y dolores de cabeza, el hermano de J. que es autista leve que se encuentra en una disfasia pero que sigue siendo en el área del autismo. Entonces él de chiquitito acompaño siempre al hermano entonces puede ser que estas cosas ahora que esta grande ahora la esta absorbiendo más,

	yo lo veía como un modo de llamar la atención, para que yo estuviera más rato ahí en la pieza.
E 6	L es más inmaduro que otros niños de su edad, entonces que es más retrasado que siempre el L va a ser más inmaduro, por eso mismo le cuesta aprender, que se yo, como un niño normal le dijeron a mi esposa que L tenía un grado de inmadurez y que siempre iba a ser mas lento que los demás niños, eso es lo que siempre hemos escuchado de todos los doctores.

TEMA: Tratamiento psicológico.

I.-

Código: PRP

Categoría: Percepciones u opiniones que los padres tienen respecto a que es la psicología.

Código PRP	Categoría: Percepciones u opiniones que los padres tienen respecto a que es la psicología.
E 1	yo se que esto es para largo las sesiones psicológicas, el tratamiento no dudaría en llevarlo a un psicólogo si fuese necesario. No me trauma que él este con psicólogo (risas) o sea encuentro lo más normal en estos tiempos como están las cosas.
E 2	o sea igual yo tengo, tenía más o menos como conciencia de que la ansiedad se trata con psicología, por programas que he visto en la tele y que he leído, que la ansiedad es una enfermedad, que la psicólogas conversan con la gente igual que como lo mismo con las depresiones No yo si, yo entendía, yo se igual que las psicólogas son una gran ayuda,

	dependiendo de las circunstancias porque igual hay gente que todavía piensa que un psicólogo y un psiquiatra son para locos, entonces los que o han estado en control no saben que ayudan y no es necesariamente para locos sino también para conversar problemas y después ir solucionando
E 3	Para mí no es psicología, no es algo nuevo ni que me llame la atención, ni que me asuste porque yo he estado en tratamiento psicológico, entonces para mí es una ayuda mas Pero no es algo que “ah! va ir al psicólogo” no, no nos llama mayor la atención, nos han llamado a mi marido, a los hermanos bienvenidos. Yo pienso que a todos los niños les hace bien, lo que pasa es que está mal catalogado porque todos creen que porque van al psicólogo están locos, porque es un mito que la gente hace porque toda persona ajena que no ha ido nunca al psicólogo lo trata así, pero yo encuentro que hace súper bien. Es que la psicología aquí es como que están mas con él, conversan, le preguntan qué es lo que pasa, como le va
	le cuento un poco digamos lo que pienso yo que va hacer en psicología con

E 4	la persona que le toque, que van a conversar de esas cosas que le dan susto y otras cosas mas, yo creo que son cosas para largo, de largo tiempo, se que es para largo.
E 5	tenia dolores de cabeza, le costaba mucho dormirse en las noches, dolor de guatita, eran como todas cosa psicológicas psicomáticas Yo creo que es ayudar al paciente en las etapas que esta pasando, a lograr comprender las cosas que le suceden que se me imagina que eso es más largo,
E 6	Como todos dicen que es bueno, que de repente a un niño lo tome una psicóloga entonces yo creo que es bueno, uno se explaya un poco.

II.-

Código: PPT

Categoría: Motivos por los cuales los padres perciben la necesidad de tratamiento psicológico.

Código PPT	Categoría: Motivos por los cuales los padres perciben la necesidad de tratamiento psicológico.
E 1	Si, si la verdad es que yo hacía rato que me venía dando cuenta de algo de L., o sea en su forma de ser para mí no era cien por ciento no se si decirlo normal, pero yo me daba cuenta que L. tenía como problemas porque yo sentía que él necesitaba de ayuda que yo no se lo sabía dar, Claro, yo sabía que él necesitaba me entiendes, pero para mí eso era como si, claro, lo otro era más importante para mí, igual yo sentía que él necesitaba
E 2	por una ansiedad porque empezó, en 2 meses subió como 4 kilos yo en algún momento iba a pedir porque es muy reservado, muy callado, tímido, no habla con cualquier persona

	cuando era más chico jugaba, de todo pero ya después cuando empezó como desde primero o segundo básico una cosa así, cuando empezó a tener conciencia bien de las amistades, de que tenía que tener amigos o tenía que tener ciertas responsabilidades empezó así, igual que como lo mismo con las depresiones, entonces yo igual tenía la intención de que, de traerlo En todo caso igual hartas ganas tenía de que viniera, o sea igual yo iba a buscar alguien que lo viera porque a mí parecer y son tantos años aquí, que el más chico, o sea entre los dos han sufrido mucho entre exámenes, hospitalización, a mi parecer yo pensaba que en algún momento ellos iban a necesitar una ayuda psicológica
E 3	entonces yo igual sentía que el M lo necesitaba por sus actitudes Puede ser algo psicológico que el se este causando Es que no pensamos que lo iban a mandar al psicólogo. Realmente no, porque yo lo traje al médico por el asunto de los desmayos y ahí como lo mandaron acá yo lo comenté en la casa, y bueno si lo

	mandaron es por algo y si le hace bien, bien que vaya
E 4	Lo que pasa es que mi duda era si eso era asociado a algún temor así como a algo emocional o algo derivado de su misma epilepsia cuando era más chica también le preguntaba al doctor: ¿doctor será la epilepsia o no?, no, no creo si esto debe ser porque es tímida, ya se le va a pasa” entonces siempre tuve mi duda ¿esto será lo mismo? también yo la notaba porque yo soy psicopedagoga, entonces como que algo me he dado cuenta era más que nada esos sustos que tenía ella por que siempre tenía la duda de si era de la enfermedad misma o era de otra cosa, si era de otra cosa de que lo que era,
E 5	tenía dolores de cabeza, le costaba mucho dormirse en las noches, dolor de guatita, eran como todas cosa psicológicas psicomáticas, igual preocupados nosotros decidimos traerlo para acá a psicología. la profesora nos mando a llamar y de ahí fue cuando empezamos a ver más el apoyo psicológico para ver que estaba pasando con J.

	con él empezamos a ver la posibilidad de que lo viera un psicólogo, al principio si no lo veían acá igual íbamos a buscar un psicólogo particular pero que nos recomendaran Entonces como te contaba yo le daba agüitas con unas supuestas gotitas pero no tenía nada y a él se le pasaba y habían otras veces que no se le pasaba, entonces ahí recurriamos a paracetamol, entonces habían casos que sabíamos que era para llamar la atención pero habían casos que no era para llamar la atención, entonces ahí pucha que pasa.
E 6	desde el año pasado que nosotros estábamos detrás de una psicóloga, L siempre a sido así, cuando estaba en kinder o en el jardín también, ahí habían más niños, pero el siempre se aislaba, siempre jugaba solo Si, porque me preocupa, porque nosotros lo hemos observado y siempre juega solo

III.-

Código: CHT

Categoría: Conversaciones sostenidas entre padres e hijos respecto al tratamiento psicológico.

