



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Psicología

TESIS

“DE LA QUEJA A LA DEMANDA EN EL ESPACIO PSICOTERAPÉUTICO
CON NIÑOS.

ESTUDIO EXPLORATORIO DE CASOS ATENDIDOS EN EL CENTRO
DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD ACADEMIA
HUMANISMO CRISTIANO”

Profesor Guía	Daniella Mirone
Metodólogo	Francisco Kamann
Profesor Informante	Carolina Bienzobas
Estudiantes	Claudia Madrid A. Isabel Ulloa N.

Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología

Santiago, Noviembre del 2009

Dedicada a nuestras “personas especiales”

Isabel y Claudia

Resumen

El eje principal de la presente investigación es el espacio psicoterapéutico con niños y cómo se caracteriza el paso de la queja a la demanda de psicoterapia. Es la queja familiar lo que se escucha al solicitar un proceso psicoterapéutico, un malestar que se personifica en los hijos y que los convierte en el paciente que debe mejorar. De esta manera, se recolectó información del trabajo psicoterapéutico realizado en el área de psicología clínica infanto juvenil en el Centro de Atención Psicológica y se analiza con la finalidad de interiorizarse en las características que dichos procesos presentan en cuanto a las quejas y demandas manifestadas.

Palabras claves: malestar, familia, psicoterapia, queja, demanda

Abstract

The main focus of this research is the area of psychotherapy with children and what characterizes the passage of the complaint to the demand for psychotherapy. It is the familiar complaint that is heard when applying for a process of psychotherapy, a malaise that is personified in the children and that becomes the patient to improve. In this way, information was collected from psychotherapeutic work done in the area of children psychology at Centro de Atención Psicológica and analyzed in order to internalize at the characteristics that these processes occur in regard to the complaints and demands expressed.

Keywords: Sickness, Family, Psychotherapy, Claim, Demand

INDICE GENERAL

1	INTRODUCCIÓN	7
1.1	ANTECEDENTES	8
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3	APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	19
2	OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	21
2.1	OBJETIVO GENERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	MARCO TEÓRICO	22
3.1	MALESTAR EN LA CULTURA	23
3.2	LA FAMILIA	29
3.2.1	CONCEPTO DE FAMILIA	35
3.3	PSICOTERAPIA	45
3.3.1	PSICOTERAPIA CON NIÑOS	48
3.4	QUEJA - DEMANDA	57
4	MARCO METODOLÓGICO	65
4.1	ENFOQUE METODOLÓGICO	65
4.2	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	66
4.3	DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR	67
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	71
4.5	PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	73
5	RESULTADOS Y ANALISIS	80
6	CONCLUSIONES	94
6.1	CONCLUSIONES	94
6.2	PREGUNTAS FINALES Y SUGERENCIAS	108
7	BIBLIOGRAFÍA	112

8	ANEXOS	115
8.1	CARTA DE SOLICITUD	115
8.2	FICHAS DE PACIENTES CAPS	117
8.3	MATRIZ DE ANÁLISIS	175

1 **INTRODUCCIÓN**

El presente documento da cuenta de la investigación que surge desde las inquietudes y preguntas que se originan durante el transcurso de nuestra experiencia como estudiantes en práctica en el área Infanto Juvenil del Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano (CAPs).

En el quehacer de nuestro trabajo en este espacio, hemos recibido a niños en compañía de sus padres que solicitan un espacio psicoterapéutico comunicando motivos de consulta diversos. En el motivo de consulta inicial reconocemos una queja, concepto que se entiende como una expresión de dolor, sufrir, soportar un mal, disconformidad o descontento. Es así como padres e hijos llegan siendo portadores de una queja, que principalmente pertenece a los padres y no a los niños, "...no hay en el niño una demanda articulada, hay algo en su hacer que causa a los padres. Son estos quienes son puestos en falta por aquello que *le pasa al niño...*" (Ferrari, 2001:1).

Logramos escuchar que esta queja no se relacionaba del todo con las problemáticas que aparecían en el discurso de lo padres y de los hijos. Con el correr del desarrollo del proceso psicoterapéutico quedaron en evidencia otras dificultades que repercutían en el comportamiento del niño. No todos lo padres e hijos que llegaron a solicitar un espacio

psicoterapéutico consiguieron verbalizar la real demanda por dicho espacio.

Lo anteriormente expuesto nos permite interrogarnos sobre ¿qué está implicado en la construcción de una demanda por el espacio psicoterapéutico? más allá de la queja relacionada con el síntoma del niño, que motivan que los padres concurren al Centro de Atención Psicológica.

Desde esta primera interrogante, la presente investigación pretende describir las características de los procesos psicoterapéuticos en que se observa un paso de la queja inicial a una demanda del espacio psicoterapéutico.

1.1 ANTECEDENTES

Nuestro proceso de práctica se desarrolló en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, que se enmarca dentro de una institución universitaria y por tanto, con fines académicos. Se constituye así como un espacio que brinda a los estudiantes egresados la oportunidad de formación y estudios prácticos en el área clínica de interés, a través de grupos de estudios y supervisión.

Dentro de este marco, el proceso de práctica se realiza en un tiempo definido debiendo cumplir con horas en las áreas clínicas, comunitarias y psicodiagnósticas. Es así como el funcionamiento de esta institución se basa en la recepción de pacientes a través de una primera entrevista, y derivados posteriormente a las distintas supervisiones de acuerdo a las características de los casos.

Particularmente, nuestro proceso de práctica se realizó en la supervisión del área de clínica infanto juvenil, la cual se basa en una mirada psicoanalítica.

Desde nuestra experiencia bajo esta supervisión y a través de los procesos psicoterapéuticos realizados a niños y niñas entre 6 y 10 años, las consultas son originadas básicamente desde dos espacios: el familiar y el escolar. La mayor parte son recomendadas desde el espacio escolar, dónde se reconoce en los niños problemas de conducta tales como hiperactividad, déficit atencional, problemas de aprendizaje, violencia con los pares/profesores, entre otros. Desde el ámbito familiar, lo que se escucha es que los hijos no obedecen o que son distraídos, no ayudan en la casa, su forma de ser ha cambiado o que están tristes. Frente a estos comportamientos de los hijos, tanto en el hogar como en el colegio, lo que los padres solicitan implícita o explícitamente es un “cambio de comportamiento”, una solución al problema.

Nos parece pertinente considerar la indagación respecto a las representaciones que se manejan dentro de la familia respecto a lo que significa para ellos ser hijo(a), ser niño, que debe hacer un padre, una madre. Al poner atención a estas significaciones manejadas en el interior de ellas, aparecen nuevas interrogantes a considerar, ¿Cuáles son las exigencias actuales de la sociedad que están influyendo en las expectativas a cumplir en las funciones de los padres e hijos y por tanto en las familias?, ¿cómo estas exigencias están repercutiendo en la relación entre padres e hijos?. Estas preguntas proponen por un lado una escucha del discurso familiar particular de cada caso, así como también situarnos en el discurso social que sostiene las ideas que podamos encontrar dentro de la familia.

Lo anterior nos sugiere profundizar en el conocimiento del discurso social actual que sustenta la construcción del significado de lo que es “ser padre, hijo y familia”, y así inferir cómo estos significados o ideales sociales influyen en la reproducción de un malestar dentro de la familia.

En el espacio psicoterapéutico del CAPs, se apuesta a que los niños sean capaces de desplegar su subjetividad y que los padres por otra parte, participen de este proceso conociendo sus problemáticas y resignificándolas. De esta manera se permitirá el paso de una queja inicial asociada al motivo de consulta a una demanda, donde se articula la necesidad del espacio psicoterapéutico involucrando las verdaderas

problemáticas. Es en este espacio, y al realizar un trabajo cruzado por una mirada psicoanalítica, lo que nos posibilitó una escucha particular, que permite ir más allá del motivo de consulta inicial e indagar en aquellos aspectos que subyacen y que determinan la estructura familiar.

Por otra parte, si consideramos aquel lugar que ocupa dentro del entramado social la figura del psicólogo y que el espacio psicoterapéutico se configura como aquel lugar de saber, en donde se acude para “sanar” o “curar” de aquellos males que aquejan; se concibe pertinente preguntarnos en el desarrollo de la presente tesis por nuestro propio quehacer y por las implicancias que esto conlleva.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Centro de Atención Psicológica es un espacio que se dedica principalmente a la realización de procesos psicoterapéuticos, donde el quehacer del área Infanto Juvenil está delimitada bajo los principios del Psicoanálisis. Wolberg define la psicoterapia como “la forma de tratamiento de los problemas de naturaleza emocional, mediante la cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, mediar en las perturbaciones de conducta y provocar un desarrollo positivo de la personalidad” (Aberastury, 1972).

Observamos que casi la totalidad de las problemáticas con que llegan a consultar los padres e hijos, son de índole relacional, dejándose ver especialmente a través de los hijos. Son los niños quienes llegan como principal sujeto poseedor de una problemática y de síntomas que estarían desbordando el espacio familiar. Es aquí, donde el espacio psicoterapéutico con niños se convierte en un lugar de acogida, escucha, contención; lugar donde el principal sujeto de escucha es el niño. “El niño le dará a leer en el despliegue discursivo que es lo que le pasa. Dirá de su sufrimiento en su inhibición, su angustia y su síntoma. Lo dirá como pueda, con los elementos que tiene a mano: de pronto lo dirá a través de un juego, o con sus dibujos, o con sus relatos” (Calcagnini, 2000: 2).

En los procesos psicoterapéuticos en los que participamos observamos que los padres llegaban con sus hijos siendo portadores de síntomas que generan una queja asociada a un malestar que se observa tanto en el colegio como en el hogar. Durante el desarrollo del trabajo psicoterapéutico esta queja inicial se diluía frente a las expresiones de molestia que se escucharon en el discurso familiar, tanto de los padres como de los hijos. Y en la mayoría de los casos las quejas de los padres y de los hijos no coinciden ni tienen correspondencia. Las problemáticas que se empiezan a develar en su despliegue discursivo comienzan a generar una demanda de espacio psicoterapéutico distinto del que motiva una consulta inicial.

El discurso familiar está sostenido a la vez por el discurso social que rige actualmente. Entendiendo como discurso a una forma comunicativa que se da en la cultura, una representación mental. Entonces, estos discursos se encuentran estrechamente ligados y cruzados a través de la interacción de las personas en la sociedad creando representaciones en relación a las exigencias sociales implícitas y explícitas en el discurso social de cómo ser “buenos padres” y qué se espera de los hijos, están implicados en la aparición de síntomas en los niños al no poder alcanzarlas y que conjuntamente provocan problemas en la relación intrafamiliar: padres que no saben qué hacer con sus hijos, hijos sobre exigidos en sus resultados académicos, aislamiento de los hijos, peleas, etc., comportamientos que no son esperados en el

desarrollo de los hijos lo cual moviliza a los padres a demandar una psicoterapia buscando las respuestas para sus “hijos problema”. Por lo tanto, muchas de las problemáticas surgen de exigencias sociales que actualmente se relacionan con el éxito y que en ocasiones, parecen lejanas a la experiencia real de cada núcleo familiar.

Es en esta realidad, del total de casos atendidos en el proceso de práctica en el Centro de Atención Psicológica, casi la totalidad corresponde a derivaciones dónde las instituciones escolares tienen incidencia en cuanto a recomendar a los padres el apoyo terapéutico para problemáticas que se despliegan tanto en el espacio escolar como familiar.

Se hace pertinente, precisar que los niños en edades de 6 a 10 años, se encuentran en un proceso de transición desde el ambiente del hogar (endogámico) al escolar (exogámico). Lo que implica el desenvolverse en ámbitos inexplorados sin la protección conocida de los padres, encontrándose con otros con los cuales comienza el recorrido de un largo camino de incorporación a una sociedad que les es ajena, la cuál le comienza a demandar responsabilidad y obligaciones que hasta el momento no eran parte de su diario vivir. Entonces, la institución de la familia se constituye como el eje principal para la presente investigación y la escuela como eje secundario al que se puede referir, dado que corresponde a parte importante del espacio donde se relaciona el niño.

En relación a la institución de la Familia, la posición del niño ha variado a través de la historia y con ello el ideal de familia. La consideración de “ser niño” está relacionada a una construcción cultural que ha cambiado en las distintas épocas, a través del lenguaje y no solamente está determinada por características propias a una etapa del desarrollo humano.

Philippe Ariès (1960), presta atención a la representación social de la niñez, es decir, el lugar que ocupó esta etapa en el imaginario colectivo de la sociedad occidental, desde el siglo XI hasta el XVIII. En la edad media, la infancia constituía un pasaje a la adultez y socialmente no constituía un lugar de importancia. La primera infancia era rápidamente olvidada al llegar a la adultez y existía un distanciamiento de lo emocional frente a una alta mortandad infantil. “La gente no podía apegarse demasiado a lo que se consideraba como un eventual desecho.”(Ariès, 1960:5). No consideraban a los niños como personas con potencialidades. Los niños en la primera infancia, entendiéndose que se extendía hasta los siete años, no eran mayormente considerados y luego, cuando eran independientes de sus nodrizas, se mezclaban con el mundo adulto, donde entraban violentamente a compartir con ellos, sus amigos y costumbres. En esta realidad, la familia aparecía como un espacio donde existía la preocupación por el cuidado y la necesidad de los niños, pero no se exigía socialmente a los padres el afecto hacia ellos. Los padres tenían como función la transmisión de la vida, los bienes y el apellido.

En el comienzo de la edad moderna se instala el interés por la educación, considerando que los niños no estaban preparados para la vida adulta, por lo cual necesariamente deben ser educados para ella. Este interés provocará cambios sociales: en la representación de la niñez, de los padres, y en la familia misma. Aparece la afectividad hacia los hijos, y se agrega a las funciones familiares, además de aquéllas relacionadas a la de conservación de la vida, la función moral y espiritual. Los padres tienen interés en la educación de sus hijos lo que además promueve el desarrollo escolar. Con este hecho los niños ya no forman parte del mundo adulto, sino que se les confiere un nuevo espacio, un nuevo lugar dentro de las representaciones de la sociedad. En cuanto a la familia, “corresponde a una necesidad de intimidad y también de identidad, pues los miembros de la familia se reúnen por sus sentimientos, sus costumbres y el tipo de vida, y se oponen a las promiscuidades impuestas por la antigua sociabilidad” (Ariès, 1960:22). Esta pedagogización de los niños establece la infantilización de este grupo de la sociedad. Este sujeto-niño debe incorporarse al sistema escolar para obedecer y educarse, pasando a depender de la protección de los padres, y poniéndolos en un lugar subordinación frente a los adultos y a la vez de inspiración de amor y cuidado hacia ellos, ubicando a la institución escolar en un eje central. Es desde aquí que nace en la modernidad la relación de la infancia con la escolaridad.

Es en esta aspiración a insertarse bajo las normas y en congruencia con el discurso social predominante, dónde la familia y en especial los padres buscan respuestas frente a las problemáticas que sacuden a sus hijos. Los padres llegan con una queja como expresión de dolor, de molestia, de sufrimiento familiar; puesto que si el hijo(a) que traen a consulta no ha estado cumpliendo con los cánones esperados de comportamiento por ellos o por el sistema educativo, significa que alguien esta fallando y la situación debe ser remediada.

Se escucha frecuentemente una queja frente a una situación que es intolerable para la familia, aunque ellos no esperen producir efectos que permitan resolver la situación, sino que perpetúan el malestar fijado en algún punto de goce. Frente a esto se debe producir un movimiento que permita dirigir la queja para que produzca consecuencias. Este movimiento es el que convoca a nuestro quehacer, el quehacer del psicólogo. Y es esta labor la que caracteriza al espacio psicoterapéutico: no busca la modificación de las conductas, pues no constituye un espacio de aprendizaje, sino más bien de escucha que provoque estos movimientos.

Al comenzar un proceso psicoterapéutico, padres e hijos presentan la intención de separarse del síntoma, por lo cual el espacio psicoterapéutico posibilita la escucha de la queja que traen, instalando la posibilidad de cuestionarse frente a ella. A través del preguntarse, se

logrará puntualizar un síntoma; formalizar una demanda, que a la vez permita desprenderse de la queja sintomática.

De este modo entramos en el campo del trabajo analítico, cuya puerta de entrada está dada por el cumplimiento de uno de los objetivos de las entrevistas preliminares: Realizar el pasaje de la actitud pasiva del consultante (que está sostenida en la queja) a la búsqueda activa por parte del analizante de las causas de su padecer neurótico.

Para ello se requiere por parte del analista sostener la escucha, el tiempo que haga falta, y sostenerla desde el silencio inaugural del psicoanálisis. Silencio que crea la posibilidad de la asociación libre, permitiendo la apertura del inconsciente, de este modo el síntoma vuelve a su lugar y cesa de alimentar la queja del sujeto. (Gonzalez, 2002: 3)

Dado lo anteriormente expuesto, nos preguntamos:

¿Cómo se caracteriza el paso desde una queja inicial a una demanda de proceso psicoterapéutico en los padres e hijos que llegan a consultar al Centro de Atención Psicológica?

1.3 APORTES Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a que la cantidad de pacientes de esta área que llegan al Centro de Atención Psicológica es considerable, surge la posibilidad de investigar y ampliar sobre las razones que mueven a los padres, a optar por un espacio psicoterapéutico para sus hijos.

Las problemáticas que acompañan las consultas de niños entre seis y diez años se hacen presentes en el discurso de cada padre y madre que buscan ayuda para el “problema” de ese niño, que generalmente soportan una carga familiar. De acá nos surge la pregunta de ¿dónde se originan las problemáticas en los niños?, si es en ellos o en la frustración de los padres, suscitadas del dar cuenta de las expectativas sociales sostenidas en el discurso social actual y finalmente, que permite que salga a luz una demanda intencionada y relacionada con el real problema que ocasiona que los hijos aparezcan como síntoma. Desde aquí nace la necesidad de trabajar no sólo con los niños sino con los padres y la familia. Así lo señala Mannoni (1965) quién afirma que ante un niño perturbado se observa que a través de sus síntomas él encarna y hace presente las consecuencias de conflictos familiares y/o parentales, lo cual es aceptado por los padres.

A partir de la relevancia de este estudio, consideramos que el aporte práctico podemos aspirar es a entregar resultados que permita a los futuros estudiantes en práctica del Centro de Atención Psicológica tener herramientas para escuchar más allá de la queja inicial de los padres frente a sus hijos en el espacio terapéutico de práctica del área infanto juvenil y de esta forma enriquecer su experiencia en este espacio académico.

Un aporte a la psicología clínica es conocer desde la práctica cual es la relación entre las exigencias discursivas sociales hacia los padres e hijos con las dificultades y problemáticas infantiles de la primera etapa escolar a las que se ve enfrentado el psicólogo en la actualidad y que posición ética tendrá frente a estas exigencias.

A nivel teórico el aporte está relacionado con la posibilidad de profundización de conceptos que permiten realizar una lectura en las problemáticas en niños de la primera etapa escolar, conceptos teóricos que muchas veces al no ser contrastados con la práctica son difíciles de comprender y se pierde la posibilidad de evidenciar la relación que existe entre lo conceptual y lo práctico.

2 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar el proceso de cambio desde una queja inicial a una demanda de proceso psicoterapéutico en los padres e hijos (6 a 10 años) que llegan a consultar en el Centro de Atención Psicológica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Exponer proceso de cambio producido desde una queja inicial a una demanda de proceso psicoterapéutico
- Indagar en los principales motivos de consulta de padres e hijos que llegan a consultar al Caps
- Indagar cómo el discurso social esta implicado en la búsqueda de ayuda psicoterapéutica
- Reconocer las diferencias entre las demandas de los padres y de los hijos

3 **MARCO TEÓRICO**

Cómo se ha planteado en los apartados previos, la consulta de padres e hijos en el Centro de Atención Psicológica se motiva en primera instancia por la búsqueda de un espacio psicoterapéutico donde se brinde una solución a un problema que vivencian en ese momento. Dichos problemas se asocian a una queja, que se hace presente en el seno familiar en base a síntomas que manifiestan principalmente sus hijos, formando parte de un malestar interfamiliar. Es en el espacio psicoterapéutico solicitado donde se posibilitará que la queja inicial se articule en una demanda donde aparezca el deseo tanto del niño como de sus padres.

Aparecen entonces los conceptos que conforman el eje de nuestra investigación: malestar, psicoterapia, familia, queja-demanda. Tomaremos estos conceptos y les daremos una mirada psicoanalítica, lo que nos permitirá enmarcarnos en el entendimiento de las características de los procesos psicoterapéuticos en los cuales se articuló una demanda de trabajo.

3.1 MALESTAR EN LA CULTURA

Los lugares de niño, padre, madre, familia son construidos sobre representaciones sostenidas por los discursos sociales que se van construyendo y destruyendo por la misma sociedad en su conjunto a través de la historia. Sin embargo, muchas de las posiciones discursivas que adquirimos no representan los intereses propios de cada sujeto. Se produce una disonancia entre el discurso que se sostiene y los criterios propios. Es en este diálogo interno en donde se produce un malestar entre lo que se espera de los sujetos padre e hijos de acuerdo a los discursos válidos y la realidad familiar construida por la convivencia de las subjetividades.

Es así entonces, que detrás de los niños problemas que llegan a la consulta psicológica, se encuentra un contexto lleno de problemáticas de los padres o de alguno de ellos que surgen probablemente de la exigencia que experimentan frente al discurso social. Es el hijo quién manifestará el malestar familiar. El niño entonces, será el síntoma de los padres, una respuesta a los síntomas de la estructura familiar.

Cabe preguntarse de dónde surge este malestar. Malestar que podemos relacionar con un sufrimiento, y de los cuales el más doloroso es el que se origina de los vínculos establecidos con otros seres humanos (Gerber, 2005). Este malestar se padece tanto en lo social como en lo

familiar. “El lazo social aparece como la razón principal de la ausencia de satisfacción plena” (Gerber, 2005: 73).

El instinto gregario que muchas veces se atribuye como característica de los seres humanos no es reconocido como natural, pues las relaciones con los demás seres son intrínsecamente agresivas e inestables. Gerber (2005) cita el pensamiento de Freud al respecto “entre los seres humanos no hay ni puede haber armonía plena” (74) puesto que aparece el narcisismo de cada persona que no tolerará una proximidad demasiada íntima con otro. Frente a esta situación la única forma que un grupo se constituya como tal se viabiliza a través de la existencia de un hilo conductor externo que provea del orden y la tranquilidad necesaria desde fuera de las relaciones. Este hilo conductor se constituirá como una idea y un significante. “Aquello que organiza y cohesiona al grupo es una palabra que viene desde el exterior, una palabra que, bajo la forma de la orden, el mandato, la ley, se impone como palabra apaciguadora.” (Gerber, 2005: 74)

Para Freud, este hilo conductor ocupa el lugar de ideal del yo o para Lacan el significante amo, que regulará los lazos y los reglamentos entre los sujetos y los grupos. Este ideal comanda la vida y los actos de los miembros del grupo humano, señalando lo que es permitido y lo que está prohibido. “El significante-amo tiene un poder apaciguador indispensable para la cultura; opera como un rasgo de identificación, es el

término que todos comparten, la parte común a todos que posibilita que se identifiquen mutuamente.” (Gerber, 2005:76). Es en el discurso social alimentado por los intereses políticos y religiosos donde se encontrará el ideal del amo que buscan alcanzar los integrantes de nuestra sociedad como son los padres y sus hijos que llegan a consultar por su malestar. Buscan el reconocimiento de este significativo amo alcanzando este ideal.

El poder ordenador del hilo conductor externo es posible además por enamoramiento de los miembros de los grupos hacia este significativo amo común para ellos. “El significativo amo que aglutina es entonces el significativo amor, juego de palabras que es posible realizar porque no hay amor que no esté condicionado a la existencia del significativo, que a la vez que separa ordena la aproximación de los sujetos.” (76). Este significativo ubicado en el lugar del ideal del yo permite unir a los sujetos en una identificación recíproca generando homogeneidad entre ellos, y como consecuencia la eliminación de las diferencias singulares de cada uno en provecho del sentimiento de pertenencia al grupo, una nación, así como también a la familia, y es este sentimiento idéntico en cada uno de los sujetos que consigue que todos se identifiquen entre sí.

El ser humano es un sujeto desorientado que necesita una guía. Sujeto siempre en una pulsión que no es satisfecha y que lo deja en dependencia del amo, del Otro. “El sujeto no sabe lo que quiere; no lo sabe porque para saberlo debería poseer la certeza de lo que el Otro

quiere de él y esto es imposible por la falta en este último del significante que lo haría un universo completo.” (Gerber, 2005:79). No es posible para el sujeto saber qué es él para el Otro, y dado que el Otro le asigna su identidad, la pregunta que nace en el sujeto es quién soy, lo cual resulta ser imposible de saber. Considerando esto, el sujeto es un sujeto a identificarse con algún significante del Otro, y principalmente con aquél significante “que el Otro le presenta rodeado del aura que le viene de ocupar la posición del ideal del yo.” (79). De esta situación se desprende la función de constitución del sujeto y del grupo social al significante-amo. Es así como la sociedad de los ofrece a los sujetos significantes-amos para que ellos los reconozcan como *sus* significantes de manera que se eviten la angustiante pregunta por su propia identidad.

Tomando lo anterior nos encontramos con que la sociedad ofrece modelos de identificación atractivos a los sujetos que formula y reformulan constantemente promesas de satisfacción que se asocian con a la asimilación de ideologías que colman “con sentido la brecha abierta por la falta de saber inherente a la pulsión”. (80).

Toda sociedad, en síntesis, establece imperativos – trabajar, producir, procrear, educarse y educar – que tienen como finalidad evitar la angustia que se despierta con el surgimiento de las preguntas más agudas sobre el ser y el deseo. Y es en virtud de los imperativos que la sociedad formula que los sujetos encuentran modelos de identificación que, con eficacia relativa, los ponen a salvo de los interrogantes más acuciantes acerca de ellos mismos,

de esos interrogantes nunca acallados de los que el psicoanálisis va a ocuparse: qué soy, quién soy, de dónde vengo, adónde voy. (Gerber, 2005:80).

Sin embargo, el poder unificador y pacificador del significante-amor comienza a ser cuestionado, instalando un malestar en la cultura. No se cuestiona este poder que está instalado en el orden simbólico por el lenguaje, pero existe un goce por el estado puro que no se somete al significante, “la existencia de la pulsión de muerte- el goce en estado “puro” no sometido al significante- con su acción corrosiva y disgregadora implica un límite irrebasable para aquel poder”. (Gerber, 2005:81). La palabra no podrá decirlo todo, no podrá ser simbolizado. “Es un excedente monstruoso, irracional, inhumano que habita en el corazón mismo de la existencia humana y al que Freud denomina pulsión de muerte.” (81)

La satisfacción que existe en la pulsión de muerte nace en la ruptura del equilibrio y la estabilidad, más allá del cumplimiento de los límites impuesto por el amor. “Satisfacción antagónica con la exigencia de bienestar que sólo se obtiene por la trasgresión del orden que el significante impone, es decir, en el dolor.” (81)

Existe entonces un resto de goce que no se somete al significante. “Y es este resto que escapa a la elaboración simbólica la causa última del

malestar.”(82). La renuncia al goce por un ideal en común, provoca el surgimiento de un goce aún mayor.

