

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

# La gresión como principal manifestación del abandono en niños y adolescentes de primaria en un internado a partir de un proceso psicoanalítico

**Autor: Tania Lizbeth Gómez Sánchez**

**Tesis presentada para obtener el título de:  
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia [sic]**

**Nombre del asesor:  
Enrique de Guadalupe Murguia Díaz Muñoz**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

**“LA AGRESIÓN COMO PRINCIPAL MANIFESTACIÓN DEL  
ABANDONO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE PRIMARIA EN UN  
INTERNADO A PARTIR DE UN PROCESO PSICOANALÍTICO”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA  
PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

**PRESENTA:**

**TANIA LIZBETH GÓMEZ SÁNCHEZ**

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. ENRIQUE DE GUADALUPE MURGUIA DÍAZ MUÑOZ

RVOE ACUERDO: MAES-100512

CLAVE: 16PSU0023Y

Morelia., Michoacán, Septiembre del 2012.

*Entre los sentimientos más penosos a que puede verse expuesto un ser humano se encuentra el de no ser humano, precisamente - sentimiento este inolvidable descrito por Franz Kafka en la metamorfosis y observable en el análisis. . . - creo que la conciencia de una deformación tan cardinal, como esta en la personalidad procede de la ausencia de seres humanos en el medio que rodea al niño pequeño.*

*La mera presencia de personas en el entorno -de su voz y sus olores corporales, de las emociones que manifiestan, los ruidos que producen en sus actividades, así como el aroma particular de los alimentos que preparan y que comen- crea en el niño un sentimiento de seguridad, de pertenencia y participación, que no es explicable en términos de una respuesta especular o de una fusión con ideales. Estos sentimientos derivan de confirmar que uno es un ser humano entre otros seres humanos.*

*Las características específicas de estas tempranas impresiones varían, por cierto -ellas explican, por ejemplo, la reconfortante y mágica sensación al volver a escuchar la lengua materna, cuando se regresa de un viaje por países extranjeros-, pero todas apuntan a algo común a todos los seres humanos: una general semejanza en nuestra capacidad para el bien y el mal, nuestras emociones, nuestra voz, nuestros gestos y ademanes.*

*Estos aspectos de nuestra similitud básica son mojones del mundo humano que necesitamos sin saber que los necesitamos, en tanto y cuanto estén a nuestro alcance.*

*Heinz Kohut, (1986, pp. 288-289)*

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.**

A mis padres por darme su apoyo incondicional, su tiempo y haberme heredado la tenacidad para no solo cumplir sino superar mis objetivos, por enseñarme a amar a través del digno ejemplo con que me han amado, gracias por confiar en mí cada día de mi vida y forjar la mujer que ahora me identifica. Sepan que jamás habrá palabras exactas para decirles el bien que me han hecho, impulsándome siempre en las circunstancias más difíciles de mi vida, enseñándome en todo momento la luz que me llevaría al éxito y vencer los obstáculos que me lo impedirían.

A mis hermanos y familia Amparo, Paty, Jaime, Abel, Humberto, José Luis, Abdulia, Trino, Vidal, Jorge, Perla, Mari, Camilo y Silvia sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante, deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos y constituye el legado más grande que pude recibir que es mi aprendizaje y formación como ser humano, gracias por su cariño, paciencia y comprensión, por ayudarme a crecer con humildad y perseverancia para lograr mis propósitos, gracias por su ayuda y fortaleza constante, siendo siempre una guía indispensable en mi vida, simplemente gracias por creer en mí.

A mis sobrinos aunque muchos de ellos aún no sepan el significado de este trabajo tengo la firme convicción que serán fieles seguidores del éxito, sepan que siempre estaré para apoyarlos pues ustedes han sido un motor importante para luchar por un futuro y una sociedad mejor.

A mis hermanos de la vida Hiram Maya y Joel Enríquez por su sostenimiento en todo momento de mi vida, por mostrarme en cada momento su grandeza y apoyo infinito, por las diversiones inolvidables que nos marcarán para siempre, por simplemente hacer magia en mí, gracias por amarme de tal manera que no se necesita decirlo, sepan que sus corazones son fuente de inspiración.

A mi asesor Mtro. Enrique Murguía por compartir desinteresadamente su tiempo, sus conocimientos, su experiencia y talento quien me ha enseñado que la investigación no solo está en los libros sino en la práctica consolidando en mí la pasión por la investigación. Gracias por enseñarme a buscar una vía diferente para caminar y mostrarme que el mundo es inagotable, gracias por su infinito apoyo, por su ejemplo y paciencia.

Al Dr. Antonio Santamaría por haberme elegido para instruirme y formarme en esta gran aventura denominada psicoanálisis, por regalarme su sabiduría e impregnarme de amor y del digno ejemplo de esperanza y fe, mostrándome a lo largo del camino que no hay obstáculo suficiente que limite los sueños, gracias por ser mi espejo, tal como lo define Zirahuen. Jamás dejarás de ser un digno ejemplo de lucha y vida profesional.

Al Mtro. Oscar Oliver agradezco su empeño y paciencia, gracias por apoyarme a lo largo de mi formación y culminación de este trabajo, facilitándome las herramientas y conocimientos necesarios para poder lograrlo.

A mis amigos y colegas en especial a Mayra Carrasco y Aron García que me estuvieron mostrando mis errores y aciertos compartiendo conmigo sus experiencias y conocimientos, siempre ayudándonos a ser intelectuales de alto nivel.

A mis profesores por la formación integral y humana, proporcionándome las bases morales y éticas que caracterizan mi profesión, a ellos quienes con mucha paciencia y bondadoso amor han cincelado mi formación.

Gracias a ese Otro mayúsculo que ha servido como proyector de mi vida y me ha ayudado a reflejarme siempre reestructurándome y dándome fortaleza infinita.

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su apoyo, amistad, animo, amor y compañía en las distintas etapas de mi vida, algunas están conmigo y otras me acompañarán a lo largo de mi vida en mi memoria y corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por ser parte de mí y haber sido parte del camino que me ha llevado a donde estoy.