Código CHT	Categoría: Conversaciones sostenidas entre padres e hijos respecto al tratamiento psicológico.
E 1	No, la verdad es que a L. yo le pregunto, igual yo me doy cuenta de que él no me dice todo, yo le pregunto ¿de qué conversaron hoy día?, no me dice, bueno de lo de siempre me pregunta que he hecho, me pregunta, yo le digo ¿te pregunta el papá?, que a él no le gusta mucho hablar de su papá, eh bueno si a veces me dice o no no me pregunto, por ejemplo me dice, no hoy día no me pregunto, ¿y de mí qué te pregunta? Eh no lo de siempre, que qué hacemos, pero así como cosas libres, no me da muy completo

E 2	a los niños igual traté de explicarles o sea como se podía, si yo les decía no más que ellos venían acá a conversar porque siempre preguntan, a qué vamos, donde voy, que nos toca hoy día, que vamos a hacer hoy día, a que vamos, y yo les decía que ellos venían a conversar, que les iban a hacer unas preguntas y que iban a conversar si tenían algún problema, si tenían alguna duda, por si pasaba algo si de repente me contaban que conversaban o que pensaban de repente, cuando de repente ellos decían, estamos pelando o hablaban de las doctoras, que cual era la mas simpática. O sea igual algo salían conversando Ellos eran los más entusiasmados porque estaban, me preguntan nos toca este miércoles control con la psicóloga o cuando faltaban y pero por qué no vamos, no es que ella tiene un problema entonces no se puede pero cuándo vamos, que vamos otra vez. le quedó bien también decía , tenía razón la doctora, de a poquito voy aprendiendo, si le dije yo, si de apoco nadie lo apura

E 3	le pregunto yo y me dice “me fue bien”, ¿pero que hicieron? “jugamos” me dice pero no me comenta cosas con mayor detalle, se reserva mucho las cosas. porque un día yo le dije que por qué no me contaba “que para qué me va a contar a mi si le cuenta a la psicóloga” esa fue la respuesta de él, “yo prefiero contarle a ella que contarte a ti” me dice
E 4	Si, ella me dice “Mamá hoy voy a ver a la K, le voy a decir que me paso” me dice: tengo que contar hartas cosas a la K ¿le puedo contar? Cosa tuya le digo yo, si le cuentas, a si que no o sea siempre le pregunto como te fue que hiciste, y me dice: “no mamá hoy día no te puedo contar lo que hice con la tía” y perfecto, después me dice te voy a contar un poquito o sea una cosa de muy complicidad de ella, como una cosa muy rica, no como “no, no te puedo contar” una cosa como rica la que están viviendo pero eran como de ella y yo no me podía meter, no se si las habrá hecho o no, pero no la K. me tiene un cuaderno, la K. me unos stickers, unas cartas,

	hablamos cosas, eso siempre me ha dicho, pero también deja su espacio, respetando obviamente su espacio, si tu me quieres contar me cuentas si no me quieres contar no me cuentas, pero siempre le estoy preguntando, que como se sintió que como le fue. sea no estoy así como ahí metida encima, pero tampoco puedo ser tan avasalladora de meterme en esta cosa que también para la C es como una cosa mas privada, entonces cuando ella me quiere contar yo le preguntó igual pero si ella no me quiere contar “ya ok no me cuenta”, pero yo creo que lo normal no mas.
E 5	Si, le pregunto, las veces que yo no paso a hablar con la tía le digo oye J. que hiciste hoy día, hablaron, J. cuéntame. Hay veces que me cuenta, hablamos de esto, Entonces fue difícil al principio conversar con J. y decirle que muchas veces los dolores de cabeza eran por cansancio, porque él había tenido muchas actividades en el día entonces por eso estaba con los dolores de cabeza y si dormía tal vez el dolor iba a pasar, entonces al principio fue muy difícil manejar

	Yo le digo que va a retomar psicología pero con otra tía y en otro lugar por que allá ya había tenido la experiencia de estar con una psicóloga, entonces él me pregunta a que hora y que cómo se llama la tía, entonces cómo que la primera vez ya venia preparado. Si, entonces yo le comento que ella le va a preguntar que por que viene, que por los dolores de guatita y por todo lo que te está pasando y que quiere ver lo que a ti te pasa.
E 6	No, no me dice nada, yo le pregunto L. que conversaste con X, que viste con X.

IV.-

Código: CPT

Categoría: Conversaciones sostenidas entre los padres y el psicólogo dentro del tratamiento psicológico.

Código CPT	Categoría: Conversaciones sostenidas entre los padres y el psicólogo dentro del tratamiento psicológico.
E 1	Una vez me llamo para pedirme como más datos generales respecto a la familia, antecedentes familiares, y también a hablar un poco del papá y bueno obviamente la primera entrevista para saber de que se trataba con él L., y nada más. O sea eso es lo que he conversado con ella. Bueno igual ella me pregunta eh, porque L. su preocupación es si lo tienen que volver a operar y eso, el otro día me preguntó si era necesario operarlo de nuevo, pero cosas así.
E 2	aparte de las sesión de ellos, ellas conversaban conmigo sola, entonces hablábamos de qué se podía hacer, cómo se podía ayudar, qué podíamos conversar, cómo se podía ver en torno la familia y yo les contaba lo que habían hecho, lo que había pasado, como le había ido

	en médico, entonces igual era como buena preocupación, la doctora me decía que estaba súper desmotivado con el colegio, no quería saber nada del colegio
E 3	A la otra sesión cuando venimos de nuevo la psicóloga me comenta lo que están haciendo pero también así a grandes rasgos
E 4	estuvimos un día, una mañana hablando un montón de rato, estuvimos los dos con mi marido y después nos hemos estado turnado, una vez uno, una vez otro que viene con ella. Entonces hemos conversado hartito, no solamente de esta cosa con la que entro, el cuento de los sustos, sino que un montón de otras cosas que van saliendo Entonces yo conversaba la otra vez con la psicóloga que y la C Si, y también de pareja, esa cosa como de no ponerse de acuerdo en el fondo en los límites en las reglas y converse con la K que teníamos que conversar con mi marido por que no estamos como al igual o sea uno por un lado