Estas ideas basadas en Freud principalmente y elaboradas por Gerber (2005), podemos reconocerlos en distintos ámbitos de nuestra sociedad, pero queremos a razón del tema de nuestra investigación, referirnos a los ideales que actualmente se establecen en relación a la familia y a los lugares de los integrantes que la conforman. Y como surgen los malestares que los hacen solicitar un espacio terapéutico.

Los padres buscarán ajustarse al estándar preestablecido por el significativo amo. Pero nos encontramos con que la cura psicoanalítica no se orienta a este objetivo, no busca que el sujeto alcance este ideal, sino más bien que se confronte con sus propios deseos, más allá de las metas impuestas por los otros.

3.2 LA FAMILIA

La familia basada en el matrimonio se constituye como una institución universal protegida por las constituciones de la mayoría de los países del mundo. Es así como el matrimonio es definido en términos de heterosexualidad procreativa institucionalizada, es uno de los pocos derechos positivos que ha alcanzado un consenso casi universal.

Antes de ser uno mismo se es hijo o hija, se nace en el seno de una familia, identificándose con un apellido. Esto determina los “suyos” y los “otros”, donde los “otros” a su vez viven en el seno de una familia a la cual pertenecen.

El parentesco constituye la institución social clave que estructura a los grupos, regula a residencia, organiza el modo de transmisión de los haberes y saberes. Define las formas de la alianza matrimonial. Es así que se reconoce que en toda sociedad se puede observar un ámbito de parentesco sin que éste tenga el mismo estatus para cada una de ellas.

Los vínculos que unen a los progenitores con sus hijos, así como los que unen a los hijos entre sí, son de carácter biológico, es decir, vínculos sanguíneos como se mencionó anteriormente, pero el vínculo

entre los padres es social y se califican de relaciones de alianza o de afinidad. Estos vínculos producen conflictos en toda familia.

La estructura familiar es un elemento intermediario entre lo sociocultural y lo individual.

La realidad actual en la que nos desarrollamos nos hace tener una mirada sesgada de lo que ha sido el concepto de familia durante la historia de la humanidad, y por consiguiente de las relaciones de parentesco.

Lewis Morgan, en su libro la sociedad primitiva (1935), plantea que dicho concepto es “producto del desarrollo de formas sucesivas, siendo la monógama la última de la serie.” (364).

Él distingue cinco formas diferentes y sucesivas de tipos de familia a través de la historia, cada cual con un régimen de matrimonio que la caracteriza:

La familia consanguínea, que se basaba en el matrimonio entre hermanos y hermanas, propios o colaterales (del grupo).

La familia punalúa, basada en el matrimonio entre varias hermanas (propias y colaterales) con los maridos de cada una de las otras del

grupo, sin importar si entre ellos existiera parentesco. Así también, varios hermanos (propios o colaterales) se casaban con las esposas de cada uno de los otros, sin que fuera necesario que ellas estuvieran emparentadas. Es así como un grupo de hombres se casaba con un grupo de mujeres.

La familia sindiásmica o por parejas, la cual se basaba en el matrimonio entre parejas solas, sin cohabitación exclusiva, y cuya duración dependía de la voluntad de ambos.

La familia patriarcal, se basaba en el matrimonio de un hombre con varias mujeres, las cuales por lo general se mantenían recluidas.

Por último la familia monógama se basa en el matrimonio de parejas solas con cohabitación exclusiva.

Los tipos de familia consanguínea, punalúa y monógama fueron radicales e influyentes, teniendo como consecuencia la creación de tres sistemas de consanguinidad distintos. Es así como para poder entender el desarrollo de los tipos de familia, Morgan propone conocer el sistema de consanguinidad y afinidad de cada una de ellas.

El sistema de consanguinidad más primitivo que se tenga conocimiento, es el que Morgan menciona como sistema malayo, y en el

cual se reconocen lo parentescos de padre, hijo, abuelo, nieto, hermano y hermana. Y todos los miembros del grupo, tanto los próximos como los lejanos caen en alguno de ellos. No se reconoce ninguna otra vinculación de sangre. Sin embargo se reconoce los parentescos creados con el matrimonio. Este sistema de consanguinidad se reconoce en las formas de familias consanguíneas.

Luego un nuevo sistema de consanguinidad sucede al llamado Malayo. Se denomina turanio, y se difundió en gran parte del mundo. Los consanguíneos, tanto próximos como lejanos, son clasificados en categorías. En lo cotidiano, las personas se daban tratamiento del parentesco que los une, sin llamarse por sus nombres, lo que influía en la conservación del vínculo con los parientes más lejanos. No se conoce ningún otro sistema de consanguinidad más perfecto en cuanto a sus detalles y características propias. En las familias punalúas se observa este sistema de parentesco.

El tema de las propiedades y la herencia, junto con el surgimiento de la familia monógama lograron instalar un nuevo sistema de consanguinidad que sustituyo al turanio. Este nuevo sistema se denomina ario. Dicho sistema define el parentesco en las familias monógamas.

De lo anterior se concluye entonces que la familia monógama debe su origen a la propiedad.

El desarrollo del concepto de propiedad en la mente humana esté íntimamente ligado a la implantación de esta forma de familia, por su creación y usufructo, y especialmente, por la definición de los derechos legales con respecto a la herencia. (Morgan, 1935:369)

La propiedad toma tal importancia que influyó en la estructura orgánica de la sociedad. La certidumbre de la paternidad de los hijos adquiere un valor que antes no tenía.

En las primeras épocas la mujer pasaba a ser prácticamente una hija para el marido. Éste exigía fidelidad, que no era recíproca. Con el tiempo esta estructura ha ido perfeccionándose gradual y continuamente.

Un sistema de consanguinidad considerado en sí mismo no tiene mayor relevancia. Esta relevancia la adquiere al descubrir que en distintas sociedades dan cuenta del rango de la institución doméstica y que se transmitieron a través de largos períodos de tiempo.

Los sistemas de consanguinidad expuestos por Morgan, representan a la vez el desenvolvimiento de las formas de familia desde la consanguínea a la monógama. Estos sistemas constituyen un producto natural, inherentes al progreso de la sociedad. La forma del sistema depende de la forma del matrimonio: sistema familia consanguínea, punalúa y monógama se definen por tres tipos de matrimonios.

En nuestro sistema consanguíneo, el parentesco se presenta en dos clases: por consanguinidad o por la sangre ó por afinidad o matrimonio.

A la vez, la consanguinidad puede ser de dos tipos: lineal, la cual se refiere a vinculación de las personas que descienden unas de otras o colateral, que se refiere al vínculo que existe entre personas que descienden de antepasados comunes, El parentesco generado por el matrimonio tiene un carácter de costumbre.

(...) en todo sistema de consanguinidad donde se establece el matrimonio por parejas solas, existe una relación lineal y varias colaterales, divergiendo las últimas de la primera. Todo individuo es centro de un grupo de parientes, el Ego, con respecto al cual se establece el grado de parentesco de casa persona. (Morgan, 1935:373)

Por el hecho de que toda persona sea el centro de un conjunto de parientes están obligados a reconocer el sistema imperante. El cambio de las vinculaciones es en extremo difícil. La tendencia a permanecer va más allá de una obligación legislativa. Se asienta en la costumbre. Son productos naturales más que artificiales. “Desde que toda persona es una parte del sistema, el canal de su transmisión está en la sangre”. (Morgan, 1935: 376)

3.2.1 CONCEPTO DE FAMILIA

Para definir el concepto de familia es necesario reconocer que está suscrita a un espacio sociotemporal, es decir, se debe reconocer su característica histórica. Y con ello es necesario reconocer su significado desde los discursos que la sostienen y su función simbólica. Un discurso social “consiste de una cadena de elementos, que le dan forma y lo construyen; que cada elemento de un discurso tiene su significado particular; que los discursos son sistemas de significados. Estos significados no son explícitos y pueden ser calificados como supuestos.” (Delsing, 1995: 2)

Los discursos son construidos y modificados por los mismos sujetos que participamos de la sociedad y, a la vez se adhieren a aquéllos que están disponibles, de acuerdo a como interpretan la forma particular de ser de cada uno y de actuar tanto como sujetos individuales como colectivos. Por tanto, nos rige en la manera de relacionarnos con los demás. Estamos “sujetos” a discursos. Somos construidos por ellos, aunque la sensación es que cada uno construye y tiene su propio discurso.

Los discursos, su determinación y construcción están ligados a circunstancias sociales, económicas y culturales, y por tanto se movilizan con el desarrollo histórico. Parece ser que los sujetos son consumidores

de discursos, pero “los sujetos tenemos la posibilidad de interferir en los discursos a los cuales adherimos, especialmente los sujetos colectivos. Aunque los discursos nos invaden y a la vez forman parte de nosotros, los sujetos sociales tenemos la posibilidad de transformarlos”. (Delsing, 1995: 3)

A través del discurso social nacen las representaciones. Por lo tanto, las representaciones sociales se construyen dentro de una cultura, gracias al lenguaje y mutan en concordancia con los cambios sociales y culturales que experimentan los grupos humanos. La representación es un acto del pensamiento a través del cual un individuo se relaciona con un objeto. Entendemos entonces, por representación social a “aquel acto del pensamiento dónde sería la sociedad la que proporcionaría a las personas los conceptos con los cuales piensan y construyen sus elaboraciones mentales particulares. Son exteriores a las conciencias individuales, ya que provienen de los individuos tomados en su conjunto y no en su forma aislada” (Jodelet, 1986).

Si atendemos al discurso que se ha construido en nuestra sociedad nos encontramos que el concepto familia adquiere el significado de la triada padre-madre-hijo, que constituye una unidad amorosa y económica, a través de un matrimonio indisoluble. Además, se considera como un espacio donde se manifiestan emociones y deseos más íntimos. Constituyendo así el lugar simbólico y real que nos permite tanto crecer como estancarnos.

Este discurso ha alimentado nuestro inconciente que ha encontrado el ideal que queremos alcanzar dado que se nos muestra a la familia como el espacio y lugar de felicidad y bienestar, tanto emocional como económico.

En las sociedades occidentales contemporáneas existe un modelo hegemónico de la familia, que se podría describir de la siguiente manera: la familia tradicional es una institución, una unidad social y económica, que organiza los hogares sobre la base de relaciones de alianza, parentesco y consanguinidad, y sobre la base de una división sexual de trabajo, donde el hombre es el proveedor, y la mujer y los hijos son económicamente dependientes de él. (Delsing, 1995: 3)

Del discurso construido de lo que es una familia, surgen los significados de lo que es natural y aceptado por la sociedad, como lo es la unión en matrimonio de un hombre y la mujer en base al amor que es estable y del cual nacen los hijos. De aquí se establecen las funciones a ser cumplidas por cada cual como son el cuidado y educación de los hijos por parte de la madre, así como las tareas domésticas. El padre es el jefe de la familia al ser proveedor para su hogar. De ambos padres se espera fidelidad sexual. Los hijos serán entonces receptores de estos cuidados y del amor de sus padres. Este discurso de la familia nuclear es reflejado y reforzado por una sociedad principalmente tradicional.

Sin embargo, la realidad actual dista de este ideal para una cantidad importante de familias, las familias nucleares cada día son menos, los hogares con padres separados o ausentes aumentan día a día, familias monoparentales, entre otras situaciones. Pero aún así, cuando se habla de familia en Chile, se refiere a las ideas asociadas a la familia nuclear.

En el discurso nacional se transmite este ideal constantemente, y se ancla en las estructuras económicas, políticas y religiosas de nuestro tiempo. El modelo de familia que predomina en nuestro país corresponde al modelo burgués de principios del siglo XIX, que parece responder a las necesidades económicas, políticas y religiosas de aquella época, pero que actualmente parece no responder a la realidad donde entre otras situaciones la mujer se ha incorporado al mundo laboral, lo que ha implicado un movimiento en las funciones parentales.

Como se ha señalado, la familia como institución tiene un origen social y cultural, y por tanto la forma de constituirse y de funcionar está íntimamente ligada a los procesos de cambios de la sociedad. Irma Arriagada (2000), plantea que el cambio fundamental que ha ocurrido en las últimas décadas es el relacionado con la declinación de las bases de sustentación del modelo patriarcal de familia que se caracteriza por la autoridad ejercida por el padre sobre su esposa e hijos, la cual la asocia por un lado a la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo cual

marcó un modificación de los patrones normativos del funcionamiento dentro del hogar y como consecuencia una redistribución del tiempo, poder y trabajo dentro de la familia "que afecta especialmente a las mujeres y que significa una sobrecarga de trabajo para ellas". (Arriagada, 2000: 5).

Por otro lado, la declinación del sistema patriarcal está asociada al agotamiento del sistema de ingreso económico único al sustento del hogar y al cambio de la valorización de otros nuevos aportes como el de la mujer y los jóvenes. Además del surgimiento de nuevas estructuras familiares: hogares encabezados por mujeres, familias reconstituidas, familias sin hijos, unipersonales.

Las funciones familiares no se realizan exclusivamente en el interior de las familias, es decir, las funciones no son monopolizadas por las familias. Se cumplen las funciones reproductivas biológicas. Las funciones afectivas, de cuidado y socialización temprana se comparten con otros agentes sociales como la escuela, sala cuna y jardín infantil, otros familiares o asesoras del hogar. En las funciones de uso de tiempo libre, ocio y recreación se "aprecia una búsqueda de patrones de recreación como individuos y no como familia" (Arriagada, 2000: 7). Es común el uso de juegos electrónicos por parte de los hijos, el uso del computador e internet, entre otros.

Estos cambios sociales, económicos y culturales están afectando de forma importante las relaciones dentro de las familias. Aparece acentuada la violencia intrafamiliar, y en especial contra la mujer frente a la oposición masculina de que ella ejerza los nuevos roles económicos y en su derecho a trabajar, y a la dificultosa negociación frente al trabajo doméstico compartido.

A pesar que las bases de sustentación del modelo patriarcal se han modificado fuertemente, persisten formas de representación e imágenes culturales de dominación y normas sustentadas en as imágenes que ayudan a comprender la ausencia de concordancia entre los discursos tradicionales y las nuevas prácticas de las familias.

Estos modelos tradicionales de familia también sirven de base para la toma de decisiones en el diseño y aplicación de políticas públicas, acentuando en muchos casos las dificultades para compatibilizar del trabajo doméstico y en el mercado de trabajo o recargando de más responsabilidades a las mujeres. (Arriagada, 2000:7).

En base a estos cambios, se han ido produciendo nuevas definiciones de los roles conyugales, se aprecian nuevas relaciones paterno-filiales, aumentando los derechos de los niños frente a la pérdida de importancia de las relaciones de jerarquía y de sumisión.

Se comienza a observar la aparición de procesos de individuación con afirmación del derecho individual por sobre el familiar, dando más importancia a la realización personal más que a los intereses familiares.

Desde una mirada del psicoanálisis, citamos la definición de Yolanda López (1998), manifiesta que “La familia como institución social y como entorno de constitución de la subjetividad de hombres y mujeres es un espacio de significados, de sentidos, que como producto del lenguaje escriben e inscriben la historia social e individual de quienes la constituyen en tanto seres hablantes.”, (López, 1998: 1) donde su función es hacer cumplir la ley del padre, es decir, la renuncia por parte de los integrantes de la familia al objeto de goce que representa la madre. Al renunciar a este goce, posibilita al sujeto acceder a los otros. “Solo se puede estar con otro, en pareja, en comunidad, a condición de una pérdida, renuncia a ese goce infinito que paradójicamente es al mismo tiempo ganancia, porque es la posibilidad de contar con el otro” (López, 1998: 2).

El matrimonio del hombre y la mujer, surge desde la base que ambos hayan aceptado la prohibición ancestral, prohibición del incesto.

“El matrimonio es una respuesta simbólica al deseo. Deseo del otro de la pareja, deseo del hijo, deseo de alcanzar aquello que

imaginariamente se prefigura como felicidad y por lo cual se arriesga, se trabaja, se sufre.” (López, 1998: 3)

Dado lo anterior el hijo tendrá un estatuto simbólico, donde se reconocerá hijo o hija dado el deseo de los padres, donde su lugar se construye en el discurso de los padres, incluso antes de su nacimiento. El hijo se constituirá entonces entre dos demandas fundamentales: “aquellas que dicen del deseo de la madre y las que proceden del llamado del padre, llamado que registra la prohibición de fundirse en el deseo de la madre.” (López, 1998: 4)

El padre tiene la función simbólica de impedir que el niño se quede atrapado en el deseo de la madre. Esta función se cumplirá al ser señalado como el objeto amado por la madre. De esta manera la palabra del padre se convertirá en ley para el niño.

Frente a esta función paterna debemos mencionar lo que hace un tiempo se viene mencionando respecto a ella: la decadencia de la imagen del padre. Como plantea María Cuellar y en concordancia con lo que hemos manifestado anteriormente, lo que es ser padre, sus funciones y lo que se espera de él, está definido y construido en cada época histórica y cultural, agregando que a la vez genera una declinación de ésta imagen. En la época histórica que vivimos, el padre parece ser el que se responsabiliza del hijo y del cumplimiento de sus derechos, a conservar

su vida y bienestar, y dar el acceso a la cultura y al mundo adulto. Sin embargo, en la actualidad estas funciones pueden ser realizadas por otros que no sea el padre, como lo es la sociedad civil. Hay saberes que hablan de cómo educar, cuidar y proteger a los hijos que se imponen a los padres, los cuales los deben acatar pues de otra manera serán “catalogados de irresponsables o negligentes y de ser acusados de no ejercer el modelo de función paterna que la época propone” (Cuéllar, N/D: 4). Entonces, no solo la imagen del padre ha sido afectada, sino lo real, y esto sin duda tiene sus consecuencias en la construcción subjetiva de los hijos y además en las relaciones con los demás, pues:

(...) el sujeto se define por la existencia del Otro -el sujeto está representado por un significante para otro significante- y dado que este Otro constituye el universo de los significantes, el sujeto encuentra su inserción en este orden. En este sentido la presencia del Otro constituye una exterioridad a partir de la cual el sujeto puede tomar su referencia (Cuellar, N/D: 5)

Para Winnicott (1970), la función del padre es valiosa. Por un lado, el padre constituye una ayuda moral y material para la madre, respaldando su autoridad, por otra parte representa la ley y el orden que la madre implanta en la vida del niño. Además, es necesario que aporte a la vida del niño sus cualidades positivas que permiten al niño distinguirlo de los otros hombres. “...si el padre está allí y desea llegar a conocer a su propio hijo, éste es afortunado; en circunstancias más favorables, el padre enriquece enormemente el mundo del niño. Cuando tanto la madre como

el padre aceptan con facilidad la responsabilidad por la existencia del hijo, el terreno está preparado para un hogar feliz.” (62)

3.3 PSICOTERAPIA

Psicoterapia se define como “todo método de tratamiento de desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos, y de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo” (Laplanche, 2006, 324). Por lo tanto, se entiende como un proceso de comunicación entre un terapeuta y un paciente. Paciente será aquella persona que acude a consultar en búsqueda de una solución a un problema que lo aqueja en algún área de su diario vivir y de esta forma lograr una mejora en su calidad de vida. A través de un proceso psicoterapéutico, se instaura un especial tipo de relación entre paciente-terapeuta dónde la consecuencia final es el lograr un cambio en la persona y de esta forma, se buscará un mayor bienestar personal. La psicoterapia al ser un proceso implica que se enmarca dentro de una temporalidad cronológica, cumple con ciertas etapas y busca un fin determinado. Existen dos características que distinguirían a la psicoterapia; lo son el contacto en forma directa entre el paciente y psicoterapeuta, que se da a través de un diálogo y, el tipo de relación que se crea a través del lenguaje y que en busca como fin generar un cambio en quien se encuentra consultando.

Como hemos señalado previamente, los procesos psicoterapéuticos con niños realizados en el Centro de Atención Psicológico se enmarcan bajo una mirada psicoanalítica. Por lo tanto, utilizará un cruce de ideas de esta corriente que consiste en considerar la

significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias de un individuo. Es así, como se da importancia a las asociaciones libres y a la interpretación.

Al hablar de proceso psicoterapéutico con una visión psicoanalítica, se habla de un tratamiento que “incluye la presunción de que recorre un camino según un eje cuyo punto de partida lo constituye un estado inicial de sufrimiento tanto del propio yo como vincular, y que motiva el comienzo de la experiencia terapéutica. Supone llegar a una meta de resolución del sufrimiento inicial. Durante este trayecto se pasará por ciclos en los cuales alternan situaciones de repetición signadas por el displacer y de transformación, produciendo nuevas estructuraciones. Estas últimas incluyen el pasaje de aquel estado inicial a otro cuyas cualidades están relacionadas con la oscilación entre malestar y bienestar” (Berenstein, 1999: 261)

Entendemos que el psicoanálisis se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación (de la resistencia, de la transferencia y del deseo), desempeña entonces, una importante función la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia. La *interpretación* es una “deducción del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto” (Laplanche, 2006: 201) y la *transferencia* “el proceso del cual los deseos inconscientes se actualizan

sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de una relación analítica” (Laplanche, 2006: 439)

El proceso de psicoterapia psicoanalítica involucra un tipo de relación particular entre paciente y su terapeuta:

Las palabras que los pacientes utilizan son sus palabras habituales; sin embargo, la manera de escuchar encierra un llamado a la verdad que los compele a profundizar su propia actitud fundamental frente al paso que están dando y que muestra ser completamente diferente a todo otro contacto con psicólogos, educadores o médicos. En efecto, estos, a causa de su técnica, están orientados hacia el descubrimiento y la curación de una deficiencia instrumental. Responden a nivel del fenómeno manifestado, del síntoma –angustia de los padres, perturbación escolar o caracterológica del niño- mediante la utilización de dispositivos de ayuda específicos, preconizando medidas terapéuticas o correctoras reeducativas. (Mannoni, 1965:13)

Si consideramos las lecturas realizadas acerca de las diferencias, semejanzas, ventajas o desventajas de lo que implica un proceso de psicoterapia y lo que implica el psicoanálisis, se puede destacar principalmente que una Psicoterapia busca a través de una relación verbal la modificación de una conducta que trae malestar frente a distintas situaciones o espacios sociales (conductuales, sociales, relacionales, cognitivos, entre otros), se persigue de este modo la eliminación o reducción de síntomas. En cambio, el Psicoanálisis o Cura Psicoanalítica

como lo presenta Gerber, no busca una modificación conductual o que la persona se ajuste a estándares sociales establecidos. “Lo que en un psicoanálisis importa no sea un ideal a alcanzar sino la confrontación del sujeto con lo que es su deseo, más allá de toda meta impuesta por la demanda de otros. El proceso psicoanalítico pone así en primer plano una cuestión de orden ético” (Gerber, 2005: 241)

3.3.1 PSICOTERAPIA CON NIÑOS

La psicoterapia que se realiza particularmente con niños, implica un trabajo que va más allá de lo individual. Considera al niño como miembro de una familia, a la cual pertenece y lo identifica mediante la transmisión de una historia, por lo tanto, como señala Mannoni (1965), el niño debe soportar el peso de la historia de sus padres. Así es como, el niño que asiste a psicoterapia se supone portador de una historia transgeneracional, y también su malestar o síntoma estará ligado a sus padres. Tomando las palabras de Mannoni (1965) “...es poco frecuente que detrás de un síntoma no se perciba un cierto desorden familiar. Sin embargo, no es tan cierto que este desorden familiar por si mismo tenga una relación directa de causa-efecto con los trastornos del niño”. (94)

El lugar de los padres en los síntomas o en los trastornos de sus hijos, corresponde al de ser un desencadenante frente a los cuales los

hijos reaccionarían con conductas no esperadas o problemáticas. Todo esto en general, frente a dificultades entre la pareja parental, hermanos u otros familiares cercanos, en conclusión al clima interrelacional.

Más claramente, los niños aparecen afectados frente a las problemáticas que se generan en la relación entre y con sus padres y a situaciones familiares. Como afirma Françoise Dolto (Mannoni, 1965), el niño expresa lo que los padres llevan en su interior y que no pueden expresar. Son los niños quienes lo exteriorizan con sus malestares (o una excelente salud). Pues el niño está “situado en una familia, soporta el peso de la historia de cada uno de los padres”. (Mannoni. 1965: 43). En nuestro proceso de práctica, frente a la realidad de cada familia nos encontramos con diversas situaciones donde cada una de ellas conlleva una historia y una consecuencia que merece ser escuchada y analizada.

Se debe diferenciar el niño que es síntoma de los padres (familiar) del síntoma del niño. Lo expuesto en los párrafos anteriores dan cuenta de los síntomas que el niño manifiesta en relación a cómo vive la situación familiar. Como manifiesta Lacan (1969) “el síntoma del niño está en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar” (55). Sin embargo, hay síntomas que manifiesta el niño en relación a sus propias dificultades en su relación con el entorno y relaciones. El síntoma del niño está ligado a manifestaciones en su

comportamiento relacionado a la angustia y dificultad de adaptación frente a las dificultades propias de su desarrollo.

Frente a cualquiera de estas dos situaciones mencionadas (entre otras), y que pueden estar relacionadas, en el trabajo terapéutico el niño es considerado un sujeto psíquico, y sus síntomas no estarán solamente ligado al discurso familiar. “Si la neurosis infantil queda definida en los marcos de un discurso colectivo, no estamos muy lejos de la liquidación misma del concepto de inconsciente y, junto a ello, del carácter intrasubjetivo del conflicto psíquico que da lugar al síntoma.” (García, 1987:5). Se escucha al niño en psicoterapia desde su concepción de sujeto.

En el trabajo psicoterapéutico con niños se debe considerar que atraviesa por el momento en que la estructura subjetiva se anuda entre lo simbólico, lo imaginario y lo real (Calcagnini, 2004). En este tiempo se constituye el sujeto niño estructuralmente gracias al Otro Primordial, que reconocemos en la madre, sin poder elegir renunciar a los caprichos de ella, pues de otra manera moriría. “Sólo un camino posible, buscar en el Otro ser constituido ahí donde el Otro con su lengua lo cifra. Se trata del tiempo de la alienación.” (Calcagnini, 2004: 1).

Este tiempo de alineación está marcado por la falta de estructura del sujeto niño, falta que Calcagnini (2004) sitúa en tres niveles:

1.- En la dimensión imaginaria, donde el niño adviene como objeto de deseo de la madre, del Otro. Está en un estado de indefensión originaria frente a este Otro primordial.

2.- En la dimensión Simbólica, frente a la cual el sujeto accede a los significantes del Otro, que constituye su lengua materna.

3.- En la dimensión Real, donde se enfrenta al destino de morir al ser un ser viviente.

De lo anterior podemos afirmar entonces que la condición humana del sujeto se define “como deseante, parlante y mortal” (Calcagnini, 2004: 1).

La madre, aquel Otro Primordial, el amo absoluto es quién posee los significantes que constituyen las marcas de subjetividad del niño, de acuerdo a como ella interprete las llamadas del niño.

El niño comienza a separarse (desalinearse) con el Otro Primordial, al preguntarse sobre el lugar que él ocupa en el deseo de su madre, apareciendo la función paterna para marcar este corte.

Considerando que el niño que llega al espacio psicoterapéutico esta transitando o ha transitado muy recientemente por estos procesos, el trabajo de escucharlos nos enfrenta a considerar situaciones que las

diferencian del trabajo con el adulto, introduciendo por ejemplo, el encuentro con el juego y por otro lado, el trabajo con los padres, lo que nos exige disponer de un saber que nos permita posibilitar el desarrollo de la terapia.