<b>ÍNDICE.</b>	
INTRODUCCIÓN.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	12
<b>MARCO TEÓRICO.</b>	15
<b>CAPITULO I ABANDONO.</b>	16
1.1 Definición de abandono.....	17
1.2 Abandono paterno.....	18
1.3 Abandono materno.....	22
1.4 Características sociales de un niño abandonado.....	25
1.5 Padres sustitutos.....	26
1.6 Tipos de apego.....	31
<b>CAPITULO II AGRESIVIDAD INFANTIL.</b>	36
2.1 Definición de agresión.....	37
2.2 Teorías de la conducta agresiva.....	39
2.3 El desarrollo normal y su relación con la agresión.....	45
2.4 Clasificación de la agresión.....	51
2.5 Factores que originan y reducen la agresión.....	54
2.6 La agresión de acuerdo a Melanie Klein.....	56
2.6.1 Desarrollo emocional del niño.....	57
2.6.2 Posición esquizo-paranoide.....	60
2.6.3 Posición depresiva.....	62
2.7 Agresión acting-out.....	64
2.8 Periodo de latencia.....	66

<b>CAPITULO III PSICOANÁLISIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.</b>	68
3.1 Definición de psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia general y psicoanálisis.....	69
3.2 Técnica de juego en psicoanálisis.....	71
3.3 Psicoterapia psicoanalítica en adolescentes.....	75
3.4 Contrato.....	80
3.5 Alianza terapéutica.....	82
3.6 Resistencias.....	84
3.6.1 Tipos de resistencias.....	86
3.7 Transferencia.....	88
3.7.1 Tipos de transferencia.....	90
3.8 Contratransferencia.....	91
<b>CAPITULO IV METODOLOGÍA.</b>	94
4.1 Procedimiento.....	95
4.2 Fuentes generadoras y antecedentes.....	96
4.3 Innovación de la investigación.....	98
4.4 Planteamiento del problema.....	99
4.4.1 Pregunta de investigación.....	99
4.5 Objetivos.....	99
4.5.1 Objetivo general.....	99
4.5.2 Objetivo específico.....	99
4.6 Enfoque de la investigación.....	99
4.7 Tipo de investigación.....	100
4.8 Universo.....	100
4.9 Población.....	101

4.10 Muestra.....	101
4.11 Muestreo.....	101
4.12 Instrumentos.....	101
4.13 Supuestos.....	102
4.14 Descripción de la institución.....	103
4.14.1 Historia.....	103
4.14.2 Dormitorios.....	103
4.14.3 Horarios.....	103
4.14.4 Áreas.....	104
4.14.5 Tipo de población.....	104
<b>CAPITULO V ANÁLISIS DE RESULTADOS.</b>	105
5.1 Pablo.....	106
5.1.1 Familiograma.....	106
5.1.2 Historia clínica.....	107
5.1.3 Pre-test.....	123
5.1.4 Dibujos.....	126
5.1.5 Sesiones.....	130
5.1.6 Post-test.....	139
5.1.7 Dibujos.....	142
5.1.8 Cuadro comparativo de la prueba autodescriptiva de Frost .....	146
5.2 Abraham.....	147
5.2.1 Familiograma.....	147
5.2.2 Historia clínica.....	148
5.2.3 Pre-test.....	163
5.2.4 Dibujos.....	166

5.2.5 Sesiones.....	170
5.2.6 Post-test.....	179
5.2.7 Dibujos.....	182
5.2.8 Cuadro comparativo de la prueba autodescriptiva de Frost .....	186
5.3 Luis.....	187
5.3.1 Familiograma.....	187
5.3.2 Historia clínica.....	188
5.3.3 Pre-test.....	202
5.3.4 Dibujos.....	204
5.3.5 Sesiones.....	208
5.3.6 Post-test.....	216
5.3.7 Dibujos.....	218
5.3.8 Cuadro comparativo de la prueba autodescriptiva de Frost.....	222
<b>CAPITULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS.</b>	223
6.1 Pablo.....	224
6.2 Abraham.....	227
6.3 Luis.....	230
<b>CAPITULO VII CONCLUSIONES.</b>	234
<b>CAPITULO VIII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.</b>	249
<b>CAPITULO IX FUENTES CONSULTADAS.</b>	256
9.1 Bibliografía.....	257
9.2 Referencias electrónicas.....	259
<b>CAPITULO X ANEXOS.</b>	260

## **INTRODUCCIÓN.**

La importancia de que los padres proporcionen bases psicoafectivas a sus hijos desde edades tempranas no es algo que no se manifieste a manera de lógica en los padres, sin embargo, la forma de hacerlo varía de familia en familia dependiendo del entorno social, económico, educativo y del deseo real de querer ser padres cuando reciben la noticia que lo serán, ya que desde ahí se inicia con la canalización de mensajes positivos o negativos hacia el niño, al mismo tiempo que se va creando el espacio que este nuevo ser tendrá en la familia o por el contrario evadir las necesidades que el nuevo integrante ocupará.

Los entornos de los que se habla en el párrafo anterior, son también los que llevan a tomar las decisiones acerca del futuro de los hijos. En gran medida se esperaría que los padres no quisieran separarse de ellos por el vínculo generado desde la infancia, además de tener el deseo de verlos crecer y compartir el día a día; lo anterior partiendo de la importancia de las edades en las que se encuentra la población seleccionada, la cual tiene el rango de 7 a 12 años, edades en las que se necesita del espejeo familiar, reidentificación con el otro y del reforzamiento de reglas y límites, entre otros, con el objetivo de optimizar el desarrollo del niño. Sin embargo, en esta investigación no es ese el caso, situación que generó interés para el desarrollo de la misma.

Los niños y adolescentes de manera normal presentan características de enojo, agresión, ansiedad, rebeldía o necesidad de independencia, etcétera, pero se esperaría que fueran síntomas que les ayuden a su adaptación en el ambiente, es decir, una agresión y ansiedad adaptativa que proteja a las estructuras psíquicas de las situaciones externas o internas que los pudieran poner en riesgo, esto con ayuda de las herramientas psíquicas que los padres depositan y refuerzan durante el desarrollo del niño y adolescente, de lo contrario se generan síntomas no solo perjudiciales para el ambiente externo sino de manera más alarmante en el ambiente interno del sujeto.

Por lo que esta investigación tiene la finalidad de mostrar la importancia del apoyo de los progenitores en el desarrollo psíquico de sus hijos, así como las repercusiones de las conductas aparentemente normales, sanas y en pro de ellos, de la misma manera, estas conductas las llevan a cabo con el pensamiento de que es lo mejor, minimizando la capacidad

de sus hijos para pedirles su deseo, opinión o simplemente llegar a consensos donde todos sean beneficiados.