	Bueno con la psicóloga conversamos una vez solas todo el rato y otra vez también hartó rato los tres digamos él papá, ella y yo cuando la vi se la comente a ella: “tú nos puede citar a los dos” “sí” me dijo, entonces ahí vinimos los tres y la verdad es que a mí me sirvió hartó pero yo creo que hacen falta más
E 5	a la tía le pregunto que como van las cosas, que esta pasando de hecho me ha ayudado bastante Después que J. entra un ratito a sesión entro yo y ahí conversamos de lo que ha ido trabajando, de lo que ha pasado de cómo lo vemos y estando a veces J. dentro de la sesión. Eso es lo que estábamos conversando la otra vez, una de las metas es básicamente manejar las emociones, y la ansiedad
E 6	Claro eso es lo que nosotros en un principio le dijimos a ella que nosotros queríamos saber como manejarlo Por eso cuando yo hablaba con ella le explicaba cual es el lenguaje que tiene L..

V.-

Código: APP

Categoría: Atribuciones que los padres le otorgan a lo que indica el psicólogo.

Código APP	Categoría: Atribuciones que los padres le otorgan a lo que indica el Psicólogo.
E 1	entonces claro lo que me dice ahora la psicóloga, me dijo que en realidad el tiene como un cuento con él papá que no ha logrado aclarar. pero para él el hecho de que so le diga ya una psicóloga, es otra cosa, me entiendes, Bueno para mí ha sido como una ayuda bastante grande, o sea no me siento así como en el aire,
E 2	la doctora X lo fue empujando, pa' que diciéndole que él podía hacer las cosas, o sea que él era inteligente y podía lograrlo, que él no tuviera miedo más que nada porque él podía y de a poco ha podido, la doctora X logró tirarlo para arriba o sea que empezará a quitársele de a poco esa timidez que tiene

	ciertos días sí y por lo menos lo cumplió se acordaban y ah verdad que le dijimos a la doctora que hoy día no podemos, hoy día no comemos comimos, por si pasaba algo y no me querían contar a mí y querían hablar con ella ahí conversaban Y yo llame un día por teléfono a la doctora G, por que ya no sabia que hacer porque él lloraba mucho por todo, en el colegio tenía que ir a buscarlo, el mismo incentivo, o sea porque la doctora le decía que él podía hacer otras cosas, que él era inteligente, que lo que se proponía lo podía hacer, que le iba a costar a lo mejor pero lo iba a hacer
E 3	porque a uno a veces los hijos le dicen “no nada” y pasa pero con la psicóloga yo me he dado cuenta que él se abre más, le cuenta más cosas.
E 4	lo que pasa es que ahora la psicóloga está tratando de encajar las piezas que faltaban.

	y yo pensé que a lo mejor podían ser las pastillas, y le pregunte a la psicóloga entonces la psicóloga nos ha dicho que nosotros tenemos que dejarla un poco Y la C se me hace la guagua y me dice: mamá no me digas eso porque la psicóloga me dijo que no nosotros también de repente claro conversamos, claro, recuerda que la K dijo tal cosa te acuerdas o no, si claro, entonces no hagamos otra cosa. porque la psicóloga me dice que puede ser también lo cual incluso su mismo DAT por los remedios que toma, su trastorno de aprendizaje también puede ser derivado de lo mismo
E 5	porque de repente tú buscas muchas alternativas pero no sabes si son las correctas o no, entonces a veces igual te sirve que otra persona externa a la casa te vaya diciendo como lo que tienes que hacer o si lo que estas haciendo esta bien o lo estoy haciendo mal

	súper bueno que J. viniera a psicólogo por el hecho también de que a lo mejor con nosotros no era capaz de contar ciertas cosas pero acá si, entonces la tía me hizo darme cuenta que tenia que decir lo que me pasaba,
E 6	entonces a lo mejor con la ayuda de la psicóloga posiblemente con la forma de conversar puede hablar de algo que tenga oculto con ella. yo he hecho todo lo posible por sacarlo porque la doctora nos decía acuéstenlo en la cama de él, duerman con el un rato y después se van

VI.-**Código: EPT****Categoría: Expectativas que los padres tienen respecto al tratamiento en psicología.**

Código EPT	Categoría: Expectativas que los padres tienen respecto al tratamiento en psicología
E 1	para ver de que forma yo tengo que manejarlo o si yo tengo que hacer no se po', cambiar mi forma de ser, ser como más abierta con él o ser menos exigente
E 2	igual le queda o sea yo creo que le falta algo todavía porque si a él le da miedo pasar vergüenza vamos a ver qué va a hacer cuando lo molesten, total porque es gordito y lo molestan porque es gordito entonces ese viene ahora. con la que está terminando el proceso es llegar a explicarles bien la enfermedad de ellos, ellos saben que son enfermos del riñón y nada más, no saben las complicaciones que pueden venir, no saben el cuidado

	realmente el cuidado que tienen que hacerse ellos porque por ellos jugaban a la pelota, el más grande quiere que le busquemos una escuela de fútbol, que puedan hacer ejercicio pero ellos no pueden hacer eso, a ellos no se les permite ninguna actividad física fuerte , o si juegan por mucho rato tampoco, no puede jugar a la pelota, entonces ellos no entienden, sobre todo el mayor, la idea es llegar al punto que se le explique bien
E 4	y que en el fondo como para empezar a aprender a lidiar con estos sustos que a lo mejor no se le iban a quitar nunca pero cómo enfrentarlo en la mejor manera que no la invalidaran su vida diaria enfrentar eh la relación con sus pares, ahí hay como problema con sus compañeras, se lleva muy bien con los adultos, estupendo, y con los niños mas chicos también pero con sus compañeras, ella ha estado como en tres colegios, nos hemos estado cambiando de comuna y el colegio de ahora lleva ya al tercer año ya, pero en los tres colegios que ha pasado siempre ha tenido problema con sus compañeras entonces yo quiero que ella se sienta bien, que se sienta feliz, mas que se suba o que me baje una escalera, por que yo creo que a muchos adultos le pasa y tienen que asumirlo no más por que bueno es parte de la vida, pero me interesa esa parte, que sea feliz que tenga buenas relaciones con sus