Considerando la idea de Lacan relacionada con que el inconciente se estructura de acuerdo al lenguaje y se ordena frente a la transferencia con el psicoterapeuta, podemos reconocer en la emergencia del discurso del sujeto los significantes fundamentales para él. Es así como el psicoterapeuta ofrece su lenguaje y su presencia para que el niño las utilice para construir su discurso, el cual dirá de su sufrimiento, su inhibición, su angustia, su síntoma. Y lo construirá a partir del despliegue a través de los juegos, dibujos, silencios y relatos.

El dibujo de los niños constituye un enigma. Se entenderán las representaciones simbolizadas desde la mirada de los propios niños. Los dibujos hablarán de los fantasmas que habitan al niño, al sujeto.

Los relatos míticos del niño pueden relacionarse con las teorías e investigaciones propias del niño frente a lo sexual. Se relacionan con el origen de la vida, lo que se refiere a la muerte, al sexo. Son relatos que están además contruidos en torno a una verdad que no se les muestra clara.

En el juego que despliega el niño, el psicoterapeuta debe escuchar las repeticiones que se muestran. La secuencia discursiva que aparece y seguir el hilo de significantes que se da en la producción infantil. “Recordemos que el significante, en tanto representa al sujeto, para otro significante, será entonces el hilo que atraviese la lectura que el analista haga, en la insistencia repetitiva de los relatos, dibujos y juegos que el niño produce por su transferencia con el analista.” (Calcagnini, 2004: 5)

Nos adherimos también a pensar en una escucha ya no de las teorías psicoanalíticas tradicionales, sino desde la experiencia con el niño en el espacio de psicoterapia infantil.

Entendemos la teoría psicoanalítica tradicional aquella que se enmarca y más bien se centra en el complejo de Edipo cuyo eje central es el complejo de castración. En esta teoría el niño es hijo. En otras palabras, la mirada no es de un niño sino en su lugar de hijo. Cuando los padres llegan con a la consulta, rara vez traen a un niño, sino más bien traen a un hijo. Cuando es posible que ellos vean a su hijo como niños se producen desplazamientos que facilitan una cura de los síntomas que construyen la queja.

Por otro lado esta teoría convierte al niño en un pequeño Edipo, donde el niño tiene endosado una tendencia incestuosa y parricida del deseo. Frente a esto el niño en psicoterapia, el terapeuta puede trabajar

posibilitando que los elementos incestuosos no son una concepción endógena del niño, sino que se constituyen como elementos promovidos en el seno del dispositivo familiar.

Esta concepción también va a necesitar de una determinada interpretación del mito, no del mito de Edipo, sino que esta interpretación del niño como hijo, como pequeño Edipo, va a necesitar de una determinada concepción del mito en general, va a necesitar una concepción donde se va a pensar que los mitos son producciones culturales que revelan contenidos arcaicos, esenciales de la naturaleza humana, como que el mito sería un instrumento de revelación de los contenidos de la psique humana muy antiguos o muy arcaicos. (Rodulfo, 1999: 4)

Frente a esto, Rodulfo (1999) sostiene que si bien el marco de esta teoría posibilita el trabajo con algunos niños, en otros no es pertinente.

Para Winnicott (Rodulfo, 1999), el niño no es solamente hijo, y por lo tanto no necesariamente será síntoma de los padres. El niño como hijo y como pequeño Edipo es solo uno de los retratos de niño que podemos acceder, pero para Winnicott existen otros como aquél niño que lucha por aceptar sus deseos como reales y que van más allá del padre y la madre, y del ámbito familiar. “un deseo dirigido por ejemplo, a la invención y al hallazgo de unos objetos muy singulares, que van a ser esos juguetes, esos objetos transicionales, o los que luego van a ser los objetos de la experiencia cultural.” (Rodulfo, 1999: 6). El retrato de aquél niño que

quiere sentirse real, “un niño que va a tener que poder no comunicarse, que va a poder ocultarse para ser.” (Rodulfo, 1999: 7)

Otro retrato de niño que distingue Winnicott es aquél que trabaja por habitar su cuerpo, de sintonizar su vida psíquica con su cuerpo, o aquél otro que lucha por encontrar un espacio para su existencia.

En Winnicott también vamos a tener a un niño trabajando por llegar a poder tener una experiencia, haciendo avanzar más la capacidad para tener experiencias propias, para que algo sea una experiencia propia, buena o mala, dificultosa saludable o enferma, incluso Winnicott se va a referir a la capacidad que un niño pueda tener para tener sus propios problemas, sus propios síntomas, llegar a poder tener sus propios síntomas, es incluso, bajo determinadas circunstancias, toda una conquista para el niño, aunque no dejen de ofrecer sufrimiento y limitaciones. (Rodulfo, 1999: 7)

Rodulfo, se adhiere a estos distintos retratos de niños planteados por Winnicott, y establece lo que él llama Galaxia Mítica, donde no existe solo un mito a referenciar en el trabajo terapéutico, sino que varios, y donde tal vez exista uno que domine, como es el mito de Edipo, pero que no es el único.

(...) galaxia mítica, como un concepto que puede hacer más justicia a la diversidad de referencias míticas que podemos y que necesitamos usar, en la clínica analítica y luego para una serie de teorizaciones, y al respecto diría lo siguiente: en el curso de este siglo la antropología con la cual tenemos tantos lazos, tantos préstamos y tantas deudas recíprocas, la antropología dio un paso decisivo que

fue renunciar a la idea de que la cultura occidental era el centro y era su centro, hizo el paso decisivo de pensar justamente en este planeta como una galaxia cultural y no como una relación donde hubiese una cultura que fuese la verdadera, la privilegiada, la superior y la mejor y las otras solo representasen estadios primitivos. (Rodulfo, 1999: 9)

De lo expuesto hasta ahora, la familia resulta ser una entidad fundamental de ser estudiada para poder caracterizar el proceso de cambio de la queja inicial de los padres a una demanda en un espacio psicoterapéutico. Por lo tanto nos parece pertinente interiorizarnos en lo que es el espacio familiar, y consecuentemente en el concepto de Familia.

3.4 QUEJA - DEMANDA

Hemos señalado a través del presente trabajo, que los padres traen a sus hijos acompañados de una queja que les produce un malestar o síntoma que perturba su bienestar familiar. La queja se asocia al síntoma presentado por los hijos, su articulación promueve la demanda, a través de la transferencia.

Pero qué es el síntoma. Freud lo define "Los Síntomas – nos ocupamos aquí de síntomas psíquicos o psicógenos y de enfermedades psíquicas, son los actos perjudiciales, o al menos, inútiles, para la vida en su conjunto: a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad y conlleva displacer y sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos cuestan y además en el que se necesita para combatirlos." (Freud, 1916:7)

El síntoma presentado por el niño asociado a las problemáticas familiares, representa en la experiencia analítica a la verdad.

Pero es en el espacio terapéutico donde los síntomas adquieren sentido en la relación psicoterapéutica a través de la transferencia porque "sólo bajo ESCUCHA es posible el recorrido significativo a través del trazo del sujeto." (Pérez, 2009:3). En espacio psicoterapéutico con orientación

psicoanalítica al síntoma presentado, no se le busca un sentido o clasificación en manuales pre-existentes, sino en “el saber-del-síntoma lo trae el sujeto; y lo trae para que se lo escuche” (Pérez, 2009:3), en lo que ellos traen y de acuerdo a su propio discurso. “El síntoma analítico es, pues, un síntoma HABLADO. Hablado por quien nos consulta. Hablado y escrito: escrito en ese cuerpo que sufre” (Pérez, 2009:3).

El síntoma analítico es el acto mismo de lo inconciente, y es en la psicoterapia que este síntoma se reconstruye con el trabajo entre paciente y psicoterapeuta. El síntoma corresponde al retorno a través del inconciente, a lo reprimido. “Así como la represión ES el retorno-de-lo-reprimido; el síntoma es su metáfora” (Pérez, 2009:5). Resulta importante entonces, hablar del síntoma y reconocerlo a través de la estructura del lenguaje.

El síntoma se asocia a la queja de lo que no marcha. Corresponde entonces comenzar a introducirnos en qué entendemos por queja.

La queja se define desde la epistemología como la manifestación de un sufrimiento o un dolor. Sin embargo desde la psicología se entiende que la queja no está asociada necesariamente a un sufrimiento si no que a múltiples manifestaciones. Esto se evidencia en sujetos que padecen algún tipo de malestar pero que se niegan a manifestarlo a través de una queja explícita, así como también encontramos en la escucha

psicoterapéutica, sujetos con una queja permanente que les permite disfrazar lo que realmente les perturba. El sujeto se queja de las situaciones que le resultan incómodas buscando solo que el otro lo oiga para perpetuar su malestar. Queda así fijado en un goce (posible síntoma) que el psicoterapeuta debe apoyar por movilizar, por lo cual debe interrogar acerca de esta queja instalada, de manera que el sujeto logre articular una posible demanda. (Gonzalez, 2002)

La demanda, en términos psicoanalíticos, la podemos entender desde la necesidad. En el sujeto se presenta la necesidad vital relacionada al instinto de sobrevivir en el mundo que lo rodea.

Es así que nos encontramos con el niño enfrentado a una necesidad que exige ser satisfecha, relacionada a lo biológico. Entonces vemos que la experiencia de la primera satisfacción se relaciona con lo orgánico, y el objeto de satisfacción se le propone al niño sin que él lo busque y que no tiene una representación psíquica. “El proceso pulsional se manifiesta inicialmente en el niño por la aparición de un displacer provocado por el estado de tensión inherente a la fuente de excitación de la pulsión” (Dor, 1985: 159). Dicho proceso pulsional que se da en la primera experiencia de satisfacción que vive el niño, corresponde a una necesidad pura que se satisface sin la mediación psíquica, pero que deja una huella mnésica en el aparato psíquico y queda relacionada a la imagen y la percepción del objeto que le brindó la satisfacción. “Esta

huella mnésica es lo que constituye, para el niño, la representación del proceso pulsional". (Dor, 1985: 160)

Cuando aparece una nueva manifestación pulsional en un tiempo posterior a la primera experiencia, ya no constituye una necesidad pura, sino que ligada a la representación mnésica de satisfacción, siendo identificada por el niño. Esta situación confunde al niño entre la imagen mnésica ligada a la primera experiencia de satisfacción y la pulsión de satisfacción actual. "La confusión se produce, entonces, entre el objeto representado de la satisfacción pasada y el objeto real, susceptible de brindar una satisfacción presente." (Dor, 1985:160). La repetición de esta situación permitirá distinguir la imagen mnésica de la satisfacción de la satisfacción real. La imagen mnésica se convierte en un modelo de lo que se busca alcanzar en la realidad para satisfacer la pulsión, por lo tanto su función en el aparato psíquico será ser una representación anticipada de la representación anticipada de la satisfacción del proceso pulsional. De aquí se puede hablar de deseo en psicoanálisis. En otras palabras, al aparecer la necesidad, se evocará a la huella mnésica que a su vez reconstituirá la primera satisfacción. Esta reaparición es la realización del deseo, y el paso de la excitación de la necesidad a la percepción es el camino hacia la realización del deseo. Pero no existe la satisfacción del deseo en la realidad, y la única realidad en la dimensión del deseo, corresponde a la realidad psíquica. "Es la pulsión la que encuentra (o no) un objeto de satisfacción en la realidad, y puede hacerlo precisamente en

función del deseo (..) . Pero como tal, el deseo no tiene objeto en la realidad.” (Dor, 1985:162)

La dimensión del deseo aparece ligada a una falta que no puede ser satisfecha por ningún objeto real. La pulsión se debe diferenciar de la necesidad, pues la función de esta última se relaciona con lo biológico, en cambio la pulsión aparece sometida a la constancia del empuje. La necesidad es satisfecha por un objeto (objeto de la necesidad), no hay deseo, pues se satisface por sí misma. En la pulsión, el objeto de la pulsión no la satisface, y por lo tanto no puede ser el objeto de la necesidad. Entonces será el objeto del deseo (objeto *a* para Lacan). “Por lo tanto, el objeto *a*, en tanto eternamente faltante, inscribe la presencia de un hueco que cualquier objeto podrá ocupar.” (Dor, 1985:163)

La dimensión el deseo contribuirá a garantizarle al niño, cautivo de un organismo dependiente del orden de la necesidad, la promoción del estadio de objeto al de sujeto. Esto se explica por el hecho de que el deseo sólo parece deber inscribirse en el registro de una realización simbólica con el Otro y a través del deseo del Otro. (Dor, 1985:164)

El deseo en el niño se moviliza por la privación intencionando los signos hacía el Otro para lograr la satisfacción. Así entonces estas movilizaciones significantes de las manifestaciones corporales manifestadas por el niño se convierten en una verdadera demanda respecto a la satisfacción esperada. Y con esta demanda comienza la

comunicación simbólica con el Otro, incorporando así al niño al universo del deseo.

La demanda para ser articulada necesita de Otro. Desde que nace el sujeto comunica sus necesidades hacia su otro primordial, la madre. La demanda de la satisfacción de las necesidades es comunicada luego a través del lenguaje hacia el otro primordial que interpretará la demanda realizada. “La demanda es articulada y articulable por el significado que el otro da, y este otro no es cualquiera, está representado en el Otro del lenguaje. En este mismo dirigirse se constituye el Otro, porque esta demanda que el sujeto le dirige constituye su poder, su ascendiente sobre el sujeto.” (Gonzalez, 2002:2)

La necesidad puesta en palabra y constituyendo así la demanda, coloca al sujeto en dependencia hacia este otro primordial, apareciendo así que lo que en definitiva le es significativo al sujeto, es la respuesta de este otro, por lo cual la necesidad misma queda anulada. De esta manera, lo que se advierte en la demanda, es que es una demanda de reconocimiento, una demanda de amor. Una demanda por la presencia o ausencia del otro, es un juego de poder. La demanda no puede ser satisfecha, por lo cual genera la repetición que genera la delineación del objeto de deseo, en otras palabras, en esta repetición el objeto de necesidad se transforma en objeto de deseo. La demanda al pasar por el significativo (lenguaje) deja un resto que no se puede simbolizar, lo que

produce un quiebre entre hiancia que se produce por lo deseado y lo reencontrado, y que constituye el objeto a, causa del deseo. (Gonzalez, 2002).

En relación al deseo podemos definir la transferencia como "...el proceso virtual del cual los deseos inconcientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica." (Laplanche, 1967: 439)

El psicoterapeuta debe tomar el lugar de facilitador, de acompañante para que la queja se transforme en demanda de tratamiento. Pero debe tener precaución de no ocupar el lugar de resolver la queja o de trabajar imponiendo sus propios significantes, pues de ser así, dificulta el despliegue simbólico del paciente, y con ello el sujeto paciente no logrará establecer la pregunta sobre su queja, y por lo tanto no podrá instalar la transferencia. La importancia que el sujeto paciente se pregunte sobre su queja, es que va generando la demanda de la significación de su sufrimiento y "otorgándole al analista un lugar de saber sobre ese padecer." (Lakiszyk, N/D: 1).

Al establecerse y prolongarse la transferencia, se puede trabajar con ellas: despliegue de la demanda, enfoques nuevos."Muchos

consultantes se apoyan en su transferencia para operar reestructuraciones que pueden ser considerables” (Ortigue, 1986: 32)

4 MARCO METODOLÓGICO

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

La presente investigación fue realizada desde un enfoque cualitativo que nos permitió satisfacer nuestro interés de conocer desde los discursos de los padres e hijos enmarcados dentro de los procesos psicoterapéuticos. Puesto que una metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (S, Taylor y R, Bogdan 1998). Más que generar nuevos datos estadísticos nos interesó llegar a lo subjetivo y lo particular de aquellos pacientes que participaron en sus procesos.

Un estudio cualitativo como el que proponemos tiene un carácter complejo ya que hace difícil poder predecir con precisión lo que se va a obtener, por ello su característica fundamental es la flexibilidad, y la capacidad de adaptarse durante el transcurso de la investigación frente a los cambios que se produzcan.

4.2 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El tema central que tiene nuestra investigación sin duda ha sido motivo de atención en el área de la psicoterapia, pero nuestra mirada difiere de la dada en la mayoría de los casos, y se centra en el estudio de casos tratados en el centro de atención psicológica de la UAHC. Es por esto que nuestro trabajo de investigación se enmarca en el tipo exploratorio, entendiendo que este tipo de estudio se “la literatura nos revela guías aún no estudiadas e ideas vagamente vinculadas con nuestra investigación” (Hernández, Fernández y Baptista, L 2004:130). Nos permitirá así familiarizarnos con las características del paso de la queja a la demanda en el espacio psicoterapéutico con niños.

Además podemos señalar que es un estudio no experimental, dado el estudio de los casos no presentará una intervención de las variables que se definan, dado que observaremos cada uno de ellos tal y como se presentaron y desarrollaron, para después realizar el análisis correspondiente. Atendemos entonces a que en nuestra investigación “no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas por el investigador” (Hernández, Fernández y Baptista, L 2004:267).

Por otro lado, cabe señalar que nuestra investigación es de tipo transeccional o transversal, dado que el estudio de casos se realizará en un solo momento, lo que tiene como objetivo indagar en el desarrollo de ellos las características que se presentaron en el paso de la queja inicial a la demanda del espacio psicoterapéutico, por lo tanto, corresponde a un fenómeno en un momento y contexto dado (Hernández, Fernández, Baptista, 2004).

4.3 DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR

Nuestro campo de estudio fue definido debido a la factibilidad de acceso a las fichas y registros de los casos atendidos en el área de psicoterapia con niños los cuales fueron tratados por las desarrolladoras de la investigación presente durante su proceso de práctica profesional. Lo anterior permitió además un mayor conocimiento de las distintas dimensiones que se vieron involucradas en los diferentes procesos psicoterapéuticos.

UNIVERSO

El universo estuvo compuesto por los casos atendidos en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano que fueron derivados a un espacio psicoterapéutico de niños durante el año 2008 y 2009.

Tipo de Muestreo

Para nuestra investigación utilizaremos una muestra no probabilística, ya que los casos fueron elegidos por nosotras dado que cumplían con las características necesarias para la investigación, y por tanto no depende de probabilidades. (Hernández, Fernández, Baptista, P 2004).

La muestra no probabilística corresponde a 8 casos en los cuales trabajamos en proceso de psicoterapia en el Consultorio de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Nombre	Edad	Escolaridad	N° Sesiones
Paciente N	8	3ro básico	13
Paciente D	8	3ro básico	12
Paciente A	7	2do básico	12
Paciente V	7	1ro básico	24
Paciente R	8	3ro básico	26
Paciente J	8	3ro básico	23
Paciente M	7	2do básico	13
Paciente B	6	1ro básico	12

Criterios de selección

- Casos Atendidos por las tesistas en el CAPs que comenzaron durante el año 2008 y 2009

- Derivados a psicoterapia con niños
- Pacientes cuyas edades fluctúan entre 6 y 10 años
- Al menos 5 sesiones realizadas
- Procesos finalizados, ya sea por estado de alta o por deserción.

Los criterios relacionados con el lugar y temporalidad donde se realizaron los procesos: Centro de Atención Psicológica de la UAHC y años 2008-2009 se fundamenta en que es esta la institución y periodo donde desarrollamos nuestra práctica profesional, y por consiguiente donde atendimos los casos seleccionados para la muestra. Así también, nuestra experiencia de práctica estuvo enmarcada en la supervisión infanto juvenil de la institución, lo cual sustenta el criterio de que los casos son de psicoterapia con niños.

La edad de los pacientes que se definió para la selección de casos, se explica dado que en esta edad se produce la incorporación de los niños al espacio escolar, lo cual influye en la aparición de los síntomas y dificultades familiares, es decir, el paso de lo endogámico a lo exogámico. El desenvolvimiento de los niños en ambientes que no se encuentran protegidos por el alero familiar, como es el escolar, permite que ellos se desarrollen en cuanto a sus relaciones con los otros, y en dichas relaciones desplieguen los recursos adquiridos en el seno familiar, así como también se visualicen los síntomas asociados a las problemáticas familiares.

En relación a la cantidad mínima de sesiones de los procesos definidas para la selección de los casos del estudio, responde a que consideramos que es el tiempo mínimo para que se elabore una demanda a trabajar en el proceso psicoterapéutico.

Así también el criterio de término de procesos, ya sea por la condición de alta o de deserción responde a considerar que se ha realizado un trabajo en base a una demanda instalada, a pesar que en el caso de la deserción puede no haberse considerado un término de elaboración de la demanda.

Estos criterios guardan relación con aquellas variables a estudiar que se dividen de la siguiente forma:

Variable: Queja

Dimensión: Verbalización de problemáticas a nivel individual que convoca a los padres a solicitar un espacio psicoterapéutico para sus hijos

Indicadores: Cuáles son las principales problemáticas que instan a los padres a solicitar un espacio psicoterapéutico para sus hijos, las preocupaciones y percepciones de los padres respecto de sus hijos y

como todo esto se traduce en un sentimiento de malestar y angustia que finalmente genera un motivo de consulta.

Variable: Demanda

Dimensión: Verbalización de discursos relacionados con el niño como sujeto deseante, a través del cual los niños pueden expresar sus diversas emociones, inquietudes, pensamientos, y visiones relacionadas con el mundo que los rodea.

Indicadores: Expresión de ideas y pensamientos propios del niño en relación a sus pares, figuras significativas y a ellos mismos.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El estudio de casos, entendido como “una forma particular de recoger, organizar y analizar datos” (Rodríguez, Gil, García, 1999), nos permitirá estudiar en profundidad los procesos psicoterapéuticos con niños en los cuales trabajamos durante los años 2008 y 2009.

Esta forma de investigación nos exige caracterizar detallada, comprensiva y sistemáticamente los casos que tomemos para caracterizar su paso de queja inicial a demanda de espacio psicoterapéutico.

Según Bogman y Biklen (año) el tipo de estudio de casos que llevaremos a cabo es: Estudio de casos múltiples, específicamente con inducción analítica modificada, que persigue el desarrollo y contratación de ciertas explicaciones en un marco representativo de un contexto más general.

La clasificación de nuestro estudio de casos es el Colectivo, dado que nuestro interés se centra en la revisión y análisis de un determinado número de casos conjuntamente. Este tipo de estudio de casos “se realiza cuando el interés se centra en la indagación de un fenómeno población o condición general” (Rodríguez, Gil, García, 1999). En nuestra investigación queremos realizar un análisis profundo de los casos atendidos por nosotras en año 2008, de manera de indagar en las características de ellos en el paso de la queja inicial a la demanda de espacio terapéutico.

La técnica que utilizaremos es el Análisis de Contenido, el que “puede concebirse como un conjunto de procedimientos, que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se representa el corpus textual de manera transformada.” (Delgado, 1999: 181)

El Análisis de Contenido cualitativo, pretende interpretar los significados, suponiendo en ellos un contenido manifiesto y un contenido

latente. Busca generar las posibilidades de síntesis e interpretación, lo que implica una de-construcción de sentido, pone de manifiesto un sentido latente; mientras por su parte la interpretación conlleva una re-construcción del sentido. (Echeverría, 2005:6)

4.5 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Utilizamos para nuestro análisis el llamado **Análisis por categorías**, ya que “no se busca reconstituir el discurso social en su conjunto y globalidad, sino más bien rescatar temáticas, ideas y sentires que se encuentran presente en las narrativas recogidas”. (Echeverría, 2005:8)

Es así, como a través de la utilización de estas categorías, logramos ordenar los datos extraídos de los registros de sesiones de cada uno de los pacientes seleccionados, en forma organizada. De esta forma, conseguimos obtener aquellas expresiones e ideas que representaron nuestras intenciones de conocimiento a analizar, puesto que el Análisis por Categoría “se interesa por comprender e interpretar la realidad tal y como es entendida por los propios participantes” (Gil, 1994:65).

Dentro del análisis por categorías, utilizamos aquel llamado “*Categorías Emergentes*” que es utilizado “cuando se decide tratar de capturar lo más fielmente lo dicho por los entrevistados, evitando sesgos y focalizaciones previas del tema”. Por lo tanto, las categorías se fueron

construyendo inductivamente, a partir del análisis mismo y no en forma previa.

Finalmente, este tipo de análisis nos permitió ir reconociendo y diferenciando los tópicos y espacios comunes que aparecieron en las verbalizaciones de nuestros pacientes.

Procedimiento de análisis

El procedimiento de análisis de los casos comenzó con el catastro de los casos de psicoterapia con niños que nos fueron asignados en nuestro proceso de práctica. Se seleccionaron ocho de ellos que cumplían con los criterios definidos. Para cada uno de los ocho casos, se transcribieron las sesiones registradas. Posterior a esta actividad, se procedió a una revisión en profundidad de lo cual se definieron ciertos registros que se agruparon por tópicos para categorizar y posibilitar así el ordenamiento de la información: se seleccionaron verbalizaciones de los pacientes y registros de las terapeutas que permitieron dar fundamento y ordenamiento a lo que se demarcó mediante estas categorías. De esta manera se construyeron tópicos a partir de los temas relevantes reconocidos en los registros de las sesiones.

El análisis fue realizado en base a una codificación asignada a las verbalizaciones realizadas por los pacientes en sesión y registradas por

las terapeutas. Dicha codificación dio un orden que permitió la descripción de las mismas y por tanto un análisis ordenado y preciso. El ordenamiento mencionado se realizó en base a la agrupación de estas unidades codificadas por temas que se repetían. En definitiva, la codificación aplicada permitió dar un distintivo para poder realizar un ordenamiento por afinidad de temas, realizándose un procedimiento abierto e inductivo de la información.

Por otra parte, permitió identificar temas que se presentaban en los distintos procesos, como problemáticas, angustias, significados, entre otras, y que se relacionan con nuestra investigación, contribuyendo a la construcción de las conclusiones finales.

La unidad de análisis de nuestra investigación es el discurso de los pacientes y sus padres que se presentan en el espacio psicoterapéutico, por lo cual este tipo de análisis nos permitió realizar una interpretación de aquellas temáticas, sentidos, significantes y problemáticas que se escuchan y registran en estos discursos.

Se revisaron los registros de sesiones de ocho casos de procesos psicoterapéuticos, obtenidos de las fichas personales de cada paciente, facilitadas por la dirección del Centro de Atención Psicológica de la UAHC.

Dicha revisión se rigió por la búsqueda de respuestas a la pregunta ¿En qué momento aparece una posición subjetiva del niño, un deseo, una demanda desde el paciente y por otro lado, de sus padres?, lo cual permitió involucrar los objetivos planteados en nuestra investigación a través de un esquema de tópicos. Se indaga entonces, en las temáticas y problemáticas familiares, las angustias manifestadas implícita y/o explícitamente, sus quejas. De esta forma, nos permitió caracterizar el paso desde una queja inicial a una demanda de proceso psicoterapéutico.

Para esto se distinguen las siguientes categorías: por una parte la queja y por otra la demanda, de las cuales se desprenden los tópicos contruidos a partir de los registros de las sesiones indagados y referentes a estos dos ejes.

QUEJA

Esta categoría nos permitió profundizar en los discursos que los pacientes y sus padres manifestaban en el espacio psicoterapéutico, asociados al malestar inmediato que se hace presente a través de problemáticas ya sea en el espacio escolar o familiar. Las quejas son manifestadas durante las primeras entrevistas y se constituye en el **motivo de consulta** principal por el cual se da inicio a un proceso psicoterapéutico. La queja se convierte así en una expresión de **angustia** ya sea por parte de los padres o de los hijos, que devela aquellos conflictos que nacen en el seno

de las **relaciones familiares** principalmente, o en otros espacios, como lo puede ser el escolar.