A su vez se plasma la importancia de los padres sustitutos cuando los padres biológicos no están a cargo del niño o adolescente, situación que es común en los internados donde los inquilinos aun teniendo familia y un hogar, son llevados a estas instituciones que se caracterizan por no tener una relación personalizada, la figura de autoridad no se encuentra instaurada totalmente a causa del alto número de alumnos que tienen, por lo que la atención es poca. Ahora bien, los pacientes aun cuando estaban abandonados desde que vivían en su casa, podía manejar este abandono porque tenía a sus padres cerca y su angustia se disminuía, sin embargo, en el internado la opción de verlos se reduce de forma importante, situación que se agrava cuando no tenían el deseo de irse a una institución como esta. Por lo que el niño o adolescente recibe el mensaje de rechazo por parte de los padres y por ende comprueban y vivencian el abandono que se estaba cosechando desde tiempo atrás manifestándolo a través de los síntomas antes mencionados.

Estas figuras sustitutas pueden llegar a ser igual de ausentes que las figuras parentales, pero por la modalidad del internado pasan más tiempo con los niños y adolescentes que los padres, por esta razón se observó la importancia de concientizar y trabajar con ellos para que desarrollarán habilidades que promuevan bases psicoafectivas sanas y eficientes.

A lo largo del proyecto podrán observar la manera de cómo se resolvió el inadecuado manejo de la agresión de los niños que estaba repercutiendo en la escuela, en sus relaciones interpersonales y en el área familiar primordialmente, estas situaciones fueron manifestadas a través de sentimientos de apatía, desinterés escolar, faltas de respeto a la autoridad, pocos límites, rompimiento de reglas, poco contactos con las figuras significativas, entre otros, partiendo de que el principal causante de ello es el sentimiento de abandono en los sujetos al ser dejados en éste internado durante cinco de siete días de la semana, además se ayudó al establecimiento de vínculos seguros y capacidad de expresión de emociones.

Dentro de esta institución se observaron carencias tanto a nivel económico como educativo, tenían la necesidad de apoyo psicológico además que manifestaron el interés de recibirlo; de igual manera hubo el respaldo de los directivos y maestros para trabajar en conjunto y buscar el acceso a los padres de familia, recordando que estos por lo regular son ausentes y con poco o nulo interés por el bienestar de sus hijos ya que pocas veces acuden al llamado de la institución. El apoyo por parte del internado ayudó para lograr una mejor funcionalidad en el niño, por esta razón el proyecto fue viable para su realización, cumpliendo además con los recursos materiales, humanos y financieros para su elaboración.

El trabajo muestra los obstáculos y logros de tres casos con las mismas características sintomáticas, ellos fueron tratados con la técnica psicoanalítica retomando a Melanie Klein, Sigmund Freud, Donald Winnicott, Anna Freud y John Bowlby, entre otros. A su vez podrán observar los avances de manera gradual que tuvieron los pacientes en el proceso terapéutico, los resultados de los casos y discusión de los mismos llegando a conclusiones y sugerencias que se obtuvieron a lo largo de la investigación. El estilo de abordaje del problema planteado es una nueva forma de observar este fenómeno, el cual comprende la forma en cómo se maneja la agresión y posible abandono de los niños por parte de las figuras parentales, por lo tanto es un enfoque que aportará a los ya conocidos.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Se realizó esta investigación para encontrar información sobre las principales causas por la que presentan agresión los niños y adolescentes que pertenecen a un internado, partiendo del supuesto que el abandono forma parte de estas causas, así mismo los supuestos propuestos han sido poco explorados en investigaciones con un enfoque psicoanalítico, por lo que constituyó nuevas ramas de investigación en esta área de la psicología.

Luego de haber observado a niños que presentan distintos comportamientos agresivos y con alta repetición de los mismos, se identifica que es un problema importante que requiere de un plan para disminuirlo y darle un seguimiento dadas las circunstancias sociales en las que se encuentra la ciudadanía mexicana; es de suma importancia recuperar el adecuado manejo de la educación en los niños y más aún la concientización a los padres de esta necesidad. Esta situación existe a nivel social, en el área educativa, familiar y en las instituciones encargadas de dirigir de forma secundaria la educación del niño o adolescente, por lo tanto, este fenómeno involucra a todos los profesionistas relacionados con la educación, el desarrollo y sustento emocional de los mismos.

Como psicóloga estoy en permanente contacto con fenómenos sociales y considero que se debe dar prioridad a casos como estos, donde la sociedad actual está dando un giro importante en la forma de actuar, reaccionar y relacionarse a estos cambios en gran medida obviados y otras veces repentinos e impensables. Recordando que los niños y adolescentes muchas veces aprenden mediante la imitación y basado en ello, hoy por hoy están percibiendo una sociedad desafortunadamente violenta con poca disposición a la evolución en pro del bienestar social, teniendo como principal factor la pasividad y conformidad profesionalista y nunca llegando al punto profesional porque requiere de responsabilidad y compromiso, dos palabras que en la actualidad pocas veces se observan en los distintos núcleos que componen a nuestra ciudadanía llámese, escuela, familia, amigos, empleos, etcétera.

Es una situación alarmante dado que se actúa en base al conformismo y bienestar propio, donde el otro sea quien sea no es tan importante y por ende creando actitudes egoístas, con relaciones superficiales, formando hijos y alumnos con pocas herramientas y habilidades para el futuro no muy prometedor que poco a poco se ha estado construyendo y

que pareciera que pocos ven, esos pocos que no viven con la premisa del “no pasa nada” y que desafortunadamente el trabajo se multiplica para ellos puesto que ahora las personas pareciera que decrecen, siendo así cómo esperamos que las tempranas y adolescentes generaciones crezcan no solo cronológicamente sino a nivel emocional.

Dado lo anterior, sorprendentemente parece que no es solo el momento de educar y dar sustento emocional a los niños y adolescentes sino de reeducar a los adultos con profesión o sin ella y más aún ayudar a que no se queden con ese título sino que logren ser profesionales y no solo profesionistas, en beneficio de mejorar el desarrollo psicológico de los niños y adolescentes que esperan ser escuchados, entendidos y educados desde el primer núcleo que los involucra en sociedad, la familia. Se observa un problema importante dado los acontecimientos agresivos que han venido caracterizando a nuestro país, por lo que se reafirma una carencia substancial de autoridad desbordándose y manifestándose desde etapas tempranas, además de mostrarla por medio de conductas agresivas, ansiosas y poco estimulantes por parte de esta población, ya que nadie los escucha están buscando una manera de hacerse notar para recibir ayuda.