	pares, no solamente con sus compañeros o sea igual quiero que la pase bien y que no tenga ese susto, por que yo le digo en el día de mañana C. en dos tres años mas tú vas a querer salir con tus compañeras, vas a querer ir al cine, y hoy en todas partes hay escaleras mecánicas, ese tipo cosas como para el diario vivir yo quiero que lo solucione ojalá que solucione estos sustos, pero mas me interesa es la parte mas emocional, la relación con los pares, lo único que quiero que este feliz, que confié en si misma, que se crea el cuento, que ella puede, que es ella es linda, que tiene un montón de cualidades, que la gente la va a querer por esas cualidades y que los defectos que tiene son iguales o no iguales pero que todas la gente los tenemos y vivimos con eso Yo creo que ella, que aprenda como a trabajar estos sustos que tiene, a lo mejor no se le van a quitar pero si a enfrentarlos de otra manera y si que pueda crear mejor relaciones interpersonales con sus pares, y con sus hermanos también

E 5	le va quedando es manejar mucho más las emociones, que se me imagina que eso es más largo, y la ansiedad porque J. es muy ansioso. que aprendiera a manejar la ansiedad que tiene.
E 6	es el manejo que nosotros no sabemos como manejarlo un poco, porque el L poco nos obedece a nosotros, o sea no razona, o sea si usted le dice no, no sabe que lo que es no es no Si, porque de los nueve años que tiene L jamás hemos sabido sus etapas y que tipo de madurez tiene, nosotros queríamos saber como manejarlo entonces eso es lo que quiero saber como manejar a L. como ayudarlo en las tareas, trabajar con él, que se yo. Ayudarlo en el sentido que de repente nosotros no lo entendemos mucho por eso yo quiero ayuda para que nos enseñen o nos orienten en esas cosas o hacerlo razonar

	por que L. de repente esta viendo algo y de repente se va, como que su cabeza se esta imaginado algo, y eso también a nosotros nos gustaría saber que pasa dentro de su cabecita. yo creo que en la forma de cómo poderlo manejar, porque él no razona, Bueno yo creo que cuando ella termine con L. nosotros tendremos la oportunidad de tener una conversación con ella, para que ella nos explique como relacionarse, porque L. tiene mucha fantasía mucha imaginación

VII.-

Código: IAT

Categoría: Impedimentos que los padres tienen respecto a asistir a terapia.

Código IAT	Categoría: Impedimentos que los padres tienen respecto a asistir a terapia.
E 2	como hacerlo porque aparte yo me aproblemaba la parte del colegio, yo tenía que venir todas las semanas y al final termine viniendo semana por medio para no faltar tanto,
E 3	las pocas veces que he venido porque otras veces ha venido mi hija mayor con él porque yo estaba trabajando
E 4	Al principio fue complicado porque había que sacarla del colegio, perdía clases después traerla, tuvo que faltar a pruebas pero gracias a Dios que nunca nos pusieron problemas con la C. que tenia que volver al colegio corriendo, comerse algo en la micro, que se yo, para alcanzar a volver a clases, para no perder las pruebas, por que al otro día tenia que dar las pruebas atrasadas O sea al principio ella empezó a venir con el papá, yo estaba trabajando y

	no podía venir a sesiones con ella, después la K empezó a ver los horarios para que yo pudiera venir, si no la he podido traer a sido estrictamente por trabajo

TEMA: La Familia y el niño

I.

Código: PF

Categoría: Preocupación que la familia manifiesta respecto a la problemática del niño.

Código PF	Categoría: Preocupación que la familia manifiesta respecto a la problemática del niño.
E 1	Bueno mi hermano, uno de mis hermanos que vive cerca de mis tíos, de mi casa, que nos visitamos bastante, él una vez me hizo el comentario me dijo: yo siento que L. necesita ayuda, me dijo un psicólogo me dijo, por su forma de ser, porque él es como bien extremo para las cosas
E 2	ellos siempre me preguntan cómo te fue hoy día, como les fue en el control, preguntan qué paso, ellos les cuentan los tratos y todo pero en general mis papás igual y mi hermano trata de que, cuidado con lo que estas comiendo o cómo vas a comer otra vez, y mi mamá compró hasta una pesa para que se

E 3	y después cuando yo lo empecé a traer al médico mi marido me decía “viste, era verdad lo que le pasaba y tú no le creías que yo pensé chuta a lo mejor porque a mi marido le dio ataque cuando le dieron las pastillas porque no quería que tomara Yo le comenté a mi marido inmediatamente cuando yo entregué la interconsulta acá para que lo llamaran y el me dijo “bueno si lo mandaron es por algo y hay que llevarlo”, mis otros hijos preguntaron por qué el M tanto remedio, incluso mi marido es reacio a venir al médico con los niños él un día le habló y me dijo que si era por ayudar al M el también tenía que poner de su parte y venir y no le gusta, igual viene y se preocupa pero no le gusta mucho, pero cuando le conversamos que él tenía que venir para ver que estaba pasando porque ella necesitaba saber de todo lo que pasaba con M él vino y no puso ningún problema.
E 4	pero el si se metió en mucho de defenderla también, varias veces como cuando se le acuso también andaba metido en eso,

E 5	Con el papá conversábamos, el trabajaba pero yo igual le decía lo que estaba pasando. vivimos con mi mamá dos tías y una prima, mas el hermano de J., el papá, J. y yo, entonces es complicado por que todos se quieren meter un poquito, con el asunto de los dolores de cabeza una de mis tía es como súper alharaca y claro por lo que le ocurrió a mi mamá decía que a lo mejor tenia lo mismo, que al niño hay que llevarlo para ver que sucede con los dolores de cabeza,

II.