Tópicos

- ***Motivo de Consulta***

Este tópico pretende revelar los principales motivos por los cuales los padres traen a sus hijos buscando una ayuda para dar solución o modificar una conducta que está causando problemas al interior ya sea de la familia misma o en otro espacio, que comúnmente es el escolar.

- ***Visión del Hijo por parte de los Padres***

A través de la revisión de los casos se pudo observar que los padres verbalizaron en distintos momentos de participación en la psicoterapia de sus hijos; ideas, percepciones, opiniones acerca de ellos y de cómo los ven desde su posición de padres.

- ***Angustia del niño***

Este tópico refiere a aquellos sentimientos y preocupaciones que los niños manifestaron en su espacio psicoterapéutico, y que dan cuenta de la intranquilidad que les provocan ciertos acontecimientos y vivencias en

los cuales se encuentran envueltos ya sea en el espacio escolar y/o familiar.

- ***Relación Familiar***

Este tópico surge de las expresiones manifestadas tanto por padres como por los hijos que dan cuenta de cómo se relacionan entre ellos dentro del hogar. Incluyendo posiciones dentro de la familia, desarrollo de juegos, castigos, recompensas, manifestaciones de cariño, entre otros.

- ***Angustia de los padres***

Este tópico surge desde la revisión de los registros de la participación de los padres en los procesos de sus hijos, nos encontramos con expresiones que daban cuenta de sus propios temores y preocupaciones frente a la situación que viven sus hijos y también, a su rol de padres.

DEMANDA

Esta categoría nos permitió profundizar en las expresiones de los pacientes y sus padres que daban cuenta de la aparición de una pregunta más allá de su malestar inicial. Es decir, de la aparición del deseo del sujeto que se instala como el inicio del trabajo psicoterapéutico. Es así, como los niños al articular una demanda desde su propia **subjectividad**,

desde su propia y particular visión como sujeto, comienzan a trabajar temáticas que les son propias y que incluyen entre otras cosas, las **relaciones con sus seres más cercanos.**

Tópicos

- ***Subjetividad del Niño***

Durante el proceso psicoterapéutico los niños expresan a través de sus discursos las ideas que tienen de sí mismo y sus sentimientos que dan cuenta de ellos como sujetos. De estas expresiones surge este tópico que nos permitió conocer la imagen propia que cada paciente tiene de sí mismo.

- ***El niño y los otros***

Este tópico nace de las expresiones realizadas en el espacio psicoterapéutico que manifiestan la relación que tienen los pacientes con sus pares más cercanos, es decir, con sus compañeros de colegio, hermanos y amigos.

- ***Percepción de los padres por parte de los hijos***

Otro elemento importante tiene que ver con las verbalizaciones realizadas por los niños en relación a lo que sienten y cómo ven a las figuras adultas más significativas, como lo son sus padres. Ellos expresaron desde su particular visión, cómo perciben a cada una de sus figuras parentales, así como también, cómo observan las relaciones que mantienen entre ellos.

5 RESULTADOS Y ANALISIS

QUEJA

Luego de la revisión y previo análisis de los contenidos que fueron encontrados en las transcripciones de sesiones de los pacientes atendidos, se puede observar que a lo largo de los distintos discursos siempre aparece aquel sentimiento de malestar y molestia verbalizado en primera instancia por los padres, quienes son convocados a manifestar la búsqueda de una solución rápida a una situación determinada de no adecuación por parte de sus hijos, frente a ciertos espacios y condicionamientos externos de la sociedad.

- **Motivo de Consulta**

El principal elemento que se puede observar en este tópico es que los padres llegan a la consulta psicoterapéutica con uno o varios motivos que los inducen a solicitar una atención en esta área. En general, los padres encuentran que sus hijos han tenido cambios en su forma de ser o en su comportamiento. Las conductas de los niños involucran cierta “molestia” en aquellos espacios dónde se expresan con mayor vehemencia, como lo son principalmente, en el espacio escolar y en el familiar.

Algunas de nuestras unidades de análisis versan así:

(A1) Padres refieren que Paciente A tiene una manera de ser muy cambiante, muy inmaduro, por cualquier cosa se enoja.

(V1) Madre indica que el Paciente V está muy rabioso, enojado y que la golpea desde marzo de este año.

(J1) Cambios repentinos en su estado emocional, de muy inquieto a tristeza, especialmente en el contexto escolar.

Los padres frente a estos cambios a veces en forma repentina o en otras, más paulatinamente; no saben qué hacer. Se encuentran con una situación que muchas veces se escapa de sus manos, la cual se centra en el niño, y finalmente, debe ser solucionada por un “otro” poseedor de un conocimiento.

Los motivos de consulta en su mayoría, se reducen a visiones sesgadas y superficiales de un escenario que puede ser mucho más complejo y que no se reduce solamente a un cambio de estado emocional en los niños.

- ***Visión del Hijo por parte de los Padres***

El cómo perciben los padres a sus hijos, es un discurso que se escucha a través de todas las sesiones. Los padres conocen en detalle el historial de sus hijos, se puede construir una historiografía de sus vidas con sus mayores acontecimientos. En gran parte de los casos, los padres conocen características de la personalidad de sus hijos, saben cuál es su forma de ser y de actuar en distintas esferas de sus vidas.

(R4) R es autogestora, inquieta, tiene ideas y las lleva a cabo. La tienen que cuidar de cerca pues tiene actitudes de peligro.

(R6) es regalona y le gusta que la abracen y la besen.

(R20) Ella era una niña inquieta, tímida y peleadora. R es una niña creativa, pero negativa, que se desvaloriza mucho a veces. Es celosa con sus amistades, las cuales tiene pocas pero intensas. Su gran amiga es su prima. Tiene problemas con su profesora.

- **Angustia del niño**

A través de las expresiones extraídas de los discursos que los niños manifestaron en distintas sesiones, es posible apreciar que son varias las ocasiones en que los niños revelaron sentimientos de inquietud, intranquilidad. Mostraron sentir cierta molestia con ciertas situaciones a través de las sesiones. Así versan algunas de ellas:

(D 8) ¿Cuánto queda para terminar?

(V 15) Entra Paciente V junto con su madre. No quiere que su mamá salga.

Por otro lado, también es posible apreciar niveles de angustia en relación a temáticas más personales que fueron apareciendo a través de las sesiones; esta angustia, se aprecia a través de expresiones de incomodidad con ellos mismos o también, con sufrimientos que se encontraban vivenciando.

(N 1) A veces no me siento como yo mismo, como si yo no estuviera ahí.

Me siento un poco mal, quiero pasar de curso

(J 17) Refiere ser tonto. Refiere morir para que Dios perdone los pecados de la familia.

(B 5) papá vuelve a la casa, yo haré todo lo que me pidas, no me portaré mal.

A través de la expresión de este estado afectivo, los niños permiten vislumbrar que en sus vivencias personales, existe algún elemento que causa disonancia en sus vidas y sobre todo en sus emociones. Sus vivencias más cercanas y personales, ya sea familiares o de otra índole, los hacen permanecer en un estado de constante preocupación, temor e intranquilidad.

- **Relación Familiar**

En las unidades de análisis seleccionadas, se observa con claridad inconvenientes en la forma de relacionarse dentro de la familia, ya sea en los padres, hijos, abuelos, etc. Es así, como situaciones tan comunes como rivalidad fraterna, convivencia familiar y la autoridad parental; se ven afectadas y se encuentran en directa relación con el sufrimiento de aquel niño que llega al espacio psicoterapéutico.

(N 6) N llegó a quitarle el lugar a M, él era el regalón de la casa, sobretodo de los abuelos. No nos podemos poner de acuerdo en cómo educar a nuestros hijos.

(N 12) Problemas de padres en ponerse de acuerdo en relación a hijos y reglas de la casa, diferencias de opinión y posturas, padre light y madre estricta

(D 2) Mi padrastro me quita las cosas y me castiga, a veces me toma del pelo. Con mi mamá hacemos pocas cosas juntos.

Pensar que sólo la convivencia entre los integrantes de la familia afecta al niño, sería una forma simplista de analizar este tópico. En las siguientes unidades de análisis, se aprecia que las familias sufren situaciones que pueden llevar a límites más complejos la forma de relacionarse, ya que la transmisión de culpabilidades, responsabilidades, la forma de ver el mundo, entre otras; llevan a que existan sentimientos mucho más profundos que afectan al niño y también a quienes lo rodean.

(J 19) Refiere que le dicen a J que se porte bien, o que o si no “el papá se puede morir y será su culpa”.

(J 24) Refiere que antes el papá le pegaba a Paciente J con la correa. Y que ella le decía que era porque se portaba mal, y le decía que le pidiera perdón al papá. Y que el papá también le pedía perdón. Ella también fue maltratada por su padre cuando pequeña.

(R 12) mandan a su pieza pero no le dicen nada. Le hablan cuando se le pasa. Le gustan sus perros porque “ellos no le dicen nada”, solo le demuestran su cariño.

- **Angustia de los padres**

Es casi imposible, que en el trabajo con niños se les escuche solamente a ellos. Los temores e inquietudes de los padres, son parte de este proceso y no pueden dejar de ser escuchados. Las unidades de

análisis que siguen, señalan que a pesar de que el niño es el centro de la escucha y de preocupación, los padres buscaron verbalizar lo que a ellos les sucedía, lo que estaban sintiendo con relación o no a la situación de sus hijos. Los padres en distintos momentos, se las arreglan para hacer saber lo que les angustia y la visión que ellos tienen de los problemas que tienen sus hijos.

(M 10) Estoy con baja autoestima y no me siento capacitada para enfrentar más entrevistas y un nuevo proyecto de trabajo

(V 14) No lo quería, pero no tuvo apoyo para hacerse un aborto. Refiere que le cuesta ser madre y es una constante angustia para ella.

(V 19) Me angustio y tengo miedo de darle un padrastro a su hijo, pero no sé bien por qué, más que nada por la carga social.

(V 23) Estoy angustiada por el colegio del Paciente V. Quiero cambiarlo. Me angustia ser madre. No la paso bien.

(J 27) Estoy muy angustiada. Estoy sobrepasada por las cosas que tengo que llevar en la vida. J me sobrepasa y le he vuelto a pegar.

(D 11) Siento que D me exige más de lo que le puedo dar

Muchos de ellos, a través de sus discursos buscaban por un lado alianza con las terapeutas y por otro lado, explicar desde su particular visión lo que sucedía y así, tener una participación más amplia en el proceso y por otra parte, recibir un apoyo en lo que a ellos les sucede.

DEMANDA

Los tópicos emergentes observados en relación con la categoría Demanda, evidencian los aspectos teóricos expuesto en el marco teórico en relación a la transformación de la queja inicial en discursos que denotan la aparición del deseo del sujeto.

Se encuentra a través del lenguaje del paciente la construcción de preguntas y expresiones que dan cuenta de sus deseos y posturas subjetivas frente a lo que le acontece, siente y la relación que tiene con sus pares y figuras significativas. Cada uno de los pacientes logró articular a través del lenguaje parte de su subjetividad logrando aparecer el sujeto que los constituye.

- ***Subjetividad del Niño***

En la totalidad de los casos, los pacientes manifiestan a través de sus producciones verbales y no verbales, la mirada que tiene de sí mismo logrando articular principalmente sus sentimientos, miedos y deseos. En general no aparecen en palabras directas y explícitas, sino que muchas veces lo hacen a través de metáforas, a través de otros elementos que le son cercanos y que utilizándolos les es más fácil expresar lo que les pasa.

Se escuchan así en los sujetos miedos en general relacionados con la separación de ellos con sus padres, el quedarse solos, a la muerte, al maltrato por parte de los padres. Estas manifestaciones están encubiertas por metáforas las que les permiten mostrar parte de ellos, pero que los hacen sentir menos expuestos, sobre todo en aquellos niños que se han sentido agredidos por su entorno.

Se construyen preguntas que dejan entrever sus inquietudes y deseos y con las cuales se trabajó en el espacio psicoterapéutico.

Por ejemplo, las unidades de análisis:

(N4) "¿me puedes ayudar?" Sin ayuda es difícil hacer las cosas

(N9) N dibuja, al finalizar se levanta, da las gracias y me abraza.

"Gracias por escucharme"

(R28) refiere saber por qué está viniendo a la psicóloga: porque su profesora la encuentra extraña, (porque a R le gusta lo distinto, a su profesora no).

(R41) "Hay otros que aprendieron también: Harry a ser más obediente, Samy más grande porque duerme afuera de la casa, Hamster a defenderse, Erizo a ser más sociable, pez más valiente, Cuy más valiente."

(N13) "Ud. es como mi amiga, me ayudó a tener más confianza en mí mismo, extrañaré el venir y hacer trabajos en sesión, tendré más tiempo libre los sábados"

(J 15) Refiere que la vida es difícil. Ante la pregunta que qué cambiaría dice que “no maltraten a los niños porque NOS duele”. Refiere que cuando pequeño le pegaban con la correa. Frente a esto el hermano le decía que se iban a ir juntos de la casa (pero su mamá no lo dejaría).

(R34) Tengo que descubrir por qué peleo tanto con la profesora, aunque ya sé lo que a mi no me gusta que sean parecida a mí, y ella es acuario igual que yo y le gusta el verde igual que a mí. Creo que ella también se siente extraña.

(R37) “yo seguiré siendo distinta”. Me encuentran extraña porque no soy señorita, no soy educada. Me gusta ser mal educada (es más divertido porque no ocupo vestido).

(J14) Dice que le gusta venir a sesión, pues se siente tranquilo y relajado porque no hay mucho ruido.

Reflejan los elementos que se expusieron anteriormente. Se encuentran expresiones de los pacientes que dan cuenta de lo que les pasa ya sea con expresiones directas o en forma no explícita, sino a través de la expresión de sentimientos de seres cercanos como las mascotas o de dibujos.

- **El niño y los otros**

En este tópico se encuentran expresiones de los pacientes que dan cuenta de su visión y relación con su entorno. Llama la atención que en la mayoría de los casos, la percepción que los niños manifiestan es de hostilidad. Se observan distintas formas de reacción frente al medio agresivo que se les presenta.

En las unidades de análisis:

(R 11) La Paciente R dice que le dicen chuky y muda. Su profesora le dice a ella y a sus amigas que son como "ostras".

(R 15) Confía más en sus mascotas: "porque son mis mejores y primeros amigos. Estuve como tres años sola, después conocí a mis dos mejores amigas, y nos pasan las mismas cosas: tuvimos piojos, mismos problemas, vamos al psicólogo, nos gusta y tenemos animales y no nos interesa conocer a nadie más. Son despitadas." Dice que se siente la oveja negra de la familia, porque es mala y hace maldades.

(R 33) Veo en los ojos de mi profesora que me siente diferente.

Se advierte la hostilidad que siente la paciente en su entorno, desde sus pares e incluso de su profesora.

En (R 16) *Me cuenta el de un monstruo que quiere tener amigos, pero que todos se alejan porque es un monstruo.* Se escucha el deseo de la paciente, a través del personaje del cuento, de ser aceptada como es y de tener amistades. Lo mismo se escucha en la expresión (N 2) *Ya no tengo amigos en la escuela.*

En las unidades de análisis:

(R 22) *le tienen miedo porque les pega cuando la molesta*

(R 35) *Dice ser una mala compañera, porque nunca ayuda a los demás, la castigan, no obedece y hace travesuras.*

(D12) *Soy encargado de fila, debo anotar a quienes hacen las tareas y a los que no. Me estoy portando mejor*

Se puede ver cómo los pacientes reaccionan ante el ambiente agresivo que les rodea, en definitiva, cómo se defienden frente al rechazo de sus compañeros de colegio.

- ***Percepción de los padres por parte de los hijos***

En relación a sus figuras significativas, se escuchan sus carencias y deseos con respecto a la demanda de amor dirigida a ellos. Solicitan la mirada de los padres, su tiempo, su preocupación. Frente a estas faltas, expresan sus sentimientos de abandono y pena.

Se puede identificar por otro lado el lugar donde ellos son puestos por sus padres, y las relaciones que establecen con ellos. Esto se evidencia en las expresiones manifestadas en unidades de análisis como las que siguen:

(M 2) Mis papás pelean porque no se ponen de acuerdo en cosas, esto me da pena pero no lloro. No dibujo muy bien, me gustaría dibujar como mi papá.

(M 5) Mi papá cuando llega pasa metido en el computador. He estado un poquito enojón pero no tanto.

(M 6) Salimos más con mi mamá ahora que está en la casa, vamos a dónde mi abuela.

(M 8) Como mi mamá no está trabajando pasamos más tiempo juntos y hacemos cosas. Mi papá ya no pasa tanto tiempo en el pc y hacemos cosas juntos. Armamos monos y jugamos.

(R 43) A mis padres les cuesta entenderme porque siempre hace cosas extrañas.

Se hace evidente las justificaciones que los niños hacen con respecto a las actitudes de los padres, pues de alguna manera se alinean con el discurso de ellos. Por otro lado, en la expresión “*No dibujo muy bien, me gustaría dibujar como mi papá*” se puede observar el deseo del niño de ser visto y considerado por el padre por tener la misma aptitud que él para el dibujo. Se muestra complaciente hacia el deseo del padre.

Los niños se muestran afectados por los problemas que presentan los padres, así como también solicitan tiempo, atención y reconocimiento por parte de ellos, pero no a través de una demanda explícita hacia ellos. La demanda que aparece en su discurso, está teñida por la justificación que les brindan a sus padres, pues les es difícil poder cuestionar a aquellas figuras que aparecen como su sostén y objeto de amor. Aparece entonces en su discurso, la demanda de amor.

6 CONCLUSIONES

6.1 CONCLUSIONES

A partir de nuestra experiencia como estudiantes en práctica, nos fue posible vivenciar la praxis de la psicología clínica en el ámbito del Centro de Atención Psicológica. Esto implicó que el conocimiento adquirido abordó distintas modalidades como lo fueron las reuniones clínicas, reuniones de supervisión, y principalmente, la experiencia en cada sesión. A lo largo del desarrollo de estas instancias, nos surgieron variadas inquietudes y cuestionamientos en nuestra posición de psicólogos, lo que motivó la presente investigación.

Para dar respuesta a estas inquietudes surgidas en nuestra incorporación al mundo de la práctica clínica con niños, nos apoyamos en el discurso mismo de los pacientes que conformaron nuestras categorías, tópicos y posteriormente nuestras unidades de trabajo.

En el tiempo de la queja en los casos que atendimos, los motivos de consulta se relacionaron efectivamente con el comportamiento en sus hijos con el cual los padres mostraban no estar de acuerdo, y que les provocaba una molestia directa en su relación familiar, o indirectamente por reclamos del colegio. En la mayoría de los casos se manifiesta que en sus hijos aparece la rabia, el enojo, la tristeza, el aislamiento, el poco

control de impulsos. Se instala inmediatamente por parte de las terapeutas la pregunta ¿de donde viene toda esa rabia y esa pena?.

Sin embargo, no aparece en el discurso de los padres una pregunta del ¿por qué del comportamiento que les incomoda de los hijos?. Tampoco se muestra al comienzo de la psicoterapia un cuestionamiento por su propio actuar como padres. Sólo se solicita ayudar(le) al niño a cambiar su comportamiento e incluso en algunos casos requiriendo que sea “luego”.

Al hablar de sus hijos, la mayoría de los padres lo hace en relación a las dificultades que los niños tienen en su comportamiento y/o de su relación con ellos (aparece nuevamente la queja). No aparece un conocimiento profundo de sus hijos, ni tampoco una mirada integradora hacia ellos. Existe una constante queja acerca de la falta de tiempo para cuidarlos, pero sin embargo les exigen que ellos, sus hijos, se hagan cargo de sus estudios, solicitando que se comporten como adultos valorando las cosas que tienen, ordenando sus cosas, siendo responsables.

Entonces ¿cómo esperan los padres que se comporten los hijos?. Se puede pensar en relación a los casos analizados, que lo que esperan es que ellos, sus hijos, se desenvuelvan lo más autónomamente posible. ¿Es esto lo que está *exigiendo* la sociedad actual?, ¿es así que se podrá

satisfacer al *Otro*?. Nos llama la atención que en la totalidad de los casos la falta de conocimiento de *lo que demandan* los hijos, la carencia de acercamiento por parte de los padres a ese sujeto-niño-hijo. En un caso, los padres hablan con total conocimiento de la hija, sin embargo ella parece confiar más en sus mascotas, y pasa sus enojos y tristezas sola en su cuarto. En el resto de los casos, que conforman la mayoría, esta soledad también se trasluce, y los padres no parecen dar cuenta de ello.

Las relaciones intrafamiliares de los casos que se estudiaron, dan cuenta de lo establecido en el párrafo anterior. ¿Cuál es el lugar del hijo en la familia?. Ocupa un lugar de repositorio de problemas familiares: padres que no se ponen de acuerdo en las decisiones ni en sus roles, padres con problemas de pareja, violencia física y psicológica hacia los hijos. Se puede ver que hay una indolencia en el cuidado integral del sujeto que conforman sus hijos. La mirada que los padres muestran hacia sus hijos no revela la consideración que ellos demandan necesitar. No les brindan el sostén necesario para desarrollarse sanamente. Lo podemos ver en algunas expresiones de los padres y de los hijos: *“(madre) Refiere que le dicen a J que se porte bien, o que o si no “el papá se puede morir y será su culpa”, “No me acuerdo (respecto a q se porta mal). Yo le quito las cosas pero no resulta”, “Mi padrastro me quita las cosas y me castiga, a veces me toma del pelo. Con mi mamá hacemos pocas cosas juntos”, “N sufrió agresiones desde pequeño, pero nunca reclamamos en los colegios, hasta ahora.”, “Mi mamá quería donarle mi corazón y órganos a*

la niña (que apareció en la tele), pero otra persona se los dio". En las expresiones anteriores se observa un menoscabo en relación al valor otorgado al hijo, están impregnadas de afectividad y de situaciones expresadas con lenguaje no dicho. Estas impresiones de la relación entre padres e hijos se leen en un primera instancia, pero al introducirnos más allá vemos que las dificultades de los padres vienen dadas por las experiencias propias de ellos, y que en definitiva se esfuerzan por hacer lo mejor con las herramientas y recursos con los que cuentan.

¿Pero por qué se da esta situación?, ¿qué pasa en las relaciones construidas dentro de la familia que dan pie para que estas situaciones se den?.

En el espacio otorgado a los padres; que vale la pena puntualizar, se realizaba en un tiempo distinto al del paciente; se dejaban entrever las angustias y problemáticas de ellos, y que no estaban relacionados solamente con el paciente, su hijo(a). En los casos que formaron parte de nuestra investigación, la angustia que se hace más visible es la de la madre. Angustia vinculada a su rol de madre. Se escuchó muchas expresiones como: *"Me cuesta ser madre"*, *"Siento que D me exige más de lo que le puedo dar"*, *"Estoy muy angustiada. Estoy sobrepasada por las cosas que tengo que llevar en la vida. J me sobrepasa y le he vuelto a pegar."*, *"Me angustia ser madre. No la paso bien."* Pensamos siendo consecuentes con nuestra base teórica, que la angustia que ellas

manifiestan nace en que no pueden cumplir con las expectativas que exige el discurso social actual. Ser madre implicaría el saber en forma intrínseca acerca de los cuidados de los hijos.

Aún se espera que los niños sean cuidados afectivamente por sus padres, más específicamente, por la madre. Además, dentro de una familia nuclear, donde el padre será el sustento y la madre la encargada de dar el amor necesario a los hijos. Ese es el ideal que estas madres parecen archivar en su inconciente, como un mandato del Otro.

Justamente en las madres de los casos estudiados, se observa un quiebre de este modelo: padres a punto de separarse, madres solas o separadas, una madre cuyo esposo es “un hijo” más, y por lo tanto no encaja con este modelo. Entonces, se diversifica el rol que cumplen en su familia. Aparte de dar el sostén emocional a estos hijos, deben dar el sustento económico, lo que les exige incorporarse en la totalidad de los casos, al ambiente laboral. Esto les provoca una sobre exigencia que da cuenta de una falta de equilibrio para poder “cumplir” con el mandato social: ser pilar de la familia. La falta de apoyo de un compañero, la falta de tiempo y el descuido de los proyectos personales, hacen que se sientan *sobrepasadas*.

Por otra parte, entregan a sus hijos a la institución escolar para que se *los eduquen*, y sin embargo, en la generalidad de los casos

estudiados, desde allí se levantan las principales quejas acerca de su hijo, que viene a ser una *carga* más para ellas.

Las angustias y miedos que manifiestan los pacientes, se relacionaron con inseguridades que se originan en los padres, y que dan cuenta de una falta de atención frente a las *necesidades* de los hijos. El miedo a la soledad y por otra parte, a disgustar a los padres se repite en la mayoría de los discursos de los niños: *"Refiere que nadie sabe cuando ella llora"*, *"R habla de temas: muerte, enfermedad, entierro"*, *"A veces no me siento como yo mismo, como si yo no estuviera ahí."* No saben mucho de por qué se sienten mal, les cuesta expresarlo. En nuestra experiencia, frases como *"no sé"* o *"no me acuerdo"* dan cuenta de su angustia, de aquello imposible de llenar con palabras. Además, aparece en su diálogo y actuar, el discurso que escuchan de sus padres: *"Mi mamá está enojada por mi comportamiento en el colegio, por eso tengo pena."*, *"Entra Paciente V junto con su madre. No quiere que su mamá salga."*, *"Él menciona también que fue difícil para él cuando el papá estuvo en la clínica."*, *"Refiere ser tonto. Refiere morir para que Dios perdone los pecados de la familia."*

Proponemos que esta angustia tiene que ver con lo que reciben desde sus padres, desde sus madres. Nos referimos en estos casos particulares, a los discursos parentales y a la angustia que sienten sus madres. Es inquietante para los hijos sentir que sus madres no les dan la

seguridad y contención que ellos necesitan para sobrevivir. Quedan pegados al capricho de ellas para seguir con vida, igual que cuando eran bebés. Quedan fijados a la angustia de sus madres y por otra parte, sienten que ellas quieren deshacerse de ellos, que no son capaces de cuidarlos, *“No lo quería, pero no tuve apoyo para hacerme un aborto.”*. Tienen que condescender con ellas para poder permanecer. Pero, ¿será esta inquietud la que se muestra a través de la agresividad y pena que tanto *reclaman* sus padres?.

Al avanzar en el trabajo psicoterapéutico, se pudo observar que tanto en los niños como en los padres se instala una pregunta relacionada con lo que les sucedía. Pero el cuestionamiento no fue el mismo en los hijos y en los padres, debido a la particularidad e individualidad de cada uno de ellos y a que la instalación de la demanda es distinta en cada caso.

En nuestros pacientes aparece un discurso que se aleja y difiere del discurso de los padres. Se comienza a escuchar opiniones sobre sí mismos, sobre como ellos se ven. Aparecen preguntas que ellos mismos se contestan. En definitiva, aparece su subjetividad, la mirada que ellos hacen de sí mismo, y que en definitiva da cuenta de un cuestionamiento propio y de respuestas que van más allá de lo que escuchan de sus madres. Esto no significó que se separaran totalmente del discurso

parental, pero si trabajaron en el espacio psicoterapéutico con sus propios deseos abriendo la posibilidad de que apareciera su demanda y su deseo.