La falta de autoridad y límites que está caracterizando a la sociedad actual nos habla de una ausencia de figuras significativas, ausencia física y emocional, estas autoridades sociales que representan la ciudadanía muestran de manera simbólica lo que existe en la mayoría de los hogares, pareciera que es un duelo permanente por la carencia de amor, comprensión y constancia objetal, estamos plagados de una incertidumbre en cuanto al futuro, imaginemos entonces, si la ciudadanía denominada adulta tiene estas carencias, cómo es que lo viven los niños y adolescentes desde sus estructuras prematuras y desorganizadas respectivamente.

De acuerdo a los alcances, esta investigación pretende que los resultados y reflexiones obtenidos puedan ser tomados como ideas para futuros trabajos, sirviendo como marco referencial a las mismas, creando así, nuevos planteamientos o continuidad a los mismos con el fin de enriquecer lo ya logrado.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará meditación y discusión sobre el conocimiento existente del área investigada, ya que las variables planteadas como la agresión, abandono, figuras sustitutas, ansiedad y la importancia de la psicoterapia psicoanalítica en la adaptación de esta agresión principalmente, no se han abordado minuciosamente en el enfoque psicoanalítico, por lo tanto conlleva al razonamiento del conocimiento previo.

Por último, profesionalmente pondrá en manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y posgrado, lo cual permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan partiendo de la problemática aquí especificada.

# MARCO TEÓRICO

# **CAPITULO I**

# **ABANDONO**

## **1.1 DEFINICIÓN DE ABANDONO.**

Bowlby (1985) Es importante diferenciar los conceptos de presencia y perdida/abandono, la primera se refiere a una figura objetal primaria accesible, la segunda implica la inaccesibilidad de esta figura de apego en el sujeto, ya sea de manera temporal (separación) o permanente (abandono) (p. 41).

Siempre que una separación resulta ser temporal, son comunes las respuestas de enojo ante la figura ausente, observándolo desde un punto de vista funcional, esta reacción de cólera se expresa en forma de reproches, con una conducta punitiva donde los objetivos son facilitar el reencuentro con la figura de afecto y evitar toda separación.

Las separaciones por largo tiempo durante los primeros años de vida dejan un sello característico en la personalidad del niño. Reflejándose en una conducta caracterizada por el retraimiento y el aislamiento, incapaces de generar lazos de amor con otras personas y por consecuencia no mantienen relaciones de amistad lo cual indica que en la mayoría de las veces sus relaciones son superficiales, sin embargo, si se llega a analizar lo anterior se puede observar una falta de sentimientos y de raíces en estas relaciones.

Una dificultad importante que puede presentarse en la madre es que puede estar presente de manera física pero emocionalmente esta "ausente". Esta falta de capacidad de respuesta por parte de las figuras de apego puede deberse a varias circunstancias (ejemplo: depresión, rechazo, preocupación por otros problemas, enfermedad, entre muchos otros), es decir, aunque la mamá pueda estar con su hijo físicamente no hay ninguna satisfacción emocional lo que da lo mismo que este o no este y si satisface o no la necesidad ya que no está catectizando a su hijo.

Por otra parte estas figuras pueden amenazar al niño con abandonarlo como una forma de generar la disciplina, técnica que indudablemente posee un efecto patogénico inmensamente mayor que en lo que la actualidad se cree. Por lo que un estado de inseguridad, ansiedad o zozobra de un niño e inclusive de un adulto es determinado en parte por la accesibilidad y capacidad de respuesta de la principal figura de apego.

## **1.2 ABANDONO PATERNO.**

Social y hereditariamente existe la ausencia de padre en el país, el cual es un hueco emocional profundo y que duele mucho, como diría Alveano J. (1998) "poco padre, mucha madre y demasiados hermanos" (p. 27), desafortunadamente esta sociedad se ve sumergida al abandono del progenitor no siempre físicamente sino emocional también, lo importante es averiguar si alguna de las dos afecta más al infante o ambas dejan secuelas por igual, sin embargo e indudablemente cualquiera de las dos implica para el niño una sensación de pérdida y rechazo aunque no siempre sea la intención del padre abandonar a su hijo.

De acuerdo al psicoanálisis, todos tenemos un mundo interno el cual es representativo y contiene imágenes de personas que se parecen a las personas reales, los cuales sirvieron como modelos para crear los anteriores, pero que están de cierta manera deformados por las experiencias que cada persona tuvo en su infancia. Por lo anterior se puede decir que el psicoanálisis llega a ser predictivo, una vez que la persona conocida está en condiciones para la repetición de un fenómeno dado, el sujeto independientemente de que las experiencias reales de abandono o rechazo hayan pasado tiempo atrás, la insatisfacción producida sigue siendo actual.

Retomando a Alveano J. (1998) menciona un slogan "busque a su padre y perdónelo, por supuesto que no se habla del padre real, sino al que se dio forma en el mundo interno" (p. 32) es decir, buscarlo en el interior ya que la falta de perdón de los hijos por lo que sus padres le han hecho sentir, es el camino para inmortalizar en los próximos años con sus propios hijos los mismos errores de sus padres.

Los niños también generan fantasías inconscientes en base a las acciones que el padre o la madre realiza, por ejemplo "no me alimentan, porque soy un niño malo y me están castigando", esto sería una respuesta para él a la falta de satisfacción de su necesidad. Ahora, si este evento se sigue repitiendo la próxima explicación probable que se dará en el niño es la afirmación "soy malo", la cual se estará reforzando en base a las acciones de sus padres; el resultado de esto, es que este niño avanzará en su vida con un deseo insatisfecho y con un sentimiento de culpa por él generar esas conductas en sus padres, además que tendrá un aprendizaje de rechazo y devaluación. En la fantasía del niño siempre fue abandonado y al

final se cree que lo es física y peor aun emocionalmente, aunque tenga a sus padres estos no están presentes y sin disponibilidad para ellos.

Lo ideal es que el padre muestre sus emociones y pueda manifestar su cariño a sus hijos de tal manera que sí son hijos varones puedan tener una identificación idónea, ya que la ausencia de padre implica una falta de apoyo por la figura que se manifiesta con una carencia de autoridad y de objeto ideal, por ende este rechazo del padre genera en esta relación una sensación de rechazo generando sentimientos de frustración y rencor. Lo anterior se resume en dos palabras *consecuencias psicológicas* manifestándose en el tipo de personalidad que se construya a partir de la relación con los objetos primarios, además del pensamiento y afecto del niño.