Código: DFÑ

Categoría: Dificultades presentadas al interior de la familia por la sintomatología del niño.

Código DFÑ	Categoría: Dificultades presentadas al interior de la familia por la sintomatología del niño.
E 2	porque es como la abuela consentida entonces nos ha costado de repente con mi mami, incluso pelean con mis papás porque no le gusta comer salmón, los tomates entonces, cosas así vegetarianas
E 3	Lo digo yo y mi marido también me “catetea” cuando a veces no lo llevo al médico porque a veces, qué es lo que hacía él “me dolía la guata” “me dolía la cabeza” para no ir al colegio, entonces yo a veces las primeras veces yo lo dejaba y mi marido me decía “ya no lo mandes si le duele la guata después vas a tener que ir a buscarlo”
E 4	porque da lata darse toda vuelta caminar no sé cuantos pasos más allá, uno siempre anda apurado

	En relación a los miedos si, cuando salíamos y la cuestión de la escalera siempre la pelea, pelea entre el papá y yo por que yo decía no la obligues a bajar, no que tiene que bajar que, es una tontera, que se le va a quitar o sea bajaba llorado, atroz, entonces se produce una pelea No que la C. esta grande, tiene que hacer esto, la tratas como guagua, que tienes que tratarla como grande, que no le hagas esto, que lo haga sola, entonces ahí las discusiones de ponernos de acuerdo en ese tipo si. , C. con su papá, por que ella se pone muy puntudita con él, y como él es muy mal genio comienza ahí una lucha de poderes, entonces yo también salía al baile por que en el fondo decía que yo la defendía y que por eso se sentía con ese derecho a ser insolente y cosas que en realidad se le pasaba la mano.
E 5	vivimos con mi mamá dos tías y una prima, mas el hermano de J., el papá, J. y yo, entonces es complicado por que todos se quieren meter un poquito, con el asunto de los dolores de cabeza

III.

Código: ISP

Categoría: Intervenciones realizadas para solucionar el problema.

Código ISP	Categoría: Intervenciones realizadas para solucionar el problema.
E 1	Entonces yo le digo si tú sabes conversar con ellos o si te molestan no importa, tu hazte el loco, ignóralos o llévate el tema a otro lado, si vale la pena le digo yo a lo mejor el niño lo hace para llamar la atención también
E 3	Decidí yo cambiarlo de colegio pensando que podía haberle pasado algo en el colegio y él no quería contar
E 4	y yo le digo pero C mírate al espejo, si eres preciosa, no que aquí que allá con las escaleras nosotros erróneamente en el fondo la obligábamos a bajar o a subir y yo por que yo decía no la obligues a bajar, no que tiene que bajar que, es una tontera,
E 5	era curioso porque yo le daba un vasito con agua lo cual supuestamente

	tenía unas gotitas, pero era solo agua y a él se le pasaba a veces, no siempre. yo le ponía papitas en la frente, a veces entonces ya optaba por preguntarle una vez y si quería me contaba y si no bueno lo dejaba pasar Entonces como te contaba yo le daba agüitas con unas supuestas gotitas pero no tenía nada y a él se le pasaba y habían otras veces que no se le pasaba, entonces ahí recurriamos a paracetamol
E 6	ahora no sabemos todavía porque lo cambiamos de colegio, entonces quería ir a Miami, quería ir a buscar a Don Francisco, y yo le decía pero L eso no se puede, hay que ir en avión. Al final yo le digo ya L. yo voy a llamar para que vengan, para que se quede tranquilo. duerman con el un rato y después se van, pero que, nosotros no alcanzábamos a dormir en la cama una hora y llegaba allá. pero tratamos de hacerlo por todos los medios, yo le decía cuando me

	enojaba con él, quiero dormir con la mamá, porque este es el lugar de la mamá, entonces a tú cama, pero después volvía a la pieza.

TEMA: El proceso de derivación mirado desde los profesionales

I.-

Código: LDH

Categoría: Lugares desde donde proviene la derivación hacia la Unidad de Psicología del Hospital Luis Calvo Mackenna

Código LDH	Categoría: Lugares desde donde proviene la derivación hacia la Unidad de Psicología del Hospital Luis Calvo Mackenna
E1	Acá de Neurología o de Psiquiatría y después de los otros servicios del hospital, de Genética nos derivan hartas evaluaciones, de Ginecología, de Cardiología, hay hartos servicios que nos derivan pero de todas maneras el mayor volumen de derivaciones que tenemos tiene que ver con neurología y psiquiatría. el mayor número de derivaciones proviene de neurología lo que hacen estos consultorios o estos COSAM nos derivan algunos casos, nos derivan para atención porque nosotros somos parte de otro escalón de atención y por lo mismo todos los servicios del hospital que están con

	niños que están tratados por otras patologías nos derivan. Acá en el hospital no , no se realizan demandas espontáneas
E2	atiendo paciente derivados de distintas partes principalmente de neurología y psiquiatría que es el derivador oficial por decirlo así nos derivan principalmente de neurología y psiquiatría porque casi todas las derivaciones vienen hacia el servicio y por lo tanto lo ven primero ellos y derivan hacia psicología el gran volumen es derivado desde neurología y psiquiatría, un pequeño porcentaje del hospital y un pequeñísimo porcentaje desde los consultorios o cosas del colegio. por lo tanto hay una derivación desde los consultorios y para ello se crearon puntos de derivación, servicios a los que se derivaba, nosotros en psicología no nos pusimos como punto de derivación porque la derivación desde el consultorio era menos letrada, menos técnica entonces decidimos que no fuéramos punto de tal forma que no nos llegaran directamente a psicología y por lo tanto no tenemos horas nuevas que los consultorios toman

II.-**Código: DND****Categoría: Persona que distingue de la necesidad de derivación a psicología.**