La demanda que ellos articulan, es una demanda de amor, de atención. Llama la atención de que al instalar en sesión que el espacio psicoterapéutico es para ellos, los pacientes se lo “*tomen*” y utilicen para comenzar a mostrar sus miedos y angustias. Algunos toman más tiempo que otros, pero en los casos que se escogieron, los niños lograron articular demandas en torno a las problemáticas que a ellos les atribuyeron. Al poder simbolizar a través de palabras articuladas y lo simbólico de sus dibujos y gestos en sesión, produjo para ellos un reordenamiento en la realidad de su entorno: *“Dice Me gusta que se separen (unas piezas de un juego). Refiere “que están pegados como él con su mamá”, “Refiere que la vida es difícil. Ante la pregunta que qué cambiaría dice que no maltraten a los niños porque NOS duele.”, “refiere saber por qué está viniendo a la psicóloga: porque su profesora la encuentra extraña, (porque a R le gusta lo distinto, a su profesora no).”, “N dibuja, al finalizar se levanta, da las gracias y me abraza. Gracias por escucharme”, “yo seguiré siendo distinta. Me encuentran extraña porque no soy señorita, no soy educada. Me gusta ser mal educada (es más divertido porque no ocupo vestido).”*

Para el proceso psicoterapéutico, tanto lo articulado por ellos como sus silencios, fueron significativos en el momento de poder develar lo que

les ocurría, y los pacientes trajeron al setting tanto sus producciones como sus silencios *“no he tenido más sueños y no quiero hablar de eso”, “he estado bien, podríamos jugar a los gogos”*.

Se descubre a través de sus expresiones lo que les provoca tener un espacio propio para ellos: *“Dice que le gusta venir a sesión, pues se siente tranquilo y relajado porque no hay mucho ruido.”*, *“me da un poco de pena no venir más”*, *“ud. es como mi amiga, me ayudó a tener más confianza en mí mismo, extrañaré el venir y hacer trabajos en sesión, tendré más tiempo libre los sábados”*. Se puede deducir que el espacio psicoterapéutico en el que trabajaron, les brindó la mirada a ellos como niños en tanto sujetos. Nuestra mirada apuntaba a reconocerlos como tal y darles el lugar que ellos tal vez no tenían ni en sus hogares ni en su colegio. Este reconocimiento los hizo desplegar su subjetividad y sentirse *“vistos”*.

Los pacientes además, articulan sus demandas hacia los padres. Las cuales en la totalidad se relacionan con peticiones de atención, reconocimiento, compañía. En las expresiones: *“no hacemos muchas cosas con mi mamá”*, *“mi papá cuando llega pasa metido en el computador”*, se puede escuchar la demanda de compañía hacia sus padres. Esta demanda se dirige hacia la psicoterapeuta, y se observa la transferencia: *“nuestra relación está mejor (padrastra). Puede jugar conmigo?”*.

En *“La molestia del Paciente V es porque la madre le dijo que no le celebraría su cumpleaños porque se portaba mal.”*, *“A mis padres les cuesta entenderme porque siempre hace cosas extrañas.”* Se puede escuchar la falta de reconocimiento que ellos demanda de sus padres. Pero en definitiva, todas estas demandas constituyen una demanda de amor.

Además, también los niños reconocen las problemáticas familiares, *“mis papás pelean porque no se ponen de acuerdo en cosas”*, pero consiguen enunciar su posición y emoción al respecto: *“esto me da pena pero no lloro”*. Lo que no se dicen, lo que los padres piensan que sus hijos no saben, aparece en sus dibujos, en sus palabras, en sus fantasías desplegándose en las sesiones los fantasmas familiares y en muchas ocasiones es manifestado por el niño mediante un síntoma.

Dentro del despliegue de la demanda de los niños, aparece su posición subjetiva frente a la relación con sus pares. De los casos que participaron en el presente estudio podemos decir que se devela la importancia de la identidad que se busca frente a los pares. Identidad que está marcada por el discurso de los otros: *“Su profesora le dice a ella y a sus amigas que son como ‘ostras’.”*, *“le tienen miedo porque les pega cuando la molestan”*. Se escucha esto, y los pacientes se preguntan sobre estas opiniones que oyen de los otros pares y personas del colegio.

Logran entonces articular su “propia” opinión al respecto. Desde ellos, consiguiendo así separarse de los otros discursos, para teñirlos con su posición frente a ellos: *“me cuenta el de un monstruo que quiere tener amigos, pero que todos se alejan porque es un monstruo.”* Frente a lo cual *“me dice que las apariencias engañan. Y me dice que a ella le ha pasado eso.”*, *“Refiere que va a tener que bailar igual porque algunos niños quieren bailar, y ella no quiere echarles a perder el baile.”*

Aparece que es importante para ellos el reconocimiento de sus pares: *“Ya no tengo amigos en la escuela”, “Dice que ella también se siente sola porque tiene puros amigos hombres, le pregunto quienes y me nombra a sus animales.”*. También aparece la demanda de amor frente a sus pares y figuras significativas.

Los pacientes necesitan ser reconocidos, y para esto ellos requieren ser vistos, otorgándoles un lugar reconocido, tanto por los padres, pares y figuras significativas. El lenguaje al cual ellos son sujetos es de vital importancia para que se vaya construyendo su estructura de sujeto. De ahí nace la importancia de esta mirada, sobre todo de los padres en una primera infancia, y de la de sus pares y profesores en la etapa en la que se encuentran los pacientes participantes de esta investigación, que habla de los primeros encuentros y desencuentros con la realidad, con lo traumático.

La visión que ellos tienen de sí mismos al ingresar y ser partícipe del espacio escolar, está teñida por el simbolismo que sus padres le brindaron desde su nacimiento. En dicho espacio se encuentran con dificultades y hostilidad propia de la vida, por lo cual mientras mayor seguridad (sustento simbólico) le haya brindado su primer entorno, mejor será su pasar por esta etapa. Esto no quiere decir que los padres se desentiendan. Ellos deben seguir brindándoles la seguridad que requieren para seguir transitando por las instancias escolares y de la vida.

Sin embargo, en los casos estudiados, se escucha en el discurso asociado a la queja, al inicio del proceso psicoterapéutico que los padres tienen la convicción que la responsabilidad de formación de sus hijos es del colegio. Le entregan al niño al colegio, y de alguna manera se desentienden. Lo mismo pasa cuando llegan a la consulta, solicitan que el comportamiento de su hijo o hija cambie y mejore según las expectativas que tienen de ellos. Esto da cuenta de la falta de cuestionamiento frente a su responsabilidad y saber de padres; asumiendo que el saber sobre sus hijos está en otros.

En nuestra investigación, la demanda que aparece en cada niño, no se condice con la que aparece en sus padres. Las preguntas que emergen en los padres se relacionan con su propio quehacer de padre, poder dar un vuelco en la mirada hacia su hijo, y movilizar con eso un cambio en las interrelaciones familiares, que a la vez reasignan al niño un

espacio en su familia que permite que su demanda de amor sea atendida, y con ello bajar su estado de angustia e inquietud.

En el trabajo que se realiza con los padres se apuesta a poder acompañar el cambio de esta mirada, fortalecer la valoración que tienen de su hijo para que se le ubique en el lugar que corresponde y en el cual se le pueda atender la demanda de amor que no es reconocida por los padres.

Cuando este cambio se moviliza, suelen haber mejorías en los niños, los padres se conforman con estos indicadores, y no vuelven. Sin embargo, en alguno de estos casos, no ocurre un cambio en la mirada de los padres, y eso se traduce en que el avance que se logra con los hijos, la aparición de su demanda, el trabajo que se realiza con ellos, es infructuoso. Ocurrió que durante el proceso realizado, el espacio psicoterapéutico se le recomendó a alguno de los padres terapia, ya sea individual o de pareja. No en todos los casos fue aceptada y efectuada la derivación, quedando los niños atrapados en una dinámica de la cual no saldrán si sus padres o uno de ellos no atiende sus propias dificultades para poder producir el tránsito hacia una nueva forma de relacionarse en la familia.

Basado en lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que en los procesos que llevamos a cabo, los casos en que apareció la demanda por

parte de los niños, fue cuando en la relación psicoterapéutica a través de la transferencia se posibilitó que el paciente fuera puesto en el lugar de sujeto y con ello se sintiera validado y *por fin* escuchado. Permitirle separarse del discurso de sus padres y permitirse descubrir y *nombrar* lo que siente y le pasa, y depositarlo en la psicoterapeuta. Hacerlo real.

En los padres por otro lado, se instala un trabajo psicoterapéutico en el momento en que se les devuelve parte de lo observado en el transcurso de las sesiones y éstos son capaces de reconocer la demanda de sus hijos, es posible el reconocimiento del sujeto demandante de amor. Al mismo tiempo, los padres vislumbran que grado de implicancia les corresponde en este no reconocimiento/reconocimiento, el cómo sus propias falencias, angustias y culpabilidades; y finalmente, su relación de pareja influye en una demanda de un espacio psicoterapéutico en primer lugar para sus hijos (a través de la mantención del proceso) y en segundo lugar, si es necesario solicitando un espacio propio de análisis.

Nos preguntamos entonces si nuestro lugar de psicólogas es de educar y enseñar a los padres a ser buenos padres. La orientación psicoanalítica nos orienta a generar cambios en la visión del niño de acuerdo a su demanda, sin forzar un bienestar o una adaptación de él.

Finalmente, lo que aparece en el proceso psicoterapéutico no es una cura, sino una transformación. La transformación de la queja en una demanda.

6.2 PREGUNTAS FINALES Y SUGERENCIAS

Nos parece pertinente revisar con detención nuestra praxis en el espacio de psicoterapia con niños, enmarcada en una institución con fines formativos en el área de la psicología clínica. Este espacio cuenta con ciertas normativas que se deben cumplir en cada proceso y que nos lleva a plantearnos algunas interrogantes respecto a lo que vivenciamos con nuestros propios pacientes y procesos.

Los casos que fueron analizados presentaron el paso de una queja a una demanda de trabajo psicoterapéutico, pero en ocasiones, los procesos llegaron sólo hasta esa instancia y no se continuaron, surgió el momento de dar el alta. Será que al mostrar signos de la aparición del sujeto niño y demandar desde ellos mismos, consideramos esto como una “mejoría” y se da termino a los procesos tal vez en forma temprana. ¿Estando expulsando a los niños de su espacio al ya haber cumplido con las horas de terapia?. O será que, ¿consideramos que cuando el niño comienza a hablar desde su subjetividad, ya no tenemos más trabajo que hacer con ellos y los damos de alta?.

Una de las primeras dificultades que se nos presentó al comienzo de las intervenciones, fue el escuchar más a los padres y tomar cierta alianza con su queja y desde ésta llegar a la escucha de los niños. A través del trabajo en supervisión logramos separarnos de su discurso y escuchar al sujeto niño, nuestro paciente. Esto lo reconocemos como una dificultad a examinar y superar en el trabajo con niños.

Es así, como se puede pensar que en algunos casos el fin de un proceso psicoterapéutico tiene directa relación con la sintomatología que presentan los niños y la disminución o desaparición de la queja en el discurso de los padres. Pero los niños al lograr desvincularse del discurso de sus padres y mostrar su subjetividad a través de la expresión de sus emociones, sentimientos y de todo aquello que les es propio y tan personal que incluso en ocasiones, nunca habían verbalizado, no sólo se posicionan en un lugar de “no síntoma” y de “mejora” sino que se ubican en un lugar de sujeto pensante y deseante.

Por otro lado, tuvimos que aprender a lidiar con los padres y su constante sostener de su queja y solicitud de cura de sus hijos. Esto lo mencionamos, dado que en algunos casos el mostrar las dificultades que se observaron, y que tienen relación con la relación entre padre/madre: dónde se deja entrever que existen falencias en los roles de los padres, en la convivencia, o algunos temas que deben ser trabajados en forma individual; los padres huyen del trabajo terapéutico, llevándose con ellos a

sus hijos. Aparecen mediante la participación de los padres en sesión, sus dificultades en el orden de lo parental, que requieren ser trabajadas. Desde acá aparece la necesidad de brindarles más espacio para que ellas sean verbalizadas y trabajadas, y con esto apoyar en la transformación de sus relaciones intrafamiliares, pero principalmente apoyar el trabajo en el proceso de sus hijos. Consideramos por lo tanto, no olvidar que los padres deben participar en los procesos de sus hijos, y que los terapeutas deben ser capaces de escuchar en detalle el discurso de cada uno de ellos, y de esta forma lograr configurar un entramado de significados frente a los problemas que traen a sesión los pacientes.

También, al aparecer estas demandas propias de los padres relacionadas con sus dificultades como sujeto, que repercuten en su rol de padre o madre, nos ubicaron en un lugar que no nos correspondía, dado que esta demanda la deben resolver en un espacio de trabajo personal. Cuando esto ocurrió, aconsejamos trabajar en un espacio propio y derivamos a psicoterapia individual. ¿Cómo poder diferenciar si el padre o la madre necesitan realmente este espacio propio, o basta el trabajo con ellos incluyéndolos en el espacio del niño?.

Finalmente, al pensar en nuestro propio proceso de práctica vivenciado y en base a esta investigación. Sentimos que en el espacio de trabajo con niños, el principal compromiso es con ellos, es a los niños a quienes debemos respeto y profesionalismo puesto que son sujetos en formación y crecimiento, y la manera en que logremos trabajar en sus

propios procesos de psicoterapia de una u otra forma dejará una huella en sus vidas. Si conseguimos que estos niños se hayan sentido escuchados, reconocidos, comprendidos y apoyados; entonces, logramos sortear la primera etapa de nuestra introducción al espacio de la psicología clínica.

7 **BIBLIOGRAFÍA**

- **Aberastury, A.** (1972). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Compiladora. Editorial Paidós Psiquiatría, psicopatología y psicosomática.
- **Ariès, P.** (1960). *El Niño y la Vida Familiar en el Antiguo Régimen - Capítulo II*, Extraído el 03 de abril de 2009 desde <http://www.iin.oea.org/IIN/cad/SIM/pdf/mod1/Texto%2015.pdf>
- **Arriagada, I.** (2000). *¿Nuevas Familias para un nuevo siglo?* Extraído el 28 de agosto de 2009 desde <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v10n18/03.pdf>
- **Berenstein, I., Puget J.** (Junio 1999). *Lo Vincular Clínica y Técnica Psicoanalítica*. Editorial Paidós
- **Calcagnini, C. M.** *El Desafío de Escuchar a los Niños* (2004). Extraído el 01 de octubre de 2009 desde <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=6418>
- **Cuellar Zavala, M. del C.** (s.f). *El Problema de la Función Paterna y la Declinación del Lugar del Otro*. Extraído el 24 de marzo de 2009 desde <http://www.uaq.mx/psicologia/lamision/funcion.html>
- **Delgado, J. M., Gutiérrez J.** (1999). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Síntesis Psicología.
- **Delsing, R.** (1995). *La familia: el poder del discurso*. Extraído el 05 de mayo de 2009 desde http://www.ifejants.org/aulavirtual2/uploaddata/17/Unidad2/Tema1/Riet_Delsing.pdf
- **Dor, Joel** (1985). *Introducción a la Lectura de Lacan*. Editorial Gedisa.
- **Echeverría, G.** (2005). *Análisis Cualitativo por Categorías*.
- **Etchegoyen, R. H.** (1986). *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica*.

- **Ferrari, M.** (2001). *¿Tomar a un niño en Psicoanálisis?*
- **Freud, S.** (2005). *Obras Completas Tomo II y III*. Biblioteca Nueva. Editorial El Ateneo.
- **García Arzeno, M. E.** (1987). *Indicaciones y contraindicaciones en el tratamiento psicoanalítico de niños*. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.
- **Gerber, Daniel** (2005). *El psicoanálisis en el malestar en la cultura*. Primera Edición. Editorial Lazos.
- **Gonzalez Vizzi, M.** (2002). *Monografía “Queja – Demanda – Análisis”*. Extraído el 18 de agosto de 2009 desde <http://www.redba.com.ar/Monografias/gonzalez.htm>
- **Grupo de trabajo La Niñez.** (2006). Equipo Psicología y Educación Universidad de Chile. *Revista de psicología*, Vol. XV, N° 2. Extraído el 05 de octubre de 2009 desde http://www.csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/2006_02/trabajo_ninez.pdf
- **Grupo de Trabajo La Niñez.** (2006). *Conceptualizaciones de la niñez desde la lectura de las políticas públicas en infancia*. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*.
- **Hernández Sampieri, R., Fernández Collado C., Baptista L.** (2004) *Metodología de la Investigación*. 3ra. Edición, Mc Graw Hill.
- **Jodelet, D.** (1986). *La Representación Social: Fenómenos, concepto y teoría*. Editorial Paidós.
- **Lacan, J.** (1969). *Dos notas sobre el niño*
- **Lakiszyk, O.** (s/f). *El analista al fin cuestionado. Del pedido de ayuda a la demanda*. (Dos fragmentos clínicos)
- **Laplanche J., Pontalis J.-B.** (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- **López, Y.** (1998) *“La Familia una Construcción Simbólica: De la naturaleza a la Cultura”*. *Affectio Societatis*, N° 2 Septiembre de 1998. *Revista Electrónica del Departamento de Psicoanálisis*. Universidad de Antioquia. ISSN: 0123-8884. Extraído el 20 de abril

de 2009 desde
<http://antares.udea.edu.co/~psicoan/ARTICULOS2/LA%20FAMILIA.pdf>

- **Mannoni, M.** (1965). *La primera Entrevista con el Psicoanalista*. Novena reimpresión, Editorial Gedisa S.A. 2003.
- **Mathelin, C.** (1994). *Clínica Psicoanalítica con Niños. Uvas Verdes y Dentera*.
- **Mohor, D.** (s/f). *Los Padres Decidieron no tener autoridad sobre sus hijos*. Extraído el 16 de septiembre de 2008 desde el diario “El Mercurio” desde http://www.escolapios.cl/data/images_upload/141743441447986368719258887796.doc
- **Morgan L.** (1935). *La sociedad primitiva*.
- **Ortigue, Marie-Cécile y Edmond** (1986), *Cómo se decide una psicoterapia de niños*. Editorial Gedisa.
- **Pérez, M. A.** (2009). *El Síntoma en la Clínica Analítica*. Extraído el 16 de mayo de 2009 desde http://www.antroposmoderno-articulo.php?id_articulo=1225
- **Rodulfo, R.** (1999). *Los niños del psicoanálisis y la necesidad de revisión de su estatuto*. Extraído el 10 de julio de 2009 desde <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/RicardoRodulfo.htm>
- **Rodríguez Gómez, G. Gil Flores J. García Jiménez E.** (1996) *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Ediciones Aljibe.
- **Rojas Flores J.** (s/f). *Los niños y su Historia: Un acercamiento Conceptual y Teórico desde la Historiografía*
- **Rojas Flores J.** (s/f). *Moral y prácticas cívicas en los niños chilenos*.
- **Taylor, S. y Bogdan, R.** (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós
- **Winnicott, D.** (1994). *Conozca a su hijo, Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia*. Editorial Paidós.

8 ANEXOS

8.1 CARTA DE SOLICITUD

La siguiente carta corresponde a la solicitud realizada a la directora del Centro de Atención psicológica, Carolina Bienzobas, para poder acceder a los documentos de las sesiones realizadas a nuestros pacientes.



Sra. Carolina Bienzobas
Coordinadora Consultorio Psicología
Universidad Academia Humanismo Cristiano

A través de la presente, queremos solicitar permiso para revisar procesos psicoterapéuticos realizados por nosotras, Claudia Madrid e Isabel Ulloa en el Consultorio Psicológico de la Universidad, como parte de la investigación de nuestra tesis "De la queja a la demanda en el espacio psicoterapéutico en Niños. Estudio Exploratorio de Casos Atendidos en el Centro de Atención Psicológica de UAHC". Los casos serán analizados y comentados en el trabajo de tesis sin identificar a los pacientes, por lo cual no requerimos permiso de los mismos.

Los casos a revisar corresponden a:

Nombre	Nº Ficha
Nicolás Álvarez	745
Damián Gomes	1252
Martina Soto Camilo	1526
Juan Rain	1527
Eva Chandía	1535
Martín Barrientos	1539
Axel Cáceres	1554
Carlos Osses	1555
Marco Irrazábal	1575
Guillermo	1585
Catalina Fuentealba	1596
Bruno Nova Leal	1609
Matías Miranda	1613
Gabriel Román	1614
Scarlette Caffucura	1618
Vicente Llanos	1641

Javiera Reyes	1646
Javiera Reyes	1646
Tomás Arias	1649
Rocio Alvarado	1660
Barbara Reyes	1696
Scarlette Contreras	1731
Sebastián Donaire	1752
José Ignacio Gonzalez	1773
Antonia Muñoz Morales	1818
Muriel Aguilar	1835

Así mismo, solicitamos información estadísticas de los casos atendidos por el CAPs para ser citada en el mismo trabajo de tesis.

Esperando tener una buena acogida, se despiden Atentamente,

Claudia Madrid

Isabel Ulloa N.

OK Autorizados.
5/08/09.


8.2 FICHAS DE PACIENTES CAPS

Nº Ficha	1 (745)
Nombre del Paciente	Paciente N
Nº Sesiones Realizadas	13
Fecha Egreso (ultima sesión)	24-10-09
Motivo de Consulta	La mamá consulta porque su hijo es muy inquieto, en el colegio no termina las tareas.
Condición de egreso	Si bien N tiene un diagnóstico por TDAH, a la fecha su rendimiento escolar ha mejorado y su comportamiento también. Sigue inquieto pero está rindiendo en el colegio. Se da de alta.

Sesión 1
N ha estado en tratamiento con Aradix por TDAH, ha sido inquieto desde kinder. En el colegio y en la casa llora, patalea. Desde el colegio dicen que en casa necesita apoyo y esto se convierte en hacerle las tareas. No copia, es distraído. Respecto al remedio, dice la madre que le dura hasta el recreo, luego no quiere volver a clases, se pasa de revoluciones. A los 3 hermanos los han criado los abuelos. En el colegio N. no tiene amigos.

Lo molestan porque es muy guagua. Los padres estuvieron separados hace 1 año x 2 años. N sufre de constantes abusos por parte de su hermano del medio, lo golpea y molesta. Este hermano era el regalón, siempre lo agrede, le dice que lo odia porque nació.

N señala “a veces no me siento como yo mismo, como si yo no estuviera ahí”. No puede sacarse buenas notas. Le gustan los recreos porque se divierte, pero los niños a veces no quieren jugar con él. Los niños le hablan y él se desconcentra. “me siento un poco mal” “quiero pasar de curso”

Sesión 2

La madre dice que N ha estado con evaluación diferencial hasta el año pasado. Estaba con promedio rojo pero ahora con apoyo logró subir a un azul. No escribe nada en clases, molesta, gatea y pelea en la sala. Ya no tiene amigos en la escuela. La madre siente temor de que repita, y le preocupa de que su hermano lo moleste tanto.

Sesión 3

En el colegio están muy exigentes y el ritmo de N es lento. Todos los niños están cansados. La profesora le exige demasiado a N, no perdona. N trabaja pero con supervisión, “él se sabe las cosas pero en las pruebas falla”. Su hermano lo sigue molestando. Han sabido que en el colegio maltratan a N. Respecto al medicamento, N no ha ido a clases por lo tanto no saben si le hace efecto o no. La madre señala estar sobrepasada, igual que el padre. Cuando llegan del trabajo lo ayudan con las tareas, pero a esa hora N está cansado y la madre en ocasiones

termina haciéndole las tareas.

Sesión 4

Se conversa con la madre en relación a que es necesario que busque alianza con la profesora de N con la finalidad de obtener un informe desde el colegio, pedir evaluación diferenciada y un apoyo de psicopedagogo.

N en sesión juega y pide pintar con temperas. Le cuesta iniciar el trabajo con temperas y me pide ayuda “¿me puede ayudar? Sin ayuda es difícil hacer las cosas”.

Sesión 5

Se cita a los padres de N. Se les recibe y se conversa un poco sobre el trabajo que se había hecho en la terapia anterior (su ficha anterior no se encuentra).

Los padres estuvieron separados por dos años, esto debido a diferencias y problemas entre la pareja.

Los niños han sido cuidados en la mayoría del tiempo por los abuelos maternos, por eso serían muy regalones y en ocasiones, éstos desautorizan a los padres.

El padre es más tranquilo y más Light como lo define la madre. Ella es más arrebatada y enojona. Ella es la que pide que las cosas estén hechas en la casa, pero nadie la ayuda. Por este motivo no salen a ninguna parte, porque no tienen tiempo y el poco tiempo libre lo pasa ayudando a N en sus tareas. “A qué hora podríamos salir a alguna parte”.

Se conversa sobre la relación de N con sus hermanos, su hermano C lo

trata bien y juega con él. Pero con su hermano M, tienen una pésima relación. Los padres creen que es porque le llegó a quitar un lugar a M, él era el regalón de la casa, sobre todo de los abuelos.

Los padres no saben que hacer con la mala relación de sus hijos, incluso le han llegado a pegar a M, para que vea que le hace daño a su hermano menor. La madre piensa que tal vez pueda traerlo a sesión para que yo lo vea.

Como padres, tienen claras diferencias de opinión en cómo educar a los hijos. Se desautorizan uno con el otro. No se ponen de acuerdo en este tema.

Sesión 6

Su madre señala que ha estado asistiendo al colegio. La profesora de N no se muestra cooperativa y no enviará informe escolar. De la misma forma, ella se niega a enviarlo a psicopedagoga del colegio. Solicitan desde el colegio que lo apoyen en la casa. Sobre los estudios de Nicolás, señala que estudia en la casa y sabe las respuestas, pero en el colegio las olvida. En general, no quiere hacer nada, si lo retan llora, se pone lánguido, que no lo quieren y sólo le interesa jugar. Se conversa con N sobre cómo ha sido su semana y sobre las actividades que no hace con sus padres. No hacen ninguna actividad en fines de semana, no salen.

Sesión 7

Hablan de la relación de N y su hermano M. Desde siempre ha sido mala, desde que N nació. Ellos señalan que han conversado con M

infinitamente. La madre señala que le tira cosas por la cabeza, le hace a él lo mismo que le hace a N. M antes era súper regalón de los abuelos y luego llegó N. La madre no sabe porqué esta relación, trata a los tres por igual, si les compra algo es para todos por igual. Sobre el nacimiento de N: se supone que era una menopausia prematura, a los 42 años. Tuvo susto por los medicamentos que estaba tomando, miedo a que saliera con problemas. N nació con la temperatura baja. Ellos querían una niña.

A los 2 o 3 años se puso inquieto. Los padres comentan que N sufrió agresiones desde pequeño, ellos nunca reclamaron en los colegios. N es requeter regalón. El padre lo castiga y la madre le quita los castigos.

Como familia, comparten en casa. No salen a ninguna parte. La madre señala que siempre está cansada y tiene cosas que hacer propias del hogar y que toda la semana trabaja. No tiene tiempo.

Sesión 8

Según la madre, N sigue igual. La madre siempre pide conversar unos minutos con terapeuta. Luego, se trabaja con N en dibujos. Se realiza dibujo de familia, PBL y de él mismo. Una vez terminado los dibujos, N se para de su asiento y da las gracias, me abraza. Al preguntarle el porqué de las gracias, señala que es por escucharlo.