Se puede definir *ausencia del padre* de acuerdo a Alveano J. (1998) como la manera de relacionarse emocionalmente entre padre-hijo y que implica situaciones reales de desapego, desinterés, desprecio, irresponsabilidad y falta de compromiso, las cuales se manifiestan a través de violencia y odio ya sea de forma física, verbal o preverbal por parte de su progenitor. Por ende si un niño no tiene a su papá desde la gestación ya sea por abandono, rechazo o incluso alguna situación que NO sea voluntaria llamémosle muerte, cambio por parte del trabajo, enfermedad, entre otros, esa incertidumbre se transmite vía sanguínea a causa de la situación inestable e insegura que vive la madre; por lo que el niño en este caso puede nacer con efectos de estrés prenatal con predisposición a la inseguridad, tensión, nervios e impulsividad (p. 34).

Luego entonces, se llegan a crear fantasías en el niño huérfano o abandonado como: "mi papá no me quiere" o "no tengo valor, por eso no merezco cariño" yendo por la vida vengándose de quienes lo abandonaron (sus objetos primarios) o (de otras personas que les recuerden estos objetos tales como maestros, tíos, pareja, la institución escolar, los compañeros y personas que representen autoridad, confundiendo inconscientemente a estas figuras con su padre) o por el contrario trata por todos los medios ser castigado, volviéndose en consecuencia una persona abandonada por todos los otros que están a su alrededor.

Retomando las consecuencias psicológicas en especial a causa de la baja autoestima que genera el abandono del padre como una manera compensadora aparece la *megalomanía*:

“Tendencia de la personalidad a sobrevalorarse a uno mismo y sus capacidades por la falta de una oportuna evaluación crítica. Para S. Freud nace a expensas de la libido objetal que, retirada del mundo exterior, colma al yo del narcisismo de manera aumentada” (Galimberti, U. 2006, p. 690).

Un ejemplo del abandono del padre de acuerdo al párrafo anterior sería, “no es verdad que yo no importo, sino que soy magnífico y no necesito de nada ni de ninguna persona”; de acuerdo al Dr. Jesús Alveano el machismo típico y promovido en el país se manifiesta en actitudes de prepotencia, pues es una forma compensatoria de una imagen paterna llena de valor real, generando entonces una figura que sustituya la imagen con la que no hubo identificación.

Otra de las repercusiones psicológicas típicas de este abandono paterno es el tener múltiples parejas a la vez, ya que al momento en que el niño no tiene esta constancia de responsabilidad y cariño, empieza a demostrar a los demás que el sí puede ser un hombre conquistador, que puede controlar y seducir a la mujer que él desee, ahora, al presentar esta irresponsabilidad paterna el niño como consecuencia, Alveano J. (1998) no aprenderá aceptar que hay cosas que sí se pueden realizar en sociedad y en el núcleo familiar como un modo de sentirse perteneciente a algo, y que a la vez habrá otras tantas cosas que serán prohibidas y que deberá respetar como regla de oro para las relaciones sanas (p. 40).

Esta incapacidad de aceptar reglas genera en el niño poca *tolerancia a la frustración* ya que en edades tempranas si no tuvo una constancia paterna y una relación matizada de afecto, estará desprovisto de la posibilidad de esperar tranquilamente algo. A causa de esta poca tolerancia se genera una incapacidad para planificar el futuro, puesto que se enfocan en el deseo momentáneo y no pueden ver los beneficios de esperar plácidamente, por ende a *mayor abandono paterno, menor capacidad de planeación*. Luego entonces, como no se tuvo el cariño cuando se necesitaba ahora los niños se vuelven voraces, cada vez ambicionan más por lo que cada intento de satisfacción provoca rechazo de las personas a las que se les exige,

como si se volviera un deseo arcaico a manera de compensar la falta de atención, amor y aceptación que antes se tuvo.

Retomando a Josselyn (1969) en base al psicoanálisis la función del padre en el desarrollo del niño es impedir que se dé una relación simbiótica entre este y su madre, esto sucede cuando el niño entra en conflicto edípico y se representa cuando el papá se ve como una figura significativa y a su vez el niño reconoce las diferencias sexuales. El conflicto edípico se presenta de distintas maneras en ambos sexos, en el niño la presencia del padre es un elemento rescatador de la simbiosis, al hacer que el niño se identifique con él en todos los aspectos, tanto sexuales como amorosos hacia la madre, lo que implica que se separe de ella pero a la vez lo une de manera distinta. De esta forma para retener el amor del papá y evitar la represaría por parte del mismo, el niño hace todo lo posible para imitarlo y así parecerse a él, renunciando en este sentido a la madre como objeto de amor sexual, dirigiendo su capacidad de respuesta afectiva al mundo exterior, dando como resultado de este proceso la estancia psíquica *superyó* regulando así *el deber ser* del niño.

En el caso de la niña, el acercarse al padre, su primer objeto de amor la madre pasa a segundo término, a pesar de lo anterior la niña se identifica con su madre en el aspecto sexual, esto debe ser reforzado obligatoriamente por el padre para que de esta forma la niña pase a sentirse protegida por él y ya no por la madre activa-simbiótica. Al final de esta etapa se espera que la niña se identifique con su madre reprimiendo el aspecto sexual que implica esta identificación; en este sentido la niña incorpora las normas de la conducta de la madre por lo que igual que en el niño la instancia del *superyó* aparece.

De acuerdo a lo anterior, es importante recordar la postura que Winnicott hace en referencia a la importancia del padre en el desarrollo del niño. Para él, el padre es importante para ayudar a la mamá a que se adapte y provea un ambiente bueno desde el nacimiento del niño para que así se realice una adaptación de la madre a las necesidades del hijo, dando como resultado la satisfacción sana a las anteriores y promoviendo un desarrollo óptimo en cuanto al ambiente procurado por ambos padres para la conservación de la vida.

Concluyendo que la sensación de protección la proporciona el padre, ya sea en el área emocional y económica, la cual da como resultado una adecuada autoestima en el infante, fomentando el control de impulsos en el mismo ya que en la fantasía el padre supera los impulsos del niño. De esta forma el niño aprende a regirse y a adaptarse a la realidad a causa de que el padre ha creado los límites y normas sociales.

### **1.3 ABANDONO MATERNO.**

Un elemento importante para generar la autoestima en el niño y reforzar la seguridad en él es la constancia y la estabilidad de su madre en cuanto a la forma en que satisface sus necesidades emocionales y materiales para su hijo. Si un niño recibe de manera constante el mensaje de "me interesas" ya sea que lo alimente cuando lo necesite, le proporcione calor, aseo, tranquilidad en el ambiente, cuidados y comunicación, generará en el niño un mundo interno seguro, estable donde se sentirá importante y valorado.