Código DND	Categoría: Persona que distingue de la necesidad de derivación a psicología.
E1	Un médico generalmente o algún otro profesional del equipo de salud detecta alguna problemática ya sea en el niño o la familia que este afectando al niño y hace una interconsulta mencionando cuales son aquellos problemas o síntomas que le llamen la atención y lo deriva a psicología para que sea evaluado. el ojo que esta motivado primariamente para dar la atención es externo a la familia o sea es un médico que observa algo y en base a la observación realiza una consulta eso son las derivaciones, el médico necesita que evalúe otro profesional a su paciente, que es lo que pasa con todas las interconsultas lo que envía el médico es una observación, una queja, un problema

	el doctor le dice, lo voy a mandar a psicología por qué se esta comiendo las uñas, no se, lo voy a mandar a psicología por que este niño esta portándose mal, una cosa así. No se si se habrá establecido una comunicación de tal manera que se le haya podido informar a los papás por qué surge esta derivación. si se les avisa se les informa los vamos a enviar a psicología por esta razón, ahora no se si los pacientes tendrán la opción de decir no estoy de acuerdo, estoy de acuerdo o para qué Un médico generalmente o algún otro profesional del equipo de salud detecta alguna problemática ya sea en el niño o la familia que este afectando al niño y hace una interconsulta mencionando cuales son aquellos problemas o síntomas que le llamen la atención y lo deriva a psicología para que sea evaluado. Aquí desde el médico o de otro profesional.
E2	por lo tanto lo ven primero ellos y derivan hacia psicología, pero en algunos casos ellos miran la interconsulta y la derivan sin haber analizado el caso

	nos derivan principalmente de neurología y psiquiatría porque casi todas las derivaciones vienen hacia el servicio y por lo tanto lo ven primero ellos y derivan hacia psicología el médico va y hace una interconsulta por trastorno de conducta o disfunción familiar y tú lo recibes en general los neurólogos nos derivan mas e intervienen menos y lo psiquiatras derivan menos y resuelven mas el neurólogo en ese sentido nos manda todo, entonces nosotros vamos resolviendo, ellos piden muchas evaluaciones y muchas veces nos piden evaluaciones que no corresponden

III.-

Código: OPD

Categoría: Opinión del psicólogo respecto al proceso de derivación.

Código OPD	Categoría: Opinión del psicólogo respecto al proceso de derivación
E1	No la tienen muy clara, no la tienen para nada clara, yo creo que ellos lo hacen hasta el momento guiándose por el sentido común en torno a que patología las consideran mas graves y cuales más tratadas por psicólogos Entonces tendría que haber una visión del médico que deriva a psicología y si la familia lo considerase necesario tendría que haber primero un dialogo con el doctor para que llegara a psicología o a psiquiatría Yo considero que habría que capacitar o educar al derivante, hay muchas de las derivaciones que responden muchas veces a conductas naturales del niño correspondiente a su etapa del desarrollo hay muchas cosas que son esperables de un niño a determinada edad y que responden a su estadio de desarrollo más que a un trastorno y eso claro genera preocupación en los padres por que los derivan a psicólogo pensando que esto es anormal y es totalmente normal, ahí entonces es

	pérdida de recurso porque tienes una hora de más, yo creo que se podría capacitar más al derivante no se cómo se podría arreglar, yo siento que capacitando a los derivantes comienzo si se producía este diálogo entre el médico y la familia, y a pesar de que nosotros como sistema de atención público y pediátrico se tiene muy en cuenta la familia y se esta muy presente en todas las acciones que se realizan con el niño, yo siento que esa comunicación es la que esta fallando y ni siquiera fallando es la que falta, ni siquiera que se haga mal sino que no se hace todavía estamos en una forma de relación medico- paciente, tomando en cuenta que el paciente incluye a la familia, súper autoritaria y paternalista de una manera tal que se le indica a la familia lo que tiene que hacer con su hijo sin preguntarle, sin generar un diálogo entre ambos actores en beneficio del otro El trabajo en psicología es distinto porque nosotros no podemos trabajar desde la orden, nosotros tenemos que trabajar desde el consentimiento innato de la preocupación y de la motivación genuina y natural del otro. Yo no puedo ponerle al otro lo que le esta pasando, tengo que partir siempre

	desde la motivación del otro en base a su vida y a su propia existencia
E2	me di cuenta que las derivaciones no eran técnicas, o sea no tenía ninguna garantía de que la opinión por la cual había llegado acá era, tenía que ver algo con lo que se trabajaba, más aún, los nombres no correspondían a las categorías a usar si es que lo han derivado porque la estructura de relación que existe dentro del aparato de salud es un estructura autoritaria, hay un experto que le dice al inexperto lo que debe hacer hay algunos médicos también déspotas, pero hay una relación bastante autoritaria “se me va para la evaluación” “me hace esto” y el paciente no es infrecuente que venga sin saber muy bien porque lo mandaron. porque el derivador no es un experto y eso es inevitable no es un experto en la materia por lo tanto te lo deriva para que tú veas hay mucha derivación por opiniones del observador, que es obvio, y lo que sucede es que ese derivador a pesar de que se hacen mucho esfuerzos no tiene categorías diagnosticas uniforme, y algunos no tienen categorías, a pesar de que les encantan las categorías diagnósticas no es su campo

	entonces te mandan a los niños con una opinión de ellos es un tema re importante porque tú estas diciendo cómo se gestan las consultas, esta es la opinión del médico o la opinión del médico con la opinión del paciente y dije no necesariamente es así, o sea te piden por lo que están observando dos personas que son expertas en lo que está pasando pero no expertas en nominarlo, hoy en día la tendencia es que el médico sabe y deriva, y mantiene una relación más bien de experto, yo te diría que aquí en general hay un buen trato, no hay una cosa déspota no lo conocemos, no se ve mucho, hay algunos médicos también déspotas, pero hay una relación bastante autoritaria también porque hay veces que no corresponde y establecemos con el paciente un vínculo nuevo único donde co-construimos su motivo de consulta el derivador no es un experto y eso es inevitable

IV.-

Código: APD**Categoría: Acciones que se realizan en psicología con la familia derivada**

Código	Categoría: Acciones que se realizan en psicología con la familia derivada
APD	derivada
E1	a todos los pacientes derivados se les cita entonces ahí lo que nosotros trabajamos principalmente es tratar de dar respuesta a la derivación pero también ver que requieren los papás ver el motivo de consulta del sistema consultante, y de ahí vemos si eso es trabajable o no Sin embargo si los papás si generan un motivo de consulta se sigue trabajando en la problemática en la que ellos se ven motivados si el médico necesita una evaluación ya nosotros lo hacemos y se la devolvemos la información que requiere, pero pensando en psicoterapia para un niño y su familia es necesario que de ellos surja la motivación de esa consulta. muchas veces el motivo de consulta es muy parecido o coincide con la

	derivación, pero otras veces la derivación requiere un tipo de respuesta y la familia otro tipo de respuesta, entonces ahí se trabaja tratando de dar respuesta a esta derivación, a esa interconsulta que puede ser una evaluación y por otro lado al motivo de consulta de la familia
E2	yo tengo la interconsulta que dice trastornos de conducta, no la doy por hecho, pregunto ¿por qué vienen aquí? “es que el doctor me mandó” ¿por qué lo mando, cuál era su preocupación, cuál era el problema que usted le planteó? para ir en el co-construir

V.-

Código: LPD

Categoría: Lugares que ocupan los padres en el proceso de derivación.