Sesión 9

N se muestra sin ganas de participar de la sesión, se encuentra emocionado porque por primera vez su madre lo llevará al cine. Nunca antes había ido y además, su mamá lo llevará al McDonalds. Revisa un rompecabezas y cuenta un poco sobre cómo le ha ido en el colegio.

Sesión 10

Se conversa con Nicolás sobre la película que fue a ver la semana pasada con su madre, dice que lo pasó muy bien. Nuevamente quiere jugar con rompecabezas. Cuenta cómo han estado las cosas en su casa, que su hermano M ya no lo molesta tanto.

Sesión 11

Se recibe a los padres de Nicolás, se conversa en relación a cómo ha estado Nicolás en el último tiempo. Se conversa además, del proceso que ha sido interrumpido en reiteradas ocasiones por faltar a sesiones. Surge nuevamente las temáticas relacionadas con problemas entre los padres para poner reglas en la casa y de ponerse de acuerdo en relación a los hijos, existen claras diferencias de opinión y de posturas frente a problemáticas.

Nicolás ha estado bastante bien en el colegio, sus notas han mejorado notablemente.

Se les propone dar de alta a Nicolás y ellos están de acuerdo.

Surge al final de la sesión, cierta problemática relacionada con la madre, ella se encuentra sobrepasada con su trabajo, la casa y Nicolás. Está agotada y muy cansada. Ya no tiene paciencia y explota en la casa. Se le ofrece un espacio psicoterapéutico para ella, dice que lo pensará y que responderá la próxima semana.

Sesión 12

Se da de alta a N. Se conversa con él sobre su alta, él expresa estar de acuerdo y que solamente me echará mucho de menos, “usted es como

mi amiga” “me ayudó a tener más confianza en mí mismo”, extrañará el venir y hacer trabajos en sesión, “pero tendré más tiempo libre los días sábados”.

Se conversa unos minutos con la madre de N y se da termino al proceso, en relación a comenzar una terapia para ella, se niega y dice que no puede cambiar si las cosas que están a su alrededor no cambia, que no vale la pena.

Nº Ficha	2 (1252)
Nombre del Paciente	Paciente D
Nº Sesiones Realizadas	12
Fecha Egreso (ultima sesión)	14-07-2009
Motivo de Consulta	No controla impulsos (agresión) y Enuresis Nocturna
Condición de egreso	D y su madre se muestran dispuestos a trabajar, su relación se hace más cercana. Sin embargo, a pesar de esto y la terapia individual de la madre, no se puede avanzar más en la relación de ellos ya que su madre señala no estar lista para mayor cercanía.

Sesión 1
La madre de D señala que trae al niño porque está sensible, tiene pena y poco control de impulsos, ira. D no distingue en qué situaciones se ha sentido así. Vive con su madre, padrastro, tía y una prima. En el colegio no tiene amigos. Participa en Scout en una iglesia de su casa. La relación con su padrastro no es cercana, lo encuentra serio, no se hablan mucho.
Sesión 2
D señala que no hacen muchas cosas juntos con su madre. Le gusta el

futbol. Cuenta que lo castigaron y no puede salir a andar en bicicleta.

Se conversa con su madre, cuenta que los primeros 3 años de D fueron complicados, siente que hubo poca vinculación con D. A ella le costó, siente culpa por esto. “D lloraba mucho y yo no sabía que hacer” “Asumir el rol de madre fue complicado” “quiero que D sea feliz”

Sesión 3

D cuenta que se ha portado más o menos en el colegio “en la sala los niños se transforman”. Su mamá y padrastro le pidieron a la profesora que les envíe notas respecto al comportamiento de D.

Se percibe triste a D cuando ingresa a la sesión, “mi mamá está enojada por mi comportamiento en el colegio”. “Mi padrastro me quita las cosas y me castiga, a veces me toma del pelo. Con él estudia todos los días.

Le gustaría estar más con la mamá, pero sabe que no se puede por el trabajo, “hacemos pocas cosas juntos”. Dibuja a un robot y un luchador de lucha libre “el mexicano”.

Sesión 4

Se retoma la conversación acerca de la relación de D con su padrastro.

No mejora y H tal vez es muy estricto con él.

D a través de las sesiones, se muestra más abierto a conversar. Siempre busca elementos para jugar. En especial, en cada sesión trae sus gogos, me muestra su colección y me habla acerca de lo que hacen en el colegio con estos juguetes. No ha ido a scout, lo castigaron.

Sesión 5

D ha retomado su participación en scout. Su madre le ha puesto una

nueva forma de trabajar, si se porta bien le da la mesada cada semana. Y así el podrá comprarse más gogos. La madre le ha dado su mesada porque se ha estado portando bien. La madre ha tratado de poner un sistema de recompensa por anotaciones positivas que traiga D a casa.

Sesión 6 – Sesión con la madre de D.

Se conversa sobre H, su pareja desde hace 4 años y hacen 2 que viven todos juntos. H y C son quienes participan en el cuidado de D. C comenta que tienen distintas formas de educar a D, y en este sentido él es distinto a ella, es más duro (justifica que esto sucede por la propia historia de vida de H, también tuvo padrastro y no lo pasó bien). Siente que debe ser firme con D o sino se descarriará. Se conversa sobre cómo es la relación de D con H, la que no es muy cercana. A D le gusta que sean más cariñosos. C comenta “las parejas no son para siempre” y esto se lo ha comentado a D. Tal vez para que el niño no se haga tanto problema por esta relación. Se conversa un poco sobre esta frase. C solicita ser derivada a terapia, siente que ella necesita trabajar ciertas temáticas en relación a la maternidad y a su hijo D.

Sesión 7

D hoy quiere dibujar, se dibuja a si mismo como un super héroe. También dibuja un dinosaurio, le gustan mucho los dinosaurios. D señala que “hoy no tengo mucho que contar y en vez de conversar tal vez podría dibujar solamente”. Se conversa sólo sobre como ha estado su semana en el colegio.

Sesión 8

D comenta que la relación con su padrastro ha estado un poco mejor. En el colegio se ha portado más o menos, y su madre no le ha dado la mesada correspondiente. Hoy trae sus muñecos de lucha libre, juega durante la sesión y me pide ser partícipe de este juego. “me gustaría jugar más con mi mamá, pero ella llega muy tarde del trabajo”

Sesión 9

D trae juguetes a la sesión y sólo quiere jugar. Me quiere hacer partícipe de sus juegos. Comenta que lo dejaron condicional en el colegio, por comportamiento. Se conversa sobre su relación con padrastro H, “nuestra relación está mejor”.

Sesión 10

D trae sus gogos a la sesión. Conversamos de cómo ha estado su semana en el colegio y luego de pocos minutos pregunta que cuánto queda para terminar la sesión. Conversamos acerca de esto y señala que a veces se aburre, por eso trae juguetes para entretenerse. Llegamos al acuerdo de que sólo podrá jugar unos minutos previos al término de la sesión. Me comenta que su madre estuvo muy enojada por su condicionalidad en el colegio. Le hicieron un mal informe de comportamiento y le señalan que tal vez debería cambiarlo de curso o de colegio. A D le gustaría cambiarse de colegio.

Sesión 11 – Sesión con madre de D

Se cita a C para conversar acerca de la condicionalidad de D en el colegio. Comenta que el informe que le dieron de comportamiento es lapidario y que a ella le gustaría cambiarlo de colegio. No le gusta la

forma en cómo tratan estos asuntos en el colegio. Ha tenido diferencias con los profesores y otras personas en ese colegio. Ella no está muy de acuerdo en la forma en cómo educan a los niños. Le gustaría otro tipo de Colegio para D, le gustaría cambiarlo a uno religioso dónde estudian varios de los primos de D. Tal vez sería bueno que D inicie una nueva etapa escolar en otro colegio. Pero ha estado averiguando, y con el informe entregado no puede cambiarlo en este momento, necesita que D se porte mejor y así poder mejorar ese informe. Pese a todo, D tiene buenas notas y por esto no se preocupa demasiado. C considera que la relación de ambos ha ido mejorando un poquito, ella se encuentra trabajando sus temas personales y ha visto el tema vincular con D. Le cuesta esta parte de ser madre, pero está trabajando con su terapeuta.

Sesión 12

D comenta que siente que no hacen muchas cosas con su mamá, que le gustaría que jugaran más o salieran más. En el colegio se ha estado portando mejor, porque su mamá le dice que si se porta bien lo podrá cambiar de colegio el próximo año. Comenta que tal vez lo cambien de curso, a la tarde, pero no lo sabe bien. A él no le importa el quedarse o cambiarse de curso.

Sesión 13

Se conversa sobre las vacaciones de invierno en el colegio. Se fue por una semana de campamento con los scout. Lo pasó super bien y pasó de etapa. Se le propone a D la posibilidad de que su madre participe en algunas sesiones, para que puedan hacer cosas juntos. El piensa que si.

Dice que ha salido con su madre, fueron dónde unos familiares. Al final de la sesión, se pide a C que ingrese a la sesión y D prefiere quedarse afuera. Se le comenta a C que una de las temáticas que surge en las sesiones es la cercanía de ellos y el hacer cosas juntos, se le propone que participe de algunas sesiones a lo que ella se pone muy ansiosa, casi angustiada. Le pregunto que le parece esa opción, y ella no está de acuerdo, la agobia esa posibilidad. Me comenta que ella está tratando de acercarse más a su hijo, pero que le cuesta y que por el momento no puede hacer esto. Que ella siente que D a veces le exige más de lo que ella puede dar. Es como si siempre quisiera estar conmigo más de lo que yo con él. Trato pero no puedo. La tranquilizo y le comento que es sólo una opción y que si ella no está preparada no se hará. C siente que tal vez es ella la que debe seguir en terapia y D no.

Sesión 14

D me comenta que ha estado mejor en el colegio, que la profesora lo nombró encargado de fila. Su rol será anotar a quienes hacen las tareas y quienes no. Le parece bien esta misión, se la dieron porque se ha portado bien. Comenta que espera el día del niño, porque se juntarán con toda su familia. Hacen una fiesta para todos los niños y comerán completos. Es muy entretenido.

Sesión 15

D hoy trae unas bolitas que le regalaron, me invita a jugar con ellas. Conversamos acerca del colegio, se ha portado bien y no ha tenido ninguna anotación. Sigue con su nueva tarea de ser encargado de fila y

lleva hartas anotaciones para los compañeros, le pregunto si él se anota también y lo confirma. Se conversa sobre el próximo cierre de su proceso, y le parece bien. Su mamá algo le había contado. Siente que ahora se porta mejor. Su enuresis se ha terminado, ya no le pasa nada en la noche.

Sesión 16

Hoy se conversa con D y su madre sobre el cierre del proceso. Hacemos un pequeño resumen de su proceso y de su evolución.

EPICRISIS POR ALTA

Nº Ficha	3 (1554)
Nombre del Paciente	Paciente A
Nº Sesiones Realizadas	12
Fecha Egreso (última sesión)	24 octubre 2008
Motivo de Consulta	Padres refieren que Paciente A tiene una manera de ser muy cambiante, muy inmaduro, por cualquier cosa se enoja.
Condición de egreso	Se deserta del proceso terapéutico. Avisan las primeras ausencias por enfermedad del niño. Se comunica con la casa de Paciente A y se cita a la madre para comenzar a trabajar el tema de la violencia expresada en un trabajo en conjunto que se realizó con los padres y Paciente A. No vuelven a asistir

Sesión 1

Juega a hacer torres, edificios y castillos. Al mencionar a su hermana destruye los castillos con una pelota. Toma dos muñecos que dice son su mamá y su papá, que le caen encima los edificios y mueren.

Sesión 2

Cuenta que se queda sólo y le da miedo, pero cuando llega su mamá se le pasa el miedo. Con su papá juega a las luchas, pero a él no le gusta

mucho

Sesión 3

Refiere que lo suspendieron del colegio por pelear con un compañero, pero que no había sido su culpa.

Solicita que juguemos al memorice.

Los padres lo castigaron por la suspensión, aunque refiere que ellos le creyeron que la culpa del problema no había sido de él.

El padre refiere que Paciente A no trae nada escrito en los cuadernos y que en el colegio le dicen que distrae a los compañeros.

Sesión 4

Padres cambian a Paciente A de colegio. Refieren que lo recibieron bien, frente a lo que la madre agrega “porque todavía no lo conocen”.

A Paciente A le gusta el colegio, pero los padres afirman que posiblemente lo vuelvan a cambiar de colegio, pues tienen problemas con los horarios para ir a buscarlo, pues no quieren molestar a la abuela para que lo vaya a buscar.

Paciente A dice sentir pena por haberse cambiado de colegio, porque tenía amigos, y que no quiere volver a cambiarse.

Por otra parte dice estar contento, pues no se queda solo en las tardes y por lo tanto no tiene miedo.

Al solicitar la entrevista con los padres, el padre refiere “para que nos juntemos sin el terremoto.”

Sesión 5

Padres de Paciente A refieren que fue un hijo deseado y regalón hasta el

año y medio, momento en el cual cambió su comportamiento con el nacimiento de su primo.

Padre refiere estar agotado de la situación de su hijo: de pasar de colegio en colegio. Madre afirma: “ahora le toca a él, pues a mi me tocó desde el jardín.

Los padres se quejan del comportamiento de Paciente A. Además de que es miedoso. Frente a la realidad de que se queda solo en casa, su padre asevera: “pero es solo una hora”.

Frente a la pregunta de cómo ven a su hijos, el padre contesta: “es amoroso, tierno, inteligente, llevado de su idea, regalón”. La madre se refiere a los problemas que le informan del colegio: “hay que estar encima de él”.

Se repite respecto a Paciente A: su miedo, contención, límite, molestia de todos.

Sesión 6

Paciente A refiere que no quiere cambiarse de colegio otra vez. Eso lo pone triste. Reitera nuevamente su miedo a quedarse solo en la casa.

Juega con muñecos a los que nombra “Mamá y Papá”. Los hace pelear y “mata a la mamá”. Dice que pelean mucho y que se enojan y que se acuestan separados. Y él se va a ver “tele abajo”.

Sesión 7

Paciente A me invita a jugar: Armamos una carretera, luego una muralla muy gruesa: por un lado se encuentran los “autos buenos” y él, y por el otro los “autos malos” y yo.

Ningún auto rompe la muralla, se pasan por arriba y tomábamos prisioneros. En cada grupo había un líder que rescataba a los prisioneros. El juego terminó en empate.

Sesión 8

Los padres refieren que Paciente A ha subido sus notas, pero que su comportamiento es inestable. Su profesora dice que “no quiere hacer nada”.

Paciente A, me invita a jugar construyendo la misma muralla. Por un lado están los buenos y por el otro los malos. Ahora él está con los malos y yo con los buenos.

Al paciente le cuesta terminar con la sesión. Esto se repite todas las semanas.

Sesión 9

Paciente A repite mismo juego. Llama a la muralla: muralla China.

Me solicita que para la próxima semana quiere invitar a los papas a participar del juego.

Sesión 10

Padres participan de la sesión. Paciente A dirige el juego. Lo hace con animales y autos. Les propone ordenar y luego pelear. El padre le propone hacer otra cosa, no pelea, y le habla de hacer una fiesta. Pero al rato el paciente insiste con la pelea.

La madre no participa mucho, refiere que los juegos lo hacen entre ellos dos. Ella juega más al tenis y al deporte con él.

Sesión 11

Paciente A propone jugar con animales. Separa los más fuertes y peligrosos, y por otra parte, los domésticos e inofensivos.

Se repite la pelea. Frente a la pregunta de por qué el juego, él responde “porque es entretenido”. Se le pide que tenga otro final, pero él no lo hace.

Nº Ficha	4 (1641)
Nombre del Paciente	Paciente V
Nº Sesiones Realizadas	24
Fecha Egreso (ultima sesión)	13/06/2009
Motivo de Consulta	Madre indica que el Paciente V está muy rabioso, enojado y que la golpea desde marzo de este año.
Condición de Egreso	La condición de egreso es la deserción. Se insiste a la madre a tomar un espacio para continuar con el trabajo de Vicente. Ella acepta pero nunca concreta con los terapeutas a los que se derivó. Vicente comienza a faltar. Se comunica con su abuela, la cual informa que Vicente está enfermo. Frente a que esta situación se repite se llama a la

	madre, quién dice que sigue enfermo y que ella llamará para continuar. Esto no se concreta
--	--

Sesión 1

Paciente V no quiere entrar solo, por lo que entra con su madre. Ella solo se queja de su hijo. Se nota angustiada y ocupa todo el espacio. Refiere que el Paciente V no puede separarse de ella. Dice “dígame a la tía por qué está tan agresivo”. Le digo que no quiero preguntarle eso, frente a esto la madre calla, y el Paciente V accede a quedarse solo.

Hace torres y luego una pista de auto

Sesión 2

Paciente V entra con su madre. Dice que no quiere venir, y no quiere jugar.

Hace dibujos: HTP y hombre bajo la lluvia.

Luego arma casas, torre (Eiffel), puentes.

La madre refiere agresividad de parte del Paciente V. La ahorca y le pega con paraguas.

Sesión 3

Se pone a construir con unos cubos. Accede a que la madre lo espere en la sala de espera.

Construye torres, edificios y casas con los cubos.

Me invita a participar de la construcción.

La madre insiste en quejarse de él, mientras que él se sube arriba de

ella.

Sesión 4

Paciente V entra solo, lo cual se le hace notar. Él dice que le cuesta separarse de su mamá “porque la quiero mucho”. Me comenta que no ha hablado con su papá, pero que lo ha estado llamando.

Arma galpones para guardar autos. Él trae un auto que guarda en este galpón.

Sesión 5

Paciente V pide entrar con la mamá. Él se muestra molesto. Su madre refiere que venía golpeándola en el camino. La molestia del Paciente V es porque la madre le dijo que no le celebrarían su cumpleaños porque se portaba mal.

Luego de un largo rato accede a que su mamá salga.

Luego trata de construir un portaviones.

Construye una casa.

Sesión 6

Sesión con la madre: Ella refiere no haber deseado a Paciente V. Estaba separándose de su pareja y comenzó un tratamiento para su colón, cuando se enteró que estaba embarazada. No lo quería, pero no tuvo apoyo para hacerse un aborto. Refiere que le cuesta ser madre y es una constante angustia para ella.

Sesión 7

Entra Paciente V junto con su madre.

No quiere que su mamá salga. La madre refiere del comportamiento de

Paciente V. Al rato sale la mamá. El paciente V construye un arco uniendo cuadrados. Pasa por debajo y también lo salta. Me pide ayudarlo tomando y afirmando el arco.

Le digo “mira, los cuadrados están pegados, igual que tu y tu mamá”. Al pasar él separa los cuadrados. Dice “Me gusta que se separen”. Refiere “que están pegados como él con su mamá”.

Sesión 7

La madre se muestra angustiada. Refiere que el padre de Paciente V no cumple con el acuerdo relacionado al dinero. Se muestra preocupada por las salidas de su hijo. El papá la maltrata por teléfono.

Por otro lado, me refiere de su angustia de ser madre. Que ella había pensado en abortar, pero que no tuvo el apoyo necesario para hacerlo. Que no quiere ser madre otra vez. Que su pareja Andrés, quiere tener un hijo, pero ella no quiere.

Además su pareja quiere participar de la terapia con Paciente V. Que prácticamente están viviendo juntos

Le digo que eso lo tienen que decidir ellos, y que depende del grado de compromiso. Ella se angustia y me dice que tiene miedo de darle un padrastro a su hijo, pero no sabe explicar bien por qué, pues solo refiere a la carga social de un padrastro.

Sesión 8

Paciente entra solo al espacio sin mostrar angustia por su mamá. Esto no se había observado con anterioridad.

Trae un tren llamado James. Le construye una casa para que cuando “llueva no le de frío”.

Construye otras cosas “para que no se sienta solo”. Construye una

ciudad. Buscar un auto y una persona. A la persona también le construye una casa “para que no se enferme con la lluvia”.

Sesión 9

Sesión con la madre: Se muestra muy angustiada. Dice que todo la angustia. Está postulando a un trabajo que aunque no le gusta le da estabilidad. Tiene que tomar una decisión respecto a este trabajo, pero las decisiones que ha tomado el último tiempo no han sido las correctas.

Se angustia por el colegio del Paciente V. Quiere cambiarlo.

Le angustia ser madre. No la pasa bien. Está todo el día pensando que le puede pasar algo. No confía en el colegio.

Respecto a un trabajo que encontró su hermana: “porque yo no pude, porque tengo que estar pensando en tener *lucas* para estar con su hijo”.

Se nota el conflicto que existe entre no querer su lugar de madre y la compensación que hace con una excesiva preocupación por el hijo. Que su fantasía que desaparezca se haga realidad.

Sesión 10

Paciente V viene acompañado de su abuela y no tiene problemas de pasar solo.

Trae un juguete de Picachu y me invita a jugar: el juego consiste en que el maneja el Picachu y a mi me pasa un perrito, lo relevante es que Picacho deja al perrito para ir a trabajar y luego lo pasa a buscar. Luego se va al extranjero y deja al perrito, pero vuelve a buscarlo (ideas de abandono que reflejan la situación con su mamá).

Sesión 11

Paciente V viene acompañado de su mamá y no tiene problemas de pasar solo.

Trae un auto y me invita a jugar.

Construimos una ciudad y una casa para el auto, para protegerlo de la lluvia.

Paciente V se nota distinto. No manifiesta angustia al entrar, y lo hace sin su mamá.

Menciona a Andrés (pololo de su madre) como un gran amigo, y los sobrinos de este como primastros.

Sesión 12

Paciente V me invita a jugar con él, a construir una ciudad.

Dice que se le olvidó traer su auto para que jugáramos.

Lo noto un poco molesto porque tira las cosas, saca los juguetes y los tira.

Encuentra el juego de cartas UNO, y me pide que se lo enseñe.

Le enseño y jugamos.

Sesión 13

Sesión con la Madre: La madre me refiere que Paciente V está más conversador, más abierto pero que aún tiene actitudes violentas.

Por otro lado refiere que su pareja Andrés está viviendo en la casa con ellos. Pero que frente a un incidente, le dice a él que se vaya: lo que ocurrió fue que Andrés perdió la paciencia con Paciente V, y él le comentó a ella que le tenía miedo a Andrés.

Le comento que la decisión de que su pareja viva con ellos debe ser

tomada a conciencia, y enfrentar estas situaciones. Por otro lado, le digo su vulnerabilidad frente a los comentarios de los demás, de su madre.

Se le recomienda que tome ella un espacio terapéutico pues su nivel de angustia es alto.

Sesión 14

Paciente V trae unos trenes. Desordena todas las piezas de construcción y con el tren comienza a abrirse camino. Le indico que a veces es difícil separar las piezas para abrirse camino. Así también el tren tenía un vagón unido por un imán a la locomotora. Le indico que es como con su mamá: que están pegados pero que se pueden separar. Luego recuerda que le quedé de seguir enseñando el juego del UNO, así que me invita a jugar.

Sesión 15

Solicita jugar a UNO.

Refiere no querer hablar de su padre.

Sesión 16

Solicita jugar a UNO.

“Este juego es para niños más grandes”

Sesión 17

Solicita armar un rompecabezas, pero después de un rato, dice que “está muy difícil” y solicita jugar UNO.

Sesión 18

Paciente V desordena las cartas de UNO, y no quiere ordenarlas. Trae unas cartas de Picacho y me pide jugar con ellas. Me explica el juego.

Sesión 19

Sesión con la madre: Se le refiere a la madre el trabajo que se ha realizado con Paciente V, en cuanto a su dependencia con ella.

Ella refiere que el está más tranquilo, pero que igual tiene actitudes violentas.

Se le hace notar la relación vertical que tienen.

Se le indica un término del proceso, pero ella solicita tenerlo hasta fin de año para tratar tema del padre.

Madre refiere haberse separado de la pareja.

Se le insiste en que ella tome un espacio terapéutico para ella, dado que vive con angustia por su lugar de madre.

Sesión 20

Paciente V no quiere entrar a sesión. Se conversa con él en el patio y accede a entrar y refiere estar molesto con su madre.

Solicita armar un puzzle. Y que lo ayude.

Sesión 21

Paciente V solicita armar el puzzle y lo termina. Me solicita ayuda. Se interviene con lo "pegado" de las piezas: forman algo, pero a la vez son individuales (pegado y separado)

Sesión 22

Paciente V solicita armar el puzzle pero no lo termina. Se muestra impaciente por ir a la plaza a jugar. Se le informa que es la última sesión del año.

Volverá en marzo como control. La madre se compromete a tomar un

espacio terapéutico para ella.
Sesión 23
Paciente V viene acompañado de su padre, a quién invita a pasar. Paciente V se muestra un tanto nervioso. Se acuerda que vendrá cada 15 días y su madre comenzará una terapia.
Sesión 24
Paciente V juega con tres autos y una lancha. Construye una torre y la salta con los autos.

Nº Ficha	6 (1660)
Nombre del Paciente	Paciente R
Nº Sesiones Realizadas	26
Fecha Egreso (última sesión)	20/12/2008
Motivo de Consulta	Padres refiere que ella es tímida en el colegio al participar en grupos, pero para él es parte de su proceso. En la casa es participativa.
Condición de egreso	La condición de egreso es el alta. Paciente R trabajó y logró separar el discurso que escuchaba en su colegio de lo extraña y cerrada que era, para dar lugar a la valoración de sus cualidades y sus capacidades. Los

	<p>padres refieren que a pesar de que ellos no estaban de acuerdo en un comienzo que Paciente R necesitara venir al espacio, reconocen que tuvo un cambio en su comportamiento. Refieren que creció.</p>
--	--

Sesión 1

Paciente R entra con sus padres. Ella no me mira, y esconde su cara bajo un gorro y se tapa la boca con su bufanda.

Padre refiere que ella es tímida en el colegio al participar en grupos, pero para él es parte de su proceso. En la casa es participativa.

La paciente R refiere querer mucho a sus animales: tiene tres perros, un hamster, un erizo, un cuyi y dos peces.

Refiere haber sido mordida por un rollvaider a los cuatro años, lo que provocó que le pusieran puntasen su pierna derecha.

Sin embargo le regalaron un perro San Bernardo, con el cual aprendió a perder el miedo a los perros.

Dice tener una amiga "gemela" que tiene ocho mascotas también.

Sesión 2

La paciente R no me mira durante la sesión

Habla de sus mascotas. Refiere que cuando anda triste sale al patio y su perro Harry le lame la cara. Ella dice que "me consuela". Cuando anda

con rabia también sale al patio y sus perros hacen que se le pase la rabia.

Sesión 3

La paciente está toda la sesión con el gorro tapándole sus ojos.

Retoma el tema de sus mascotas.

Se le consulta por la existencia de alguna persona que la reconozca cuando está triste. Refiere que sí, sus amigas, y que le hacen “trampas” para hacerla reír.

Le preguntó si sus papas se dan cuenta. Me dice que sí, y que ella se va a su pieza y que “no se acuerda” que hacen ellos.

Le incomoda que las personas digan una cosa y después no hacen lo que dicen. Eso la hace desconfiar.

Frente a esto le pregunto si se siente incomoda (porque se esconde detrás del gorro”, pero me dice que se siente bien.