Por el contrario si la alimentación, los cuidados y demás necesidades básicas son atendidas con irregularidad, inclusive se proporcionan con violencia física y luego se atiende de manera impredecible al niño generará inconstancia creando un mundo interno desorganizado con inseguridad y caos, luego entonces, lo último que obtendrá el infante es la confianza y el mensaje de ser querido, merecedor de atención y cariño.

Alveano J. (1998) menciona que el abandono del padre tiene que ser suplido por el otro objeto primario, la mamá debe de empezar a trabajar en ese sentido, sin embargo, una persona no puede desarrollar dos roles al mismo tiempo sin dañar moralmente a su propia imagen y responsabilidades típicas de su rol (p. 39).

Entonces esto genera que ahora la madre abandone al niño de manera emocional creando otras repercusiones, como que el niño confirme lo que su padre en un primer momento le hizo sentir, teniendo el niño pensamientos "ni mi papá ni mi mamá me quieren ni hacen lo que deben", actuando entonces de una manera irresponsable ya que eso fue lo que le proporcionaron en casa. Y aquí es donde se retoma la pregunta que hace el Dr. Alveano, ¿Cómo se pide responsabilidad a alguien que nunca la conoció? Nunca la aprendió.

De acuerdo a John Bowlby (1953) existen tres condiciones distintas de privación de la madre que generan repercusiones graves:

1. Privación institucional: Cuando un niño es separado de su madre ya sea esta sustituta o que sea atendido en una institución donde recibe cuidado materno insuficiente, crean privación en el desarrollo en la medida en que le falta un sustituto materno adecuado.
2. Privación dentro del hogar: Cuando el niño no recibe dentro de su hogar cuidado materno suficiente por parte de su madre o de la figura sustituta permanente, ni el cariño de otras personas que pueda disminuir la insuficiencia de interacción. Tales son los casos en los que los niños son perturbados porque fueron criados por madres que por una u otra razón no tuvieron interacción con sus hijos, o casos en los que los niños separados sugieren con insistencia que el grado de privación que han experimentado en casa antes de la separación genera un efecto importante sobre el grado de inadaptación que muestra después de ser separado de sus padres. No solo el hecho de separarse físicamente implica privación, sino que puede haber insuficiencia de interacción madre-hijo sin separación ya que se puede presentar dentro del hogar.
3. Separaciones repetidas: Cuando un niño se ve obligado a sobrellevar una serie de separaciones de su madre o figuras sustitutas con cada una de las cuales ha establecido vínculos (pp. 184-185).

Debido a lo anterior es importante hacer una distinción entre los patrones que las madres siguen al abandonar a sus hijos ya que suelen existir múltiples madres o madres suplementarias a la vez.

- A) En el caso de que exista abandono de la figura materna nuclear y la dispersión de la responsabilidad del cuidado del niño entre muchas personas, en combinación de estos cuidados no se llega a crear una relación recíproca entre el niño y el adulto. Este patrón suele presentarse en hospitales, guarderías u otras instituciones infantiles.
- B) En la que un niño es atendido por una sucesión de madres sustitutas, de las cuales una u todas las existentes brindan atención suficiente, pero que resulta en una discontinuidad constante en las relaciones madre-hijo.

- C) Cuidadoras tanto múltiples como cambiantes, donde el patrón se explica de tal manera que el niño experimenta una permanencia durante un largo periodo de tiempo en un lugar, ya sea un hospital o el caso que compete a este estudio un *internado*, ya que se caracterizan por tener rotación de personal aunque en menor medida, sin embargo existe tal situación.
- D) En este patrón existe una dispersión parcial de la responsabilidad del cuidado del niño entre unas cuantas figuras que tienen un alto grado de continuidad y que juntas brindan cuidados suficientes. Aunque en este caso la madre tiene la principal responsabilidad del niño, existen otras figuras en el hogar que complementan la atención brindada al niño.

Sin embargo, aunque existen patrones que pueden llegar a beneficiar al infante cabe destacar que una multiplicidad de las figuras maternas con frecuencia está acompañada de interacción insuficiente; en el caso de alguna institución existen varias cuidadoras donde cada una es parcialmente responsable de muchos niños y el apego no se fortalece, combinándose así dos características principales por las que este no se genera, el hecho de que ningún adulto puede dedicar mucho tiempo a un solo niño y como ningún adulto está familiarizado (ya sea porque no tiene tiempo o porque no le interese) con la conducta particular de cada niño, entonces las dificultades sociales que llegan a presentar los infantes pasan desapercibidas, nuevamente reforzando el sentimiento de abandono.

Siguiendo la línea de Bowlby (1953), si se cumplen los patrones antes mencionados refiere que un niño que hubiera tardado en crear vínculos con personas específicas podría desarrollar, si la discontinuidad del mismo persistiera por mucho tiempo, un *carácter insensible*, incapaz de establecer vínculos profundos y duraderos. Es importante rescatar que hay razones importantes para creer que los procesos particulares afectados se ven influidos por la edad del niño, en particular por el *estado de desarrollo del niño* (p. 189).

#### **1.4 CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE UN NIÑO ABANDONADO.**

Por lo general los niños que son abandonados y que se encuentran en un sector económico bajo o medio bajo, no tiene la misma necesidad de ayuda que los que se encuentran en un sector económico alto o medio-alto, puesto que los últimos en cierto modo pueden tener los recursos pertinentes para acceder a la ayuda profesional, hablando económicamente.

Sin embargo, por el tipo de población tomada para esta investigación se profundizó en el primer sector mencionado. Independientemente de las condiciones materiales en que viva el niño, el medio ambiente emocional del núcleo familiar, es una mezcla de tradiciones y herencias que interactúa con las necesidades y herramientas psicológicas de una persona que está en proceso de desarrollo. En concreto la personalidad del niño es una composición de lo que aprendió al relacionarse con sus papás, hermanos, tíos y demás familia cercana, comprendiendo situaciones positivas o negativas a lo largo del desarrollo.