Código LPD	Categoría: Lugares que ocupan los padres en el proceso de derivación
E1	también son poli consultantes o sea que no vienen sólo a psicología, que están viniendo a otro servicio también del hospital entonces cuando lo mandan para acá es como parte del mismo trámite que hacen como cuando lo mandan a sacar un examen o cuando lo mandan a otro derivante, entonces vienen y acá empiezan a ver si eso les serviría en algo o no. Entonces como son poli consultantes la mayoría de ellos son bien obedientes, los van a mandar donde le digan y van a empezar a hacer muchas cosas que les diga el médico. Pero así el número de familias o mamás que llegan con conocimiento cabal de por qué están aquí es súper reducido, no es la mayoría. si se les avisa se les informa los vamos a enviar a psicología por esta razón, ahora no se si los pacientes tendrán la opción de decir no estoy de acuerdo, estoy de acuerdo o para qué

	La mayoría son mamás, mamá con su hijo, algunos no saben por qué vienen, o sea algunos dicen, el doctor me mando aquí en el papelito sale, pero no lo tienen muy claro pero hay una mayoría importante que si se maneja al menos alguna idea de por qué los mandaron para acá, puede ser que los manden por un trastorno de conducta o un trastorno ansioso, llegan que porque el niño se porta mal o porque en el colegio dijeron, o sea al menos una idea de la queja del derivante.
E2	muchas veces porque la estructura es jerárquica el padre obedece porque teme que su indisciplina le cueste otros controles o que lo vayan a retar si es que fue cuando vaya a hablar con ese mismo médico hay algunos médicos también déspotas, pero hay una relación bastante autoritaria “se me va para la evaluación” “me hace esto” y el paciente no es infrecuente que venga sin saber muy bien porque lo mandaron. el médico va y hace una interconsulta por trastorno de conducta o disfunción familiar y tú lo recibes y el paciente esta como callado y no te contesta las preguntas, pero está porque le dijeron que viniera mi experiencia es que hay que preguntarle, ayudarlo, porque no te lo va a decir porque le teme a las estructuras autoritarias

VI-**Código: CPD**

Categoría: Consecuencias acaecidas por el cambio de postura de los padres frente a la derivación.

Código CPD	Categoría: Consecuencias acaecidas por el cambio de postura de los padres frente a la derivación.
E1	también puede suceder que los padres tengan el mismo nivel de angustia pero que se pongan en una posición súper activa entonces requieran, exijan, pidan, cosa que molesta mucho a los médicos pero todo lo que suceda entre los actores va a repercutir de alguna manera en el niño siempre.
E2	hay unos padres que progresivamente, hay más padres que preguntan, pero también no es infrecuente de qué el hecho de que ellos pregunten se constituye un problema para el médico, los encuentran pacientes difíciles a los pacientes que preguntan, con una tendencia a que eso ocurra menos o sea que expliquen

VII-**Código: DNP****Categoría: Decisión respecto a la necesidad de tratamiento psicólogo.**

Código DNP	Categoría: Decisión respecto a la necesidad de tratamiento psicólogo
E1	que además de eso hay algunos conflictos y observamos que los papás no se muestran motivados a trabajar eso no surge como una problemática en la familia, entonces nosotros nos remitimos a realizar la psicometría, devolver el informe a neurología y dejarlo hasta ahí O sea a todos los pacientes derivados se les cita y de ahí se evalúa si es que se genera un motivo de consulta desde esa entrevista o no. siempre para generar una terapia se trabaja en el motivo de consulta aunque vinieran espontáneamente y no derivado cuando tú empiezas a elaborar un motivo de consulta a construir un motivo de consulta empiezas a desglosar esa queja y hacerla modificable, o sea cuando el niño se porta así, qué hace usted cuando el niño se porta así, qué pasa en la familia entonces por qué el niño se porta así, entonces empiezas a generar hipótesis de por qué podría esta ocurriendo eso y como podríamos

	solucionarlo, esa construcción del problema en el fondo en un motivo de consulta trabajable no puedo ponerle al otro lo que le esta pasando, tengo que partir siempre desde la motivación del otro en base a su vida y a su propia existencia, sus propios problemas y si no, no hay nada, aunque yo este mirando millones de cosas no hay nada si el otro no las ve uno también genera motivo de consulta con el niño y uno trata de trabajar el motivo de consulta que el niño tiene construyes con la familia un motivo de consulta que sea trabajable y que ambos en este caso el sistema o la familia ese preocupado o este de acuerdo con ese motivo de consulta y desde ahí te planteas los objetivos a trabajar, entonces una familia que todo le hace sentido, que tiene un motivo de consulta no sólo una queja sino que tiene un motivo de consulta trabajable obviamente que va a ser una familia que se va a comprometer de manera distinta con el tratamiento y que va a seguir una línea de trabajo que va a ser más provechosa para el niño. si el médico necesita una evaluación ya nosotros lo hacemos y se la devolvemos la información que requiere, pero pensando en psicoterapia

	para un niño y su familia es necesario que de ellos surja la motivación de esa consulta.
E2	también porque hay veces que no corresponde y establecemos con el paciente un vínculo nuevo único donde co-construimos su motivo de consulta, es decir no es sólo una derivación mecánica, yo quiero que lo evalúen háganle eso, yo quiero que hagan terapia háganle eso, porque el derivador no es un experto y eso es inevitable entonces la política nuestra es co-crear el motivo de consulta es decir volver con el paciente a preguntarnos si ellos consultarían por ese motivo de consulta, si les hace sentido ese problema, si es un problema para ellos es muy importante en psicología que el paciente sea el que consulta tienes que mantener la ecología psicológica de tal forma que la gente no haga lo que tú quieres sino lo que ellos pueden y si sientes que hay temas que no pueden ver consultar con un psicólogo por qué están atrapados en ese cuento, para eso es súper importante ir co-construyendo.