Sesión 4

Sesión con los padres. El padre refiere que comenzaron “viejos” a formar familia y a estudiar. De Paciente R refieren que es autogestora, inquieta, que tiene ideas y las lleva a cabo. La tiene que cuidar de cerca pues tiene actitudes de peligro. Refieren de un accidente que fue traumático: un perro rollvieder atacó a Paciente R. Padre dice que “casi la pierden”. Este tema se habla abiertamente en la casa y para todos resultó traumático. Refieren además que la Paciente es regalona y le gusta que la abracen y la besen.

Los padres comentan que la Paciente R no tiene problemas con los

adultos, sino más bien con sus pares: no habla en clases y no diserta. Sus padres piensan que esto es parte de su desarrollo y que el problema es que se “quede pegada”.

Como parte de su “terapia” para superar el ataque del perro, le compraron animales.

Se pregunta: ¿qué pasa con la Paciente R que debe defenderse tanto de sus pares? La madre contesta que la niña se defendió los demás desde la sala cuna.

La madre refiere que la Paciente R fue “pedida” por su hermana, aunque dice que ella también quería otro hijo.

Sesión 5

La paciente R entra a sesión sin su gorro, aunque no me mira.

Refiere de su profesora, con la cual tiene problema, que es una antipática. “yo la hago ser antipática, porque la hago rabiar”.

Dice que su profesora la encuentra “extraña”. Se viste de negro y azul. La profesora le toma la cara para que la mire, ella piensa que es una “vieja ardiente”, “enana”.

Refiere que le pega a algunos compañeros porque son muy “molestosos”.

Sesión 6

La paciente R viene sin su gorro y con un cintillo. Le cuesta mirarme, pero lo hace.

Habla de sus animales y de la importancia que tienen para ella. De la confianza que le tiene a ellos y ellos a ella.

Sesión 7

La Paciente R dice que le dicen chuky y muda. Su profesora el dice a ella y a sus amigas que son como “ostras”.

Dice hacer maldades para que la gente se enrabie. Cuando a sus padres les pasa esto, la mandan a su pieza pero no le dicen nada. Le hablan cuando se le pasa. Refiere que nadie sabe cuando ella llora. Le gustan sus perros porque “ellos no le dicen nada”, solo le demuestran su cariño.

Relata un acontecimiento: sus compañeros “cobardes” la encerraron en el baño de hombre y a ella eso la avergonzó, porque había mucha gente.

Dice que “pocas cosas le provocan miedo”.

Sesión 8

Habla de lo sola que se siente su cuyi y que le quiere comprar una pareja.

Dice que ella también se siente sola porque tiene puros amigos hombres, le pregunto quienes y me nombra a sus animales.

Sesión 9

Al plantearle su dificultad para relacionarse con sus pares, ella dice que confía más en sus mascotas: “porque son mis mejores y primeros amigos. Estuve como tres años sola, después conocí a mis dos mejores amigas, y nos pasan las mismas cosas: tuvimos piojos, mismos problemas, vamos al psicólogo, nos gusta y tenemos animales y no nos interesa conocer a nadie más. Son despitadas.”

Dice que se siente la oveja negra de la familia, porque es mala y hace maldades.

Sesión 10

La Paciente R trae el libro "Historias Monstruosas".

Me refiere varios cuentos que ahí salen, y además otros dos de otro libro que ella tiene.

Dentro de los cuentos que me refiere, y me muestra, invitando a acercarme, me cuenta el de un monstruo que quiere tener amigos, pero que todos se alejan porque es un monstruo. Conversamos eso, y me dice que las apariencias engañan. Y me dice que a ella le ha pasado eso.

Me lee varios cuentos escritos con rimas.

Me dice que le gustan las cosas de terror.

Sesión 11

La Paciente R refiere traer preocupaciones.

Del colegio, que existe una niña que le quiere robar: su identidad de pelliscar, de chuky y a una de sus amigas.

De sus mascotas, que está enferma el Hamster y el erizo (hipotermia).

Se le cae el pelo.

Tiene miedo a la primavera y verano porque su papá le pone veneno a los ratones y piensa que una de sus mascotas se los coma y se muera.

Sobre todo Sami que es el más pequeño.

Sesión 12

Sesión con la madre.

La madre refiere que ella era una niña inquieta, tímida y peleadora igual que Paciente R.

Refiere de Rocío que es una niña creativa, pero negativa, que se

desvaloriza mucho a veces.

Es celosa con sus amistades, las cuales tiene pocas pero intensas. Su gran amiga es su prima.

Refiere que tiene problemas con su profesora.

Sesión 13

No está tan bien, pues quieren obligarla a bailar, y ella no quiere mostrar su guata porque sus compañeros se burlan.

Refiere que con la niña que le quería robar su identidad hicieron un trato y ahora son más o menos amigas: ella no la molesta y ellas hacen un trabajo juntas.

Sesión 14

Se le pregunta a la Paciente R por qué cree ella que le cuesta conocer a la gente. Ella contesta que no sabe, que le tienen miedo porque les pega cuando la molestan. Ha sido amiga de Jael desde kinder, con Lía del año pasado, con su prima Francisca han sido amigas de siempre.

Refiere que va a tener que bailar igual porque algunos niños quieren bailar, y ella no quiere echarles a perder el baile.

Refiere no tener amigos hombres, solo sus mascotas. Aunque cuenta que una vez unos compañeros la defendieron.

Sesión 15

La Paciente R refiere no tener ganas de bailar para fiestas patrias, pero que lo hará igual porque su mamá se lo ordenó.

Me trae las fotos de sus mascotas en la cámara de fotografías. Me permite acercarme a ella.

Sesión 16

La Paciente R se muestra un tanto decaída, se lo hago notar, frente a lo cual me comenta que en su familia han estado todos enfermos de alergias.

Ella es alérgica a la ruda, planta que hay en su escondite del colegio. Ella y sus amigas escogieron esta planta como flor nacional para ellas porque las representa (por lo rudas). Al igual que el cactus.

Además refiere otros temas que la tiene así: murió uno de sus peces. De aquí me comenta que lo enterró en su cementerio de la casa, de lo cual comienza a hablar de la muerte de sus otros animales relacionado a las tumbas que tendrán que cavar: pro ejemplo para su San Bernardo que es muy grande. De aquí se observa que habla de estos temas: muerte, enfermedad, entierro.

Habla también de las características de sus animales. Ella se identifica con su hamster, porque es arriesgada, inquieta, y con su erizo por lo enojona.

Ella dice ser inquieta y que hace maldades cuando se aburre en la casa. Porque sus animales a veces la aburren. (Acá está demostrando su necesidad de compañía humana).

Finalmente refiere saber por qué está viniendo a la psicóloga: porque su profesora la encuentra extraña, (porque a Rocío le gusta lo distinto, a su profesora no).

Sesión 17

La Paciente R manifiesta no estar bien, dado que “ayer y hoy sucedieron

cosas malas”. Refiere que el viernes su perro Harry atacó a otro perro suyo, Gino. Y que hoy (sábado), Gino casi muerde a su papá.

Ella dice estar enojada. Ella quiere mucho a Harry, pero no le gusta que trate mal a Gino. Dice que ellos pelean por ser al perro Alfa de la casa.

Dice que no permitirá que Harry le haga algo a Sammy, que es el más pequeño de los perros, y su favorito.

Ella le propondrá dos posibles soluciones a sus padres:

1.- Encerrar un tiempo a Gino

2.- Que se vaya Harry y Gino, y dejar a Sammy y comprar acompañantes para él: cocker, chiguagua.

Hablando de sus animales me comentan que a sus tías no le gusta su hamster, porque dicen que es extraña: porque tiene las orejas negras y porque corre mucho. Le digo, “la encuentran extraña igual como algunas personas te encuentran extraña a ti. Eso es complicado porque juzgan sin conocer.....”

Le comento que traté de hablar con su profesora, pero que ella quedó de llamarme.

Sesión 18

Refiere que cuesta que la entiendan su profesora y sus padres. Porque no hablo con otras personas, porque no le gustan las personas. Refiere que sus padres no la castigan, solo la retan.

Refiere que todos le roban su personalidad: bravucona, chuky, pelliscadora (por rabia).

Dice ser distinta a las otras niñas, porque ella no es asquenta como sus

compañeras (le gustaría comer cerebro, tomar sangre), el huevo crudo, naranja con azúcar, jugo de limón sin azúcar.

Sus amigas son lía y Jael, y si alguna falta la reemplaza Javiera (amiga de compañía).

Refiere querer estudiar para ser médico de órganos (trasplante de órganos).

Ve en los ojos de mi profesora que me siente diferente.

Ha disertado.

Refiere “Tengo que descubrir por qué peleo tanto con la profesora, aunque ya sé lo que a mi no me gusta que sean parecida a mí, y ella es acuario igual que yo y le gusta el verde igual que a mí. Creo que ella también se siente extraña.”

Sesión 19

Dice ser una mala compañera, porque nunca ayuda a los demás, la castigan, no obedece y hace travesuras.

Refiere que le gustan los mapaches, porque son traviesos y tiernos.

Refiere que a sus padres les cuesta entenderla porque siempre hace cosas extrañas. Nada le da asco. El ser distinta no le complica. Le da lo mismo lo que la profesora piense de ella, “yo seguiré siendo distinta”.

Me encuentran extraña porque no soy señorita, no soy educada. Me gusta ser mal educada (es más divertido porque no ocupo vestido).

Sesión 20

Trae pinturas que se hecha en el pelo y con la que se pinta los labios. Se le refiere la conversación que se tuvo con su profesora. De ellos dice que

es al revés, que su profesora le gusta molestarla, que la hecha de la sala.
Que es verdad que sus compañeros son agresivos.

Sesión 21

Se comenta con la Paciente R la conversación con los padres.
Se le dice lo del cierre del proceso, y ella refiere que lo va a pensar

Sesión 22

Se retoma el tema del cierre, pero Rocío dice que olvidó pensarlo, por lo que lo deja agendado en su celular.

Sesión 23

Se retoma el tema del cierre, pero la Paciente R dice que le sonó la alarma del celular, pero no se acordó qué tenía que pensar.
Por esto se deja de lado este tema.
La Paciente R refiere de su accidente. Su mamá le dijo que no la hayan atacado los tres perros que habían o sino hubiese muerto.
Refiere por otro lado, que su profesora parece que ya no le tenía tanta mala, pues le pidió que contara una historia de terror en una pijamaza que tendría con su curso.

Sesión 24

Refiere haber hecho la primera comunión.
Refiere de que los animales atacan cuando los molestan, pero otros no.
Le digo “como el que te atacó a ti”, si!!!.

Sesión 25

Se retoma el tema de terminar proceso, a lo cual ella accede, y se fija la próxima semana para hacer la sesión final. Se cita a ambos padres.

Sesión 26

Se hace un resumen de su proceso y de su trabajo. Ella refiere que se siente bien y comenta: "Hay otros que aprendieron también: Harry a ser más obediente, Samy más grande porque duerme afuera de la casa, Hamster a defenderse, Erizo a ser más sociable, pez más valiente, Cuy más valiente. Mi hermana no ha aprendido mucho."

Nº Ficha	7 (1773)
Nombre del Paciente	Paciente J
Nº Sesiones Realizadas	23
Fecha Egreso (última sesión)	04/06/2009
Motivo de Consulta	Cambios repentinos en su estado emocional, de muy inquieto a tristeza, especialmente en el contexto escolar.
Condición de egreso	La condición de egreso es el alta.

Sesión 1

Se conversa con los padres de J y con él. Los padres señalan que lo traen a consultar porque ha cambiado mucho su forma de ser en el último tiempo. A veces está triste y luego contento. Y está muy inquieto, razón

por la cual fue enviado desde el colegio. Estaría distraído y molesto a sus compañeros. La madre refiere a que en la casa también está inquieto y a veces la saca de sus casillas e incluso le ha pegado. No entiende cuando le dice algo y no hace lo que ella le dice. Se conversa acerca de la ocupación de los padres. Señalan además, que el padre de J sufrió un accidente vascular y estuvo muy mal hospitalizado.

Sesión 1

José Ignacio trae unos autos a la sesión, me los muestra y me cuenta que tiene muchos más en su casa, le gustan muchos los autos.

Observa de lejos las cajas de juego, pero no se acerca. Le comento que si le interesa jugar con ellas, él puede tomar lo que se encuentra en ellas y tímidamente se acerca.

Comienza a jugar con las cajas de juguetes, observa que encuentra en ellas y muestra interés por la caja de palos de madera.

Se conversa mientras tanto sobre el colegio y su casa.

Sesión 2

Se cita a los padres de José Ignacio, se conversa sobre cómo ha estado él y como ha sido su comportamiento en el colegio.

Se habla sobre la enfermedad del padre, cómo afectó a la familia y cómo esta situación tal vez ha afectado a José Ignacio. La madre refiere que José Ignacio ha sido como un padre chico, que cuida a su papá, incluso lo reta si no se toma los remedios. La madre cuando volvió a trabajar luego de cuidar a su marido por un tiempo, le dice a José Ignacio: ahora tú cuidarás al papá, preocúpate de que se tome los remedios. Se le

devuelve que ella le dio un mandato al niño, le encargó cuidar de su padre y eso es lo que él ha estado haciendo. J llama a su mamá y acusa al padre de lo que come o de otras cosas que él haga.

El padre señala que es como un viejo chico, refiriéndose a José Ignacio.

Se profundiza en cómo ha afectado esta enfermedad a la familia, cómo ha afectado a la madre y al padre. El padre señala estar muy afectado, ya no es el mismo y se siente deprimido, por no poder hacer las cosas que antes hacía. No se siente útil. Finalmente, se conversa sobre derivación por prenatal de terapeuta.

Sesión 3

Paciente J entra solo con Claudia, y luego entro yo.

Paciente J se muestra colaborador, pero manifiesta molestia de que Claudia se vaya.

Pasa luego el hermano, quién cuenta de la vida en la casa, de cómo su madre es muy controladora, del problema de su padre, de la demanda que van a levantar por negligencia, dado que el ojo de su padre está dañado.

Se comenta la necesidad de que el padre tenga un espacio terapéutico, dado que ha perdido su lugar de padre, esto lo manifiesta el hijo, y Claudia.

Para la próxima sesión se pide que asista el padre.

Sesión 4

Paciente J relata un episodio que le ocurrió con un caballo: lo persiguió y él salió corriendo con un amigo que se cayó y el se devolvió a ayudarlo.

Le gustan las películas de héroes: va al cine con el hermano R.

Refiere que la mamá de la mamá murió porque trabajaba mucho: fue al doctor y tenía la presión alta: una semana después murió. Esto pasó cuando la madre estaba pequeña (niña).

La ex esposa del papá fumaba mucho y al papá casi le dio cáncer. Se vino a Santiago. La mamá también y se conocieron y pololearon y se casaron.

Paciente J refiere jugar 30 minutos y luego come y se acuesta. La mamá le controla que sean 30 minutos. Si no, lo castiga.

También refiere que un día se quedó hasta la madrugada viendo películas con el hermano. "mi mamá me dio permiso".

Sesión 5

Se le presentan a Paciente J los juguetes y los lápices. Se le invita a trabajar. Él escoge ver los juguetes. Comienza a ver los autos, pero termina viendo los animalitos.

Refiere haber estado enfermo, con fiebre (al igual que el hermano). Pero la mamá igual lo mando al colegio.

Frente a una figura de un canguro, pregunta si es un tumor una característica de la figura. ¿Por qué piensas que puede ser un tumor?, porque está hinchado. Puede ser también la bolsa.

Observaciones:

Ver relación bolsa=hijo=tumor.

Ver idea de enfermedad que parece manejarse en la historia familiar.

Sesión 6

Se le presentan a Paciente J los juguetes y los lápices. Se le invita a trabajar. Él escoge construir edificios. Se caen los que construyen. Se le pregunta que es lo importante de estos edificios. Dice no saber. “Al parecer parece ser que lo importante es que no se caigan”. “Si!”

Paciente J relata que el día anterior fue su cumpleaños. Cumplió 9 años y que el sábado lo celebrará.

Dice no jugar en la casa como juega acá. “A veces no quiero jugar en el computador, pero tengo que hacerlo, porque mi papá se enoja y Rafael me manda a la pieza, y yo veo tele solo”. ¿Y por qué se enoja tu papá?, “no sé, es muy raro”.

Me relata que al cancelar la consulta, su papá casi se cae. Le pregunto que hubiera pasado si se hubiese caído. “le podría haber pasado algo, y tendríamos que gastar millones, y lo tendría que haber ido a ver.....”. Le digo, que también podría haber ocurrido que no le pasara nada, y que se hubiese parado y nada más.

Se cita a los padres para el martes 28 a las 19:00 hrs.

Sesión 7

Sesión con los padres. Habla la madre más que el padre. Él se nota deprimido y desanimado. Sin energías.

La madre refiere que cuando su padre estuvo en la clínica, ella “abandono” al hijo, pues pasaba todo el día en la clínica. En este tiempo empezaron las anotaciones en el libro de clases. Dice que la profesora no supo acompañar a José Ignacio cuando pasó el accidente del papá. Dice que el colegio es muy malo, que lo cambiarán.

Dice que Paciente J andaba alterado. Refiere que quiere que su hijo valore más las cosas.

Sesión 8

Se comenta la reunión con los papás.

Él menciona también que fue difícil para él cuando el papá estuvo en la clínica.

Aparece el tema de la muerte y del dinero en su discurso.

Sesión 9

Refiere que su mamá le pegaba con la correa.

Dice que le gusta venir a sesión, pues se siente tranquilo y relajado porque no hay mucho ruido. En su casa y en el colegio hay gritos.

Dice que su mamá fue huérfana muy pequeña (a los 9 años).

Refiere que ahora ha estado más tranquilo en el colegio, aunque su profesora no le gusta.

Sesión 10

Refiere haber estado enfermo (vómito y diarrea). Pero igual jugo a la pelota. Dice “aguantar”. Para Halowen se vistió de muerte.

Se devuelve esto de aguantar, enfermedad y muerte que parece darse en su familia.

Sesión 11

Refiere que la vida es difícil. Ante la pregunta que qué cambiaría dice que “no maltraten a los niños porque NOS duele”. Refiere que cuando pequeño le pegaban con la correa. Frente a esto el hermano le decía que se iban a ir juntos de la casa (pero su mamá no lo dejaría). Dice que se

agarra a combos con los compañeros, pero que eso es diferente a que le pegue un adulto. Cuando se enoja con el papá, él se va a la pieza solo a ver TV.

Sesión 12

Paciente J solicita dibujar.

Refiere que le está yendo mejor en el colegio. Estar más tranquilo, no pararse, mejores notas. Anotaciones positivas.

Pregunta por el chupacabras.

Dibuja historia del conde Patuca, Chupacabra, fantasma.

Refiere: "Mi mamá quería donarle mi corazón y órganos a la niña" (que apareció en la tele). "pero otra persona se los dio". Refiere ser tonto.

Refiere morir para que Dios perdone los pecados de la familia. Porque se enfermó la mamá, el papá, el Rafa y él.

Sesión 13

Sesión con el padre: Padre se observa angustiado y desvitalizado.

Mucha culpa por su enfermedad, por dejar botada a su familia. Por no ser apoyo para sus amistades, por haber trabajado mucho.

Necesita espacio terapéutico

Sesión 14

Entra Paciente J con el hermano Rafael. El hermano refiere que Paciente J ha estado bien. Más tranquilo. Que falta poco para que salga de vacaciones y así será una preocupación menos para la "mamá". Ahora él es la piedra de tope para realizar los proyectos, pues está sin trabajo. Dice que fue su opción para quedarse en la casa a apoyar a Paciente J

mientras se establecieran las cosas después de la enfermedad del padre. Refiere que le dicen a José Ignacio que se porte bien, o que o si no “el papá se puede morir y será su culpa”.

Se le refiere que eso no puede seguir así. Paciente J frente a esto dice que le da miedo que alguien muera.

Paciente J deja sus tazos en sesión.

Frente a su mejora él (Paciente J) refiere que ha sido por la terapia.

Sesión 15

Sesión con el padre: Padre acepta espacio terapéutico, por lo que se derivará correspondientemente.

Se muestra más tranquilo que la vez anterior, pero refiere que le ha costado dormir.

Refiere estar preocupado por Paciente J, porque él no ha compartido mucho con él. Manifiesta culpa por esta falta que él siente que ocurrió.

Sesión 16

Se refiere a lo conversado con su hermano R la vez anterior, y refiere que le da miedo pensar en quedarse solo, le da miedo la muerte.

Refiere además que el papá se queja mucho del pasado y de su accidente.

Sesión 17

Madre refiere que su esposo está perdiendo la memoria, que anda depresivo. “Es como otro hijo para mí”. “Que le molesta que le diga mamita”. Refiere que Paciente J le dice que el papá “está tontito”.

Refiere que antes el papá le pegaba a Paciente J con la correa. Y que

ella le decía que era porque se portaba mal, y le decía que le pidiera perdón al papá. Y que el papá también le pedía perdón.

Ella también fue maltratada por su padre cuando pequeña. Se pudo dar cuenta que Paciente J no la pasó bien con esta situación al igual como no lo pasó bien ella en su niñez.

Sesión 18

Se conversa sobre la sesión que se tuvo con la madre. Además se hace un resumen de lo que se trabajó y se refiere que esta es la última sesión, pues él se va de vacaciones.

Se controlará en marzo para la continuidad del proceso.

Sesión 19

Paciente J cuenta de sus vacaciones y de su entrada al colegio. No se cambio de colegio.

Su hermano refiere que en las vacaciones estuvieron tranquilos y su padre se encuentra mejor de ánimos.

Sesión 20

Paciente J relata que tiene problemas para dormir, pues su hermano escucha y trabaja en el computador hasta tarde, y él con el ruido no puede dormir.

Sesión 21

Se comienza a hablar de cierre. Paciente J dice que no ve ningún motivo que trabajar. Resolvió el tema del insomnio. Hablo con su hermano para que ocupe audífono con el computador y así no hace ruido y él puede dormir

Sesión 22

Sesión con la madre: La madre está muy angustiada. Refiere estar

sobrepasada por las cosas que tiene que llevar en su vida. Dice que el Paciente J la sobrepasa y le ha vuelto a pegar. Se le recomienda acceder a un espacio terapéutico para ella.

Sesión 23

Se hace un recorrido por el trabajo realizado. Se da cuenta que el proceso ha terminado.

Nº Ficha	8 (2141)
Nombre del Paciente	Paciente M
Nº Sesiones Realizadas	13
Fecha Egreso (ultima sesión)	22-08-09
Motivo de Consulta	Sus padres refieren que está con mucha ira, poco control de frustración y baja autoestima.
Condición de egreso	La condición de egreso es el alta. Se deriva a los padres a espacio psicoterapéutico individual.

Sesión 1

Los padres de M señalan que lo traen por ira, poco control de frustración y baja autoestima. Rompe sus tareas o las bota cuando no le resultan. M está un poco triste, llora en la sesión “me da pena que mis papás peleen”. También llora cuando se conversa sobre su ira. “mi mamá es enojona”. Le va bien en el colegio, pelea a veces cuando lo molestan. Tiene amigos en la casa y en el colegio.

Sesión 2

A M le gustan los juegos que se transforman. Esta semana lo mandaron a inspectoria por primera vez por pelear. A veces se defiende cuando lo molestan, pero a veces son los otros los que quedan de víctima. Las discusiones de sus padres son porque no están de acuerdo en cosas. “Esto me da pena, pero no lloro”. Ha vivido en tres casas (abuelos maternos, abuelos paternos y con sus padres). En el día se queda con una nana. Se muestra interesado en dibujar, no sabe que hacer. “no dibujo muy bien, me gustaría dibujar como mi papá”

Sesión 3

Los padres cuentan sobre la historia de M y la relación que han sostenido hasta el día de hoy. M ha vivido con sus abuelos paternos y desde hace 3 años que viven en familia los tres. Como pareja ha sido complicada la relación, en un comienzo tenían constantes desacuerdos y peleas. En este período, según refiere la madre, ella estuvo en tratamiento. Psicológico por depresión. Ella siente que fue un error que M se fuera con los abuelos paternos, “los hijos tienen que estar con uno”. El padre siente que tal vez por esta situación M no los pesca. El no estar en los primeros años con él. Hoy en día suelen discutir delante de M. La madre señala que tal vez M hace lo que ella hacía antes (tirar cosas, gritar) y se siente culpable por esto. Ella vivió esto con sus propios padres (peleas constantes).

Sesión 4

En primera instancia, se les hace participar en una actividad a ellos dos

solos, juegan UNO. Luego se conversa sobre esta actividad, y como ellos se sienten haciendo actividades juntos. No las hacen en forma regular. G comenta que M no ha querido asistir a un curso de inglés, al cuál en un principio ansiaba. “No quiere ir porque ese día no llegó ningún niño más, se puso a llorar, ahora no quiere ir”. En el colegio ha tenido malas notas, no obedece, no hace tareas, y volvió violento luego de encontrarse con licencia por enfermedad. En casa tampoco trabaja en las tareas, dice “no me acuerdo”, cuando se le pregunta sobre ellas. Germán quiere que M cree hábitos. “Yo le quito las cosas pero no resulta”. M sería amo y señor durante el día en la casa, donde se queda con una nana. La nana es flexible y adecua las actividades al estado de ánimo de M. M dice que le da lata escribir, le da flojera. Leer es lo único que le gusta, pero parece que escribir no.

Cuando ellos están en casa, trabaja pero luego de retos.

Sesión 5

Se realizan dibujos, se le pide que haga un dibujo de la familia. Se conversa sobre el dibujo y como ha estado en la semana.

Sesión 6

M trae a sesión el juego UNO para que juguemos juntos. Lo hacemos y mientras tanto conversamos de cómo ha sido su semana en el colegio y cómo ha estado la relación con sus padres.

Comenta que su papá siempre llega y pasa metido en el computador. A él también le gusta estar mucho tiempo en el computador, juega juegos.

Tiene un amigo con el que juega mucho en su edificio, se llama N, es menor que él eso sí. Juegan en su departamento o en el de Nicolás.
Ha estado un poquito enojón, pero no tanto.

Sesión 7

M comenta que estuvo resfriado, tuvo licencia y no fue al colegio.
Su mamá se quedó sin trabajo, la echaron parece. Por lo tanto, ahora estará en la casa con ella y ya no tendrá nana, no será necesario. No sabe por cuánto tiempo será esto, porque su mamá buscará trabajo.
Ha salido un poco más los fines de semana. Sale con su mamá al parque y va dónde su abuela que viven en Independencia, allí ella tiene una gata, es muy divertido porque la gata duerme con él y lo despierta. Eso sí, se tienen que volver temprano para venir a sesión.
La madre de M solicita conversar un momento conmigo. Al final de la sesión se la hace pasar. M espera afuera.
La madre comenta que G y ella han tenido problemas de pareja y que han decidido separarse. Desea comentar esto para que yo les ayude a hablar este tema con M. Hace unos meses han tenido diferencias y G le ha dicho que ya no la quiere. Ella todavía lo quiere pero no pueden seguir de esta forma. Aunque V piensa que tal vez es una etapa de G, porque antes también había dicho lo mismo que no la quería y que se dieran un tiempo pero no pasó nada. Ella no está segura de que sea verdad, que ahora se separen. Frente a la inseguridad de una separación, se acuerda conversar con ellos en forma separada y no hablar con M mientras no tengan claridad sobre el futuro incierto de su relación de pareja.