Entre las clases sociales y más aún en las más desprotegidas, existe una falta de valores, de hecho pocas veces ejercidos y por ende pocas veces se transmiten a los hijos de forma adecuada, esta repercusión se observa con más claridad cuando los niños llegan a la adolescencia puesto que los valores heredados ya no los ejercen consensadamente porque se desvanece la figura fantasmagórica en donde los padres son dioses sin errores e indestructibles, por ende se genera desconfianza y cuestionamiento constante de los hijos en las recomendaciones que los padres hacen hacia ellos y que implican ejercer estos valores familiares.

Alveano J. (1998) Esta escases de valores en los niños y adolescentes los hacen más susceptibles a los mensajes de los medios de comunicación masivos puesto que hacen uso de pseudovalores despreciables por su contenido limitado y muchas veces destructivo del entusiasmo humano; con esta deficiencia el adolescente no está forjando herramientas necesarias para subsistir tanto emocionalmente como económicamente (p. 63).

Se observa que esta clase de población ya de por sí económicamente inestable, recibe satisfacción de necesidades básicas muy limitadas pensando en alimentación, educación, vivienda y trabajo, cómo se esperaría que con este nivel de preocupaciones para la

subsistencia puedan imaginar los padres la necesidad emocional que tiene el niño en desarrollo.

Es por ello que esta insatisfacción de necesidades básicas, crea repercusiones a necesidades aparentemente carentes de importancia y trascendencia como lo es el área emocional del niño.

Se puede decir que el estilo de vida de estas familias se encuentra en una constante incertidumbre, en la que se observa el factor de cambio en aceleración, en ellos cambia hasta lo más imperceptible, cambia el número de miembros de la familia, los estados de ánimo de los padres a causa del estrés recurrente en el que viven, el propio trabajo, entre muchos otros. Al final de cuentas todo varía sin poder predecir, lo cual me lleva a pensar en que estos niños viven con incertidumbre día a día incluyendo y siendo igual de importante que lo anterior: *el área emocional*.

### **1.5 PADRES SUSTITUTOS.**

Por *figura materna/paterna* se entiende aquella persona hacia la cual el niño dirige de preferencia su conducta de apego; por *figura sustituta* se indica cualquier otra persona hacia la cual el niño está dispuesto temporalmente a dirigir dicha conducta.

El infante tiene de cierta manera confianza en la gente por la poca o mucha relación que tuvo con su familia nuclear, por lo que los padres sustitutos al momento de tener un niño o adolescente con estas características de pérdida o abandono deben de trabajar con los pocos recursos que ellos proporcionan, es imposible tener éxito en esta tarea si ellos no colaboran porque son demasiado enfermizos, demasiado inestables emocionalmente o demasiado inseguros como para encontrar algo bueno en lo que estas figuras sustitutas puedan ofrecerle.

Es importante mencionar que estas figuras deben de contener ciertas cualidades para que la relación de apego surja, tales como asumir la responsabilidad de alguna enfermedad, lo cual podría decirse que es una situación muy básica comparada con las responsabilidades en relación con el cuidado del niño o adolescente íntegro donde implica que es un ser humano con una constante necesidad de amor y de comprensión como principales bases para generar

un grado de homeostasis en ellos, por lo que deben de hacer mucho más que proporcionar alimento, ropa y calor.

La más importante y difícil a la vez es hacer que se sientan en su propio hogar ya que si existe una sensación de hogar, la relación entre un niño o adolescente y los adultos puede sobrevivir a largos períodos de incompreensión.

“... diría que el niño que se adaptó de inmediato, y que nunca pareció preocuparse por su hogar, no había resuelto necesariamente bien las cosas. Podría muy bien tratarse de una aceptación nada natural de las nuevas condiciones, y en algunos casos esa falta de nostalgia demostró finalmente ser una trampa y una ilusión” (Winnicott, D. 1990, p. 31)

La mayor parte de las veces, los padres sustitutos comprueban que el niño a su cuidado necesita un largo tiempo para adaptarse, lo cual se considera deseable. El niño se puede mostrar francamente angustiado con respecto a su hogar y a sus padres, y sin duda cuando es abandonado tiene motivos reales para estarlo. Winnicott D. (1990) El niño aunque sea en la fantasía debe de tener una ilusión de que alguien lo quiere cuando no está cerca del núcleo familiar, lo más difícil es que después de un tiempo puede descubrir que ya no tiene sentimientos intensos de ningún tipo por nadie. Toda su vida ha tenido intensos sentimientos de amor (muchas veces ilusiones de los mismos) y ha llegado a confiar en ellos, a darlos por sentados, a sentirse fortalecido por ellos. De pronto, en un lugar desconocido, se encuentra sin el apoyo de ningún sentimiento intenso y eso le genera temor, angustia y enojo (p. 31).

Por lo que esa amenaza de perder a su familia le crea a menudo peleas como forma de descarga de lo que siente por las personas que lo han abandonado, crea hábitos desagradables, incluso el de golpearse la cabeza (agresión internalizada, la cual en muchas ocasiones es mucho más alta que la externalizada o proyectada, y por ende con un nivel más grave en cuestión de síntoma), cualquier cosa que permitiera al niño o adolescente recuperar su sentido de la realidad. Si uno reconoce la angustia que subyace en esos síntomas, puede comprender cuán inútil resulta castigar a un niño por ellos; siempre es mejor ayudarlo demostrándole amor y una comprensión imaginativa.

Para Winnicott D. (1990) al final de todo, lo que estas figuras hacen no es simple, sino es el resultado de un cuidadoso proceso (p. 32).

Existen situaciones de emergencia en las que se necesita un lugar sustituto temporal como la muerte o enfermedad repentina de la madre, cuando va a tener otro hijo o tendrá una operación, entonces la necesidad de cuidados es necesaria. Refiere Bowlby J. (1953) que debe haber lugares donde se limite a recibir a niños de más de 5 años de edad que inesperadamente necesitan un albergue inmediato y que su duración en los mismos no exceda de un par de días y no de semanas o meses, por lo que deben crearse diferentes métodos para niños de distintas edades, ya que para niños de más de seis años albergues pequeños resulta satisfactorio ya que pueden valerse por ellos mismos durante un tiempo corto, además que se encuentran más cómodos si no se ven obligados a establecer una relación con miembros de un hogar sustituto desconocido en un periodo corto (p. 122).

Sin embargo esta consideración no es benéfica si se trata de niños pequeños debido a que son incapaces de adaptarse a condiciones de grupo, sino que se recomienda mantener un registro de personas que pueden fungir como madres sustitutas que estén capacitadas y dispuestas a atender al niño por un periodo breve y que posiblemente tengan un pago por la función a cumplir, lo recomendable para encontrar a estos padres sustitutos es recurrir a un familiar o un vecino. Los parientes conocidos por los niños casi siempre tienen un mayor sentido de obligación hacia ellos que las personas desconocidas, de igual manera los vecinos son personas que conocen al niño y a los padres, por lo que pueden dar mayor atención y seguridad que las personas extrañas.