VIII-**Código: MPP****Categoría: Motivación de los padres por iniciar un tratamiento en psicología.**

Código MPP	Categoría: Motivación de los padres por iniciar un tratamiento en psicología.
E1	Cuando ven a los niños que están mal, en el sentido de que lo ven sufriendo o ven que no se adaptan en el colegio o que tienen problemas de rendimiento escolar, o generalmente cuando ven a un niño o a su hijo que lo esta pasando mal. generalmente tiene que ver cuando sienten que pierden el control en el manejo del niño, cuando sienten que no pueden controlarlo ya sea por la conducta, se les escapa de las manos, el niño no les hace caso o en caso de que sea un niño con bajón o depresión y que no saben qué hacer para ayudarlo. Los padres en general solicitan ayuda externa cuando sienten que ellos ya no pueden manejar la situación que en la mayoría de los casos ya han hecho intentos y muchos para tratar de manejar la situación o el problema y cuando sienten que ya no pueden es cuando generan la consulta.

	Claro, como te digo muchos parten motivados del inicio por que sienten que esto es lo que necesitaban y se van motivando más si van viendo cambios que para ellos son relevantes, pero depende mucho como vaya a ser abordado el proceso terapéutico

IX-

Código: MPP

Categoría: Sentimientos que emergen en los padres ante la problemática de su hijo.

Código MPP	Categoría: Sentimientos que emergen en los padres ante la problemática de su hijo.
E1	todo lo que tiene que ver con la frustración y con la incompetencia paterna que genera que un hijo esta mal o que se esta comportando mal y los padres no son capaz de manejar la situación, las madres generalmente sienten esa omnipotencia de que ellas debieran poder manejar todo en relación a sus hijos y cuando no es así obviamente que genera cosas desagradables y frustraciones importantes en el rol. Las madres están a cargo de los niños desde muy chiquititos y sienten que son capaces de controlar o manejar todas las dificultades, si tú te das cuenta en la mente de la madre esta que si el niño le duele algo la madre le da un besito y se le quita el dolor, si tiene hambre la madre sabe como quitarle el hambre, si tiene sueño la madre sabe como quitarle el sueño, la madre sabe resolver todos los problemas, la madre puede hacerlo y cuando ya no puede hacerlo, cuando a pesar de todos sus esfuerzos siguen sucediendo cosas,

	que el niño que esta mal ahí obviamente surge una frustración y una impotencia. se percibe la misma frustración de los padres frente a lo que a él le está pasando. hay algunos que no entienden mucho y desertan igual y no vienen más y nunca se comprometieron, por otro lado están los padres que al inicio hay un compromiso y una confianza de que esto le va a ayudar al niño y por lo tanto con ellos se puede trabajar mas fluidamente, ahora cuando los papás van viendo que existen cambios importantes y que se van cumpliendo ciertos objetivos, participan mucho más y están mucho mas comprometidos y tú puedes contar con ellos de una manera mucho mas crítica.

X-

Código: ONA

Categoría: Opinión de los psicólogos sobre el niño y la sociedad en la actualidad

Código ONA	Categoría: Opinión de los psicólogos sobre el niño y la sociedad en la actualidad
E1	creo que estamos en un momento histórico en que los niños y tenemos que reconocerlo de una vez por todas no pueden someterse a los cánones de disciplina que teníamos hace 20 o 30 años atrás, tienen otras necesidades y otras formas de interactuar con el medio, y eso los hace a nuestros ojos ser más hiperactivos o los hace tener menos atención o atención flotante, porque en el fondo lo que evalúa eso es el sistema de educación. En la educación se dice este niño no es capaz de aprender porque esta distráctil, sin embargo si sería capaz de atender con otro sistema de educación en todos los cambios importantes de la sociedad y cuando empieza a hacerse una mayoría hay que detenerse a ver que es lo que esta fallando, porque el sobre diagnóstico de déficit atencional es una información importante y relevante. Que los distráctil sea una mayoría ¿qué nos esta diciendo eso?

	el problemas surge cuando en el colegio empieza a haber problemas, antes no ha surgido, entonces cuando en el colegio comienzan a decir que este niño no hace las tareas, no aprende, se da vuelta, conversa mucho, se para y empiezan a haber quejas desde el colegio sobre el funcionamiento del niño surge el problema y por qué surge ahí, también hay que pararse a ver eso.
E2	los niños son menos temerosos porque son educados con mucho menos distancia que los adultos en una relación un poco más democrática y esta es una generación como de transición, los padres castigadores o de marginados del mundo adulto con los adultos no opina tienen mucha información entonces son niños mas personitas y por lo tanto están teniendo relaciones mas igualitarias, les cuesta mucho mas ponerse en situaciones de jerarquía, no las entienden pero las relaciones siguen siendo más o menos así a menos que en un colegio súper rico que tienen laboratorios que tienen computadores y podemos hacer algunos talleres en general es una relación autoritaria donde hay un experto que habla y hay un grupo humano que escucha, entonces qué ha estado pasando que los niños ya no están escuchando, qué está pasando que los niños se paran de las sillas que tienen curiosidad por otras cosas y no les esta dando curiosidad por lo que le plantea el mundo adulto,

	cómo si lo que plantea el mundo adulto sea siquiera interesante y durante toda la básica todo lo que les están planteando los adultos no tiene nada que ver con los intereses que ellos tienen, a los ocho años lo que Arturo Prat hacía no tiene ninguna relevancia entonces ponen al niño en una situación muy compleja y que requiere de un control muchas veces lo hacen los mismos padres y algunas veces lo hacen los profesores, cuando hay fracaso en ellos empiezan a establecer que el niño es el que tiene el problema porque en otras generaciones y en otros momentos cualquier niño lo lograba, el niño tiene un problema y ya no pone la misma atención.