Sesión 8

G comenta que la relación con V en realidad siempre ha sido problemática, han pasado por altos y bajos. Es verdad que antes también había tenido dudas, pero ahora está seguro de que su relación ya no tiene futuro. El ya no la quiere, la quiere como la pareja que ha estado a su lado y es la madre de su hijo, pero ya está cansado. V ha pasado por etapas en que también le ha hecho problemas a él y que ha tenido dudas frente a su relación, en esa época él le pedía mayor atención para él pero ella no estaba. Ahora ya se cansó y tal vez no pueda entregar más por esta relación.

Señala que siente que está pasando por una etapa difícil, como de cambios. El que M esté en terapia y el trabajo que se ha estado haciendo con ellos le ha hecho replantearse su posición de padre, como se comentó en algún momento, en otra sesión, tal vez él nunca se ha dado cuenta de lo que es ser padre y no se siente como tal, algo pasó cuando con M y V comenzaron a vivir todos juntos como familia en Santiago. Pero él siguió carreteando y saliendo con amigos, tal vez no asumía que era padre y que tenía que crecer, y las responsabilidades que esto conlleva.

Siente que ahora es el momento para comenzar a retomar su relación con M, se conversa acerca de cómo se puede acercar más a él. No sabe que hacer cuando están juntos.

También coincide en que tal vez no es el momento de hablar con M todavía, si ellos como pareja no están claros en que situación se

encuentran.

G, solicita ser derivado a terapia.

Sesión 9

M en sus vacaciones de invierno estuvo visitando a sus abuelos en Villa Alemana. Lo pasó bien y dice que lo regalonean harto. Juega con su tío y le gusta estar allá.

Como su mamá no está trabajando, pasan todo el tiempo juntos y le gusta que ella esté con él. Han salido y hacen cosas juntos.

Comenta que salieron con sus papás, fueron al cine a ver Los Transformers. Le gusta mucho esta película e incluso tiene un juego de ellos, ha pasado por muchas etapas y me cuenta de cómo es el juego.

Su papá ahora ya no pasa tanto tiempo en el computador y han estado haciendo cosas juntos. Arman monos y juegan a distintas cosas.

Sesión 10

M comenta que ha estado bien y que ya casi no se enoja y que no ha peleado con compañeros. Trae a sesión sus gogos y ya tiene los 60 de la colección, aunque tiene algunos repetidos. Me conversa sobre sus amigos y compañeros del colegio y de las cosas que hacen y a las que juegan.

Ha jugado con N, de su edificio, se llevan bien pero a veces se enojan.

V su madre, solicita hablar un minuto y se le atiende al finalizar la sesión.

Ella desea comentar que ha estado más o menos y que le gustaría tener un espacio terapéutico en el CAPs. Ha estado participando en entrevistas de trabajo, pero le va mal. Esta situación la ha hecho sentir baja

autoestima y ahora no se siente capacitada para enfrentar más entrevistas y un nuevo proyecto de trabajo. A esto se suma, la situación en la que se encuentran con G, están separados pero viven juntos (incluso duermen juntos) pero no pasa nada entre ellos, cada uno vive su vida, pero los une M.

Sesión 11

Se recibe a los padres de M. Se conversa sobre la situación en la que se encuentran cómo pareja, de una supuesta separación y término de la relación. Ellos todavía no están muy claros de la separación, G dice que sí está claro, pero V no siente que sea así. Ellos viven juntos e incluso duermen juntos. Con M las cosas han mejorado bastante, G por su parte pasa más tiempo con él y hacen cosas juntos. V también pasa más tiempo con él y salen juntos. Ellos tratan de no pelear y nada en frente de M. Se conversa sobre el término del proceso de M, los padres están de acuerdo.

Sesión 12

Se cita a M para dar término al proceso y dar de alta. Se conversa sobre cómo ha estado él y se le propone el fin de la terapia. M está de acuerdo, aunque dice que le da un poco de tristeza el ya no tener que venir más.

Nombre del Paciente	Paciente B
Nº Sesiones Realizadas	12
Fecha Egreso (ultima)	01-08-09

sesión)	
Motivo de Consulta	Padre separado trae al niño para sobrellevar de mejor manera la separación
Condición de egreso	Pese a que el proceso ya estaba por terminar, los padres no traen más a Benjamín. Vía telefónica se acuerda realizar una sesión de cierre pero el padre no se presenta.

Sesión 1
El padre de B señala que lo trae para saber si se encuentra bien a consecuencia de la separación de sus padres. Quiere saber cómo está, según su madre ha estado un poco agresivo. B sería tímido, le cuesta socializar, las situaciones nuevas le cuestan. Para el padre esto es extraño ya que él no es así, es más extrovertido, es vocalista de un grupo musical. Se parecería más al padre. Se observa al padre un tanto angustiado y quiere saber si está fallando en algo. La relación de B y su padre es cercana, lo visita semanalmente.
Sesión 2
B juega preferentemente con caja de implementos de madera, junta y ordena según sean números y letras. Se la pregunta por la separación de sus padres, “no echo de menos a mi papá, sé que están separados” “es por que ya no se quieren”

Sesión 3

La madre cuenta un poco sobre la salud de B, ha estado enfermo, sufre de asma crónica, ha sido enfermizo. Es malo para comer, come lento y nada le gusta (desde el año de vida). Se encuentra en un grado de desnutrición por esto, pesa 20 kilos. Por ejemplo le gusta el yogurt de frutilla, con vaquita y colun. Ella trabaja 2 días a la semana y el resto su abuela lo cuida. A B le gusta ir al colegio, le gusta aprender. Ahora está desordenado, pero siempre fue tranquilo. Viven pegándole en el colegio, siempre lo pasan a llevar, es sumiso. Es tímido y llora por los bailes del colegio. Cree que le da vergüenza hacer el ridículo. Se conversa sobre el que B participe del proceso de terapia, ella no lo considera necesario. Sobre su separación comenta que durante 3 meses, su exmarido va y viene. Ella sigue enamorada y él no. B fue papá chico durante su embarazo ya que el padre no estuvo, él no cree que P sea su hijo (eso creía). Hoy en día, rezan y piden que el papá vuelva a la casa. “El dejó de amarme y no fue capaz de decírmelo”

B sabe que el papá no quiere al hermanito, se lo ha dicho. Ella cree que B piensa que su papá es super y su mamá es fome, ya que el padre sólo juega con ellos, es más entretenido. Ella es más fome tal vez por que siempre ha sido hogareña, de familia y trabajo. Ella ve a B mal, “hijo me voy” “papá no te vayas”. Llanto todos los días de ambos (madre e hijo). Ha estado contestador y le ha dado manotones. Llama al papá a cada rato. Comenta que al comienzo de la separación no le dieron alguna explicación a B, luego le dijeron que ellos antes se amaban pero ahora

no. B quiso ser cupido entre ellos. B sueña que siguen juntos (ver televisión, salir juntos). B tiene rabia contra el papá, pero todo me lo dice a mí. Se conversa sobre necesidad de que C inicie su propio proceso debido a la separación de su marido.

Sesión 4

Hoy llega más conversador. Se le comenta sobre conversaciones sostenidas con sus padres, y él comenta que ve a su mamá triste. Dice no extrañar a su papá, y señala que se fue porque ya no quiere a su mamá. Su papá vive con su mamá y con su hermana. B dice que sabe que su papá no volverá.

Sesión 5

P pide conversar sobre B. El lo encuentra bien, pero sabe que llora a veces y la profesora del colegio dijo que lo encontraba triste y esto lo preocupa. P hace saber que se encuentra muy complicado sobre la separación de C. El sabe que ella lo quiere todavía, pero él ya no. Cuenta acerca de la separación de ambos y cómo se dieron las cosas. Su principal preocupación está centrada en B, y tiene muchas dudas y cuestionamientos sobre como actuar con él y que hacer frente a sus preguntas. P siente mucha culpa por esta situación y no quiere ver sufrir a sus hijos.

Sesión 6

El padre de B pide conversar unos minutos. Se le hace participar de la sesión. Desea comentar unos sueños que ha tenido B los cuales se tratan de que su papá vuelva a la casa y otro en que sus papás se casan.

B no quiere hablar de esto, juega aparte. Luego de que el padre termina de contar lo de los sueños, B se abalanza en las rodillas de su padre y ruega que vuelva a la casa que él hará todo lo que le pida, que ya no se portará mal. P su padre, no sabe que hacer con lo que sucedió y prácticamente lo ignora. Luego pide salir de la sesión.

B dice que él tiene cosas muy privadas y que no las conversa con nadie. Al final de la sesión se hace pasar nuevamente a P y se conversa sobre lo que sucedió. P señala que no sabe que hacer con esto, y que es por la culpa que él siente por la separación y todo lo que ha ocurrido.

Sesión 7

B trae sus juguetes transformers, le gustan mucho. Juega con ellos, me cuenta de que se trata la historia y me pide que juguemos. Se trata de conversar sobre sus pesadillas, pero él dice que no las ha tenido más y no quiere hablar del tema. Me cuenta sobre su cumpleaños, cómo lo celebraron y que lo pasó muy bien. Que tiene dos cumpleaños en el año uno en invierno y luego se lo celebran con amigos en la primavera.

Sesión 8

B trae a sesión sus gogos. Me invita a jugar con ellos, primero me enseña cómo hacerlo. Dice que ha estado bien y me cuenta sobre sus amigos con los que juega a los gogos. Jugamos casi toda la sesión con ellos y mientras conversamos sobre cómo ha estado él.

Sesión 9

Se conversa con B sobre cómo le ha ido en el colegio y cómo ha estado él. B dice que está bien. Dice que no ha tenido más pesadillas ni sueños

malos. Se le propone que durante las sesiones siguientes pueda participar su padre P de éstas. Así podrán trabajar juntos y conversar sobre ellos. B está de acuerdo.

Sesión 10

B y su padre participan de la sesión, como se ha acordado en sesiones previas con la finalidad de darles un espacio para que compartan juntos y si se da la oportunidad, puedan hablar acerca de la separación de los padres de B. P no sabe que hacer en un principio, se les pide que jueguen y que compartan el espacio. B decide que pueden hacer un rompecabezas, lo hacen en conjunto. Mientras lo arman, conversan sobre el rompecabezas. Terminan el primer rompecabezas y B busca otro para armarlo también. El jugar y armar rompecabezas dura toda la sesión.

Sesión 11

Participan en la sesión B, su hermano P y padre. Se les permite que desplieguen una actividad que ellos elijan. Quienes juegan principalmente son P y B, P su padre, los observa y participan con ellos más que nada cuidando a P. Se conversa mientras ellos juegan, con P, sobre la relación que tiene con B y con P. Según comenta P, es muy buena con B y con P también, se están relacionando mucho más y espera que lo hagan más cuando le entreguen su departamento, les tendrá pieza para ellos y así estarán más cómodos que en la casa de su madre. P encuentra que B está super bien, le va muy bien en el colegio y se porta bien.

8.3 MATRIZ DE ANÁLISIS

Queja	Motivo de Consulta	<p>(A1) Padres refieren que Paciente A tiene una manera de ser muy cambiante, muy inmaduro, por cualquier cosa se enoja.</p> <p>(R1) Padres refiere que ella es tímida en el colegio al participar en grupos, pero para él es parte de su proceso. En la casa es participativa.</p> <p>(N1) N no tiene amigos. Lo molestan porque es muy guagua.</p> <p>(D1) está sensible, tiene pena y poco control de impulsos, ira . "no sé cuándo me siento así". "No tengo amigos"</p> <p>(M1) ira, poco control de frustración y baja autoestima "me da pena que mis papás peleen" "mi mamá es enojona"</p> <p>(B1) ha estado un poco agresivo, tímido le cuesta socializar las situaciones nuevas le cuestan</p> <p>(V1) Madre indica que el Paciente V está muy rabioso, enojado y que la golpea desde marzo de este año.</p> <p>(J1) Cambios repentinos en su estado emocional, de muy inquieto a tristeza, especialmente en el contexto escolar.</p>
	Visión del hijo por parte de padres	<p>(R8) la niña se defendió los demás desde la sala cuna. R fue "pedida" por su hermana mayor, aunque ella también quería otro hijo.</p> <p>(R4) R es autogestora, inquieta, tiene ideas y las lleva a cabo. La tienen que cuidar de cerca pues tiene actitudes de peligro.</p> <p>(R5) Casi la perdemos.</p> <p>(R6)es regalona y le gusta que la abracen y la besen.</p> <p>(R7) no habla en clases y no diserta. Esto es parte de su desarrollo y el problema es que se "quede pegada".</p> <p>(R 20) Ella era una niña inquieta, tímida y peleadora R es una niña creativa, pero negativa, que se desvaloriza mucho a veces. Es celosa con sus amistades, las cuales tiene pocas pero intensas. Su gran amiga es su prima. Tiene problemas con su profesora.</p> <p>(N 3) El se sabe las cosas pero en las pruebas falla. Madre sobrepasada.</p> <p>(D 9) La madre considera que la relación con D ha ido mejorando un poquito, ella se encuentra trabajando sus temas personales y ha visto el tema vincular con D. Le cuesta ser madre, pero lo está trabajando</p> <p>(J 11) Ella "abandono" al hijo, pues pasaba todo el día en la clínica.</p> <p>(J 12) J anda alterado. Quiere que su hijo valore más</p>

	<p>las cosas.</p> <p>Angustia del Niño</p> <p>(R 19) R Tiene miedo a la primavera y verano porque su papá le pone veneno a los ratones y piensa que una de sus mascotas se los coma y se muera. Sobre todo Sami que es el más pequeño.</p> <p>(R 26) R habla de temas: muerte, enfermedad, entierro.</p> <p>(D 8) ¿cuánto queda para terminar?</p> <p>(N 1) A veces no me siento como yo mismo, como si yo no estuviera ahí. Me siento un poco mal, quiero pasar de curso</p> <p>(D 2) Me he portado más o menos en el colegio, en la sala los niños se transforman. Mi mamá está enojada por mi comportamiento en el colegio, por eso tengo pena.</p> <p>(M 4) M no quiere ir porque ese día no llegó ningún niño más, se puso a llorar, ahora no quiere ir.</p> <p>(V 15) Entra Paciente V junto con su madre. No quiere que su mamá salga.</p> <p>(J 13) Él menciona también que fue difícil para él cuando el papá estuvo en la clínica.</p> <p>(J 17) Refiere ser tonto. Refiere morirse para que Dios perdone los pecados de la familia.</p> <p>(R 12) Refiere que nadie sabe cuando ella llora</p> <p>(B 5) papá vuelve a la casa, yo haré todo lo que me pidas, no me portaré mal.</p>
	<p>Relación Familiar</p> <p>(N 10) Estoy muy contento porque me llevarán al cine, es primera vez que voy, y luego iremos al McDonalds</p> <p>(N 5) N y sus hermanos cuidados por sus abuelos, desautorizan a padres. Como familia no salen a ninguna parte. "A qué hora podríamos salir a alguna parte?"</p> <p>(N 6) N llegó a quitarle el lugar a M, él era el regalón de la casa, sobretodo de los abuelos. No nos podemos poner de acuerdo en cómo educar a nuestros hijos.</p> <p>(N 8) N sufrió agresiones desde pequeño, pero nunca reclamamos en los colegios, hasta ahora. Es requeteregalón. Madre cansada y sin tiempo para hacer otras cosas que no sea de la casa y trabajo</p> <p>(N 11) Mi hermano ya no me molesta tanto</p> <p>(N 12) Problemas de padres en ponerse de acuerdo en relación a hijos y reglas de la casa, diferencias de opinión y posturas, padre light y madre estricta</p> <p>(N 7) Necesita que lo apoyen en la casa.</p> <p>(D 2) Mi padrastro me quita las cosas y me castiga, a veces me toma del pelo. Con mi mamá hacemos pocas cosas juntos</p> <p>(D3) Mi padrastro es muy estricto, si me porto bien mi mamá me da mesada</p> <p>(D 4) Tenemos distintas formas de educar a D. las parejas no son para siempre</p>

	<p>(M 12) No me acuerdo (respecto a q se porta mal) Yo le quito las cosas pero no resulta</p> <p>(B 3) madre sigue enamorada de padre y él no. El dejó de amarme y no fue capaz de decírmelo</p> <p>(J 9) “le podría haber pasado algo, y tendríamos que gastar millones, y lo tendría que haber ido a ver.....”.</p> <p>(J 10) Habla la madre más que el padre</p> <p>(J 28) Aparece el tema de la muerte y del dinero en su discurso.</p> <p>(J 16) Cuando se enoja con el papá, él se va a la pieza solo a ver TV.</p> <p>(J 29) “Mi mamá quería donarle mi corazón y órganos a la niña” (que apareció en la tele). “pero otra persona se los dio”.</p> <p>(J 19) Refiere que le dicen a J que se porte bien, o que o si no “el papá se puede morir y será su culpa”.</p> <p>(J 24) “Es como otro hijo para mi”. “Que le molesta que le diga mamita”. Refiere que Paciente J le dice que el papá “está tontito”.</p> <p>Refiere que antes el papá le pegaba a Paciente J con la correa. Y que ella le decía que era porque se portaba mal, y le decía que le pidiera perdón al papá. Y que el papá también le pedía perdón.</p> <p>Ella también fue maltratada por su padre cuando pequeña.</p> <p>(J 25) Paciente J relata que tiene problemas para dormir, pues su hermano escucha y trabaja en el computador hasta tarde, y él con el ruido no puede dormir.</p> <p>(J 14) Refiere que su mamá le pegaba con la correa. En su casa y en el colegio hay gritos.</p> <p>(R 12) mandan a su pieza pero no le dicen nada. Le hablan cuando se le pasa. Le gustan sus perros porque “ellos no le dicen nada”, solo le demuestran su cariño.</p> <p>(M 3) Los hijos tienen que estar con uno</p>
<p>Angustia de los padres</p>	<p>(M 10) Estoy con baja autoestima y no me siento capacitada para enfrentar más entrevistas y un nuevo proyecto de trabajo</p> <p>(V32) Está más tranquilo, pero que igual tiene actitudes violentas</p> <p>(V 14) No lo quería, pero no tuvo apoyo para hacerse un aborto. Refiere que le cuesta ser madre y es una constante angustia para ella.</p> <p>(V 19) Ella se angustia y me dice que tiene miedo de darle un padrastro a su hijo, pero no sabe explicar bien por qué, pues solo refiere a la carga social de un padrastro.</p> <p>(V 23) Se angustia por el colegio del Paciente V. Quiere cambiarlo.</p> <p>Le angustia ser madre. No la pasa bien.</p> <p>(V 24) porque tengo que estar pesando en tener lucas para estar con mi hijo.</p>

Demanda		<p>(J 27) Estoy muy angustiada. Estoy sobrepasada por las cosas que tengo que llevar en la vida. J me sobrepasa y le he vuelto a pegar.</p> <p>(D 11) Siento que D me exige más de lo que le puedo dar</p> <p>(D 14) Me cuesta ser madre, pero lo estoy trabajando con mi terapeuta</p>
	Subjetividad del Niño	<p>(R 13) Dice que "pocas cosas le provocan miedo".</p> <p>(R 27) Ella se identifica con su hamster, porque es arriesgada, inquieta, y con su erizo por lo enojona. Ella dice ser inquieta y que hace maldades cuando se aburre en la casa</p> <p>(R 28) refiere saber por qué está viniendo a la psicóloga: porque su profesora la encuentra extraña, (porque a R le gusta lo distinto, a su profesora no).</p> <p>(R 28) Ella dice estar enojada.</p> <p>(R 31) Refiere que cuesta que la entiendan su profesora y sus padres. Porque no hablo con otras personas, porque no le gustan las personas. Dicen que es extraña</p> <p>(R 32) Refiere que todos le roban su personalidad: bravucona, chuky, pelliscadora (por rabia). Dice ser distinta a las otras niñas, porque ella no es asquenta como sus compañeras</p> <p>(R 40) Refiere de que los animales atacan cuando los molestan, pero otros no</p> <p>(R 41) "Hay otros que aprendieron también: Harry a ser más obediente, Sammy más grande porque duerme afuera de la casa, Hamster a defenderse, Erizo a ser más sociable, pez más valiente, Cuy más valiente.</p> <p>(N 4) "¿me puedes ayudar?" Sin ayuda es difícil hacer las cosas</p> <p>(N 9) N dibuja, al finalizar se levanta, da las gracias y me abraza. Gracias por escucharme</p> <p>(N 13) "ud. es como mi amiga, me ayudó a tener más confianza en mí mismo, extrañaré el venir y hacer trabajos en sesión, tendré más tiempo libre los sábados</p> <p>(N 10) Estoy muy contento porque me llevarán al cine, es primera vez que voy, y luego iremos al McDonalds</p> <p>(D 5) Hoy no tengo mucho que contar, tal vez podría dibujar solamente. D dibuja súper héroe.</p> <p>(D 6) Me gustaría jugar más con mi mamá, pero ella llega muy tarde del trabajo</p> <p>(D 12) Soy encargado de fila, debo anotar a quienes hacen las tareas y a los que no. Me estoy portando mejor</p> <p>(D 13) Me porto mejor ahora</p> <p>(M9) He estado bien, ya casi no me enojo ni he peleado</p> <p>(M11) Me da un poco de pena no venir más</p>

	<p>(M7) Es hora de comenzar a retomar mi relación con M, pero no sé cómo</p> <p>(B2) No echo de menos a mi papá, se que están separados, es porque ya no se quieren</p> <p>(B4) Mi mamá está triste, no extraño a mi papa, se fue porque ya no quiere a mi mamá, se que mi papa no volverá</p> <p>(B 6) No he tenido más sueños y no quiero hablar de eso</p> <p>(B 7) He estado bien, podríamos jugar a los gogos</p> <p>(B 8) No he tenido más pesadillas ni sueños malos</p> <p>(V 16) Dice "Me gusta que se separen". Refiere "que están pegados como él con su mamá".</p> <p>(J 15) Refiere que la vida es difícil. Ante la pregunta que qué cambiaría dice que "no maltraten a los niños porque NOS duele". Refiere que cuando pequeño le pegaban con la correa. Frente a esto el hermano le decía que se iban a ir juntos de la casa (pero su mamá no lo dejaría).</p> <p>(J 18) Más tranquilo. Que falta poco para que salga de vacaciones y así será una preocupación menos para la "mamá".</p> <p>(J 20) Paciente J frente a esto dice que le da miedo que alguien muera.</p> <p>(J 21) Se muestra más tranquilo que la vez anterior, pero refiere que le ha costado dormir.</p> <p>(J 23) Da miedo pensar en quedarse solo, le da miedo la muerte. Refiere además que el papá se queja mucho del pasado y de su accidente.</p> <p>(D 2) Me he portado más o menos en el colegio, en la sala los niños se transforman. Mi mamá está enojada por mi comportamiento en el colegio, por eso tengo pena. Mi padrastro me quita las cosas y me castiga, a veces me toma del pelo. Con mi mamá hacemos pocas cosas juntos</p> <p>(R 34) Tengo que descubrir por qué peleo tanto con la profesora, aunque ya sé lo que a mi no me gusta que sean parecida a mí, y ella es acuario igual que yo y le gusta el verde igual que a mí. Creo que ella también se siente extraña.</p> <p>(R 36) Nada le da asco. El ser distinta no le complica</p> <p>(R 37) "yo seguiré siendo distinta". Me encuentran extraña porque no soy señorita, no soy educada. Me gusta ser mal educada (es más divertido porque no ocupo vestido).</p> <p>(J 14) Dice que le gusta venir a sesión, pues se siente tranquilo y relajado porque no hay mucho ruido.</p>
--	--

<p>El Niño y los Otros</p>	<p>(R 2) Dice tener una amiga “gemela” que tiene ocho mascotas también.</p> <p>(R 3) Sus amigas, y que le hacen “trampas” para hacerla reír. Le preguntó si sus papas se dan cuenta. Me dice que sí, y que ella se va a su pieza y que “no se acuerda” que hacen ellos. Le incomoda que las personas digan una cosa y después no hacen lo que dicen. Eso la hace desconfiar.</p> <p>(R 11) La Paciente R dice que le dicen chuky y muda. Su profesora el dice a ella y a sus amigas que son como “ostras”.</p> <p>(R 14) Habla de lo sola que se siente su cuyi y que le quiere comprar una pareja. Dice que ella también se siente sola porque tiene puros amigos hombres, le pregunto quienes y me nombra a sus animales.</p> <p>(R 15) Confía más en sus mascotas: “porque son mis mejores y primeros amigos. Estuve como tres años sola, después conocí a mis dos mejores amigas, y nos pasan las mismas cosas: tuvimos piojos, mismos problemas, vamos al psicólogo, nos gusta y tenemos animales y no nos interesa conocer a nadie más. Son despitadas.” Dice que se siente la oveja negra de la familia, porque es mala y hace maldades.</p> <p>(R 16) Me cuenta el de un monstruo que quiere tener amigos, pero que todos se alejan porque es un monstruo.</p> <p>(R 17) Me dice que las apariencias engañan. Y me dice que a ella le ha pasado eso. Me lee varios cuentos escritos con rimas.</p> <p>(R 18) Existe una niña que le quiere robar: su identidad de pelliscar, de chuky y a una de sus amigas</p> <p>(R 21) Porque sus compañeros se burlan. Refiere que con la niña que le quería robar su identidad hicieron un trato y ahora son más o menos amigas: ella no la molesta y ellas hacen un trabajo juntas.</p> <p>(R 22) e tienen miedo porque les pega cuando la molestan</p> <p>(R 23) Refiere que va a tener que bailar igual porque</p>
-----------------------------------	--

	<p>Percepción de los padres por parte de los hijos</p>	<p>algunos niños quieren bailar, y ella no quiere echarles a perder el baile. (R 24) Refiere no tener ganas de bailar para fiestas patrias, pero que lo hará igual porque su mamá se lo ordenó. (R 25) Ella es alérgica a la ruda, planta que hay en su escondite del colegio. Ella y sus amigas escogieron esta planta como flor nacional para ellas porque las representa (por lo rudas). Al igual que el cactus. (R 35) Dice ser una mala compañera, porque nunca ayuda a los demás, la castigan, no obedece y hace travesuras. (N 2) Ya no tengo amigos en la escuela (R 33) Veo en los ojos de mi profesora que me siente diferente. (M 2) Mis papás pelean porque no se ponen de acuerdo en cosas, esto me da pena pero no lloro. No dibujo muy bien, me gustaría dibujar como mi papá" (N8) N sufrió agresiones desde pequeño, pero nunca reclamamos en los colegios, hasta ahora. Es requeteregalón. Madre cansada y sin tiempo para hacer otras cosas que no sea de la casa y trabajo (D12) Soy encargado de fila, debo anotar a quienes hacen las tareas y a los que no. Me estoy portando mejor (D 10) No hacemos muchas cosas con mi mamá (D 7) nuestra relación está mejor (padraastro). Puede jugar conmigo? (M 5) Mi papá cuando llega pasa metido en el computador. He estado un poquito enojón pero no tanto (M 6) Salimos más con mi mamá ahora que está en la casa, vamos a dónde mi abuela (M 8) Como mi mamá no está trabajando pasamos más tiempo juntos y hacemos cosas. Mi papá ya no pasa tanto tiempo en el pc y hacemos cosas juntos. Armamos monos y jugamos. (V 11) La molestia del Paciente V es porque la madre le dijo que no le celebraría su cumpleaños porque se portaba mal. (R 43)A mis padres les cuesta entenderme porque siempre hago cosas extrañas.</p>
--	---	--