Además que la opción de dejar en cuidado a los niños con familiares o vecinos podría disminuir los peligros que suceden como consecuencia de sacar a los niños de los hogares, como es: *que el cuidado temporal se prolongue indefinidamente*, quedando los niños a cargo de personas desconocidas, instituciones sociales, orfanatos, internados entre otros.

Lo anterior sucede a raíz de que algunos padres poco responsables prefieren dejar pasar las cosas y si es el caso se descuida en un largo periodo de tiempo y llegan a adaptar su modo de vida con la ausencia del niño, dificultando cada vez más su regreso. Otra característica de los padres que dejan a los niños es que tienen una mentalidad vaga, ya que

se sienten impresionados por las generosas o al menos mejores condiciones de vida materiales en las que están los niños y humildemente piensan que es mejor dejarlos ahí a regresarlos al mundo de carencias en el que se encuentra, dejando de lado la necesidad primordial que tiene el niño de una relación íntima y continua que muy difícil encontrará fuera de su propio hogar.

Existe un error mayúsculo en cuanto a lo que consideran que el niño no piensa, ya que muchas personas creen que por la condición de ser niño y no entender lo que pasa a su alrededor, al separarse de sus padres olvidará con facilidad la situación y que además puede comenzar de nuevo en otro hogar.

“En la investigación de niños evacuados a Cambridge durante la segunda guerra mundial, se encontró que las visitas de los padres no eran perjudiciales, sino realmente provechosas para la adaptación del niño a un hogar sustituto... a diferencia de los niños que habían sido completamente separados de cualquier contacto, eran en general más inseguros y difíciles que los que habían mantenido cierta relación con su anterior medio ambiente”. (Bowlby J. 1953, p. 125)

Por lo que se puede confirmar que los niños dejados en un internado para realizar sus estudios aunque carezcan de recursos económicos, es de vital importancia la visita constante de los padres para seguir fomentando un vínculo seguro en el niño, donde se les explique la situación real por la que se ha decidido ingresarlos a una institución de esta modalidad, ya que debido a la poca importancia que los padres dan a las visitas continuas, este apego que se forma desde edades tempranas puede verse afectado a través de las fantasías que el niño puede crearse dejando así una laguna de dudas e incertidumbres y peor aún repercusiones importantes a nivel emocional, sintiéndose responsable de la decisión que se tomó al haberlo ingresado a una escuela con modalidad de internado y que para el niño solo viene a confirmar ya sea real o imaginario el rechazo o abandono actuado por los padres.

Cuando los padres llegan al punto de dejar a su hijo en alguna institución, las situaciones en la casa se encuentran en mala situación, por ende las decisiones se toman de manera precipitada y el futuro del niño a largo plazo no lo vislumbran; es aquí donde los trabajadores sociales o psicólogos dejan ver con claridad que su ayuda se prolongará por

mucho tiempo ya que implican factores externos para el progreso del mismo, Bowlby (1953) refiere dos puntos importantes para el trabajo en este tratamiento:

1. Los padres son personas vitales en la vida del niño y por ello deben participar en la planeación de su futuro.
2. Mientras se les excluya del proceso de planeamiento, renunciarán a cualquier responsabilidad y desaparecerán de la vida del niño (p. 128).

Lo anterior se dificultará más en la medida en que las instituciones no incluyan a los padres en la planeación del futuro de sus hijos, además los papás dejan que los encargados de la institución se enfrenten solos a los problemas emocionales surgidos por estos motivos de abandono.

Es de suma importancia que a los padres sustitutos se les prepare para la labor a realizar con el nuevo niño, dejando a un lado el sentimentalismo para la conducta que debe esperar del niño a su cargo.

Partiendo de que los niños son dejados en instituciones (albergues, guarderías, internados, entre otros), es importante proporcionar pláticas a los padres previas al momento de que se integre el niño o adolescente, éstas deben de consistir en explicar la relación ellos con los padres, la necesidad de que ellos los visiten y la manera en que probablemente reaccionen si no los visitan además de las reacciones ante este cambio en sus vidas, así mismo hay que recordar a las figuras sustitutas que no deben de esperar que el niño actúe como si fuera su hijo para evitar confusiones en los roles que cada uno debe tener.

Al padre sustituto y al niño o adolescente se les tiene que proporcionar información por igual respecto a estas situaciones; por lo regular al niño se le trata como un objeto al que se puede trasladar de un sitio a otro sin mayor problema, partiendo de la idea de que él no guarda los recuerdos del lugar anterior o de las cosas que han pasado, puesto que es un niño. Por el contrario mientras se apoye al infante a participar en los planes que se tienen para él y entender cuáles pueden ser, cuánto tiempo durarán y los motivos para hacerlo, se le está dando importancia a la opinión del niño o adolescente y por ende tendrá mayor probabilidad de éxito en esta estancia fuera del hogar.

Por lo anterior si no se le explica las razones al niño o adolescente se puede llegar a sentir agredido, desde luego no estará listo para el cambio previsto y mucho menos dispuesto a aceptar tales decisiones, ni a las figuras que fungirán como padres sustitutos.

A manera de conclusión Bowlby J. (1953) "para el niño, la separación y la colocación fuera del hogar están llenas de emociones de temor, aprehensión, enojo, desesperación y culpa, que pueden ser expresadas de tantas maneras como defensas ..." (p. 132). Los trabajadores sociales o psicólogos y padres deben de recordar que una explicación al niño o adolescente de lo que sucede en muchas ocasiones no es suficiente para lograr la comprensión en ellos, y que esta puede ser desfigurada al día siguiente por interpretaciones erróneas basadas en la fantasía o en comentarios hechos por los padres. Por lo que es de suma importancia la elaboración de la decisión en conjunto de la familia nuclear e hijo, de tal manera que cuando se tome una decisión todas las partes involucradas estén en el mismo entendido y sin duda de la decisión a tomar.

## **1.6 TIPOS DE APEGO.**

El apego se refiere a un lazo afectivo de una persona hacia otra. Este vínculo afectivo se caracteriza por ser permanente, se refiere a una persona específica, no suele ser intercambiable, además que la relación es emocionalmente significativa. La persona quiere mantener la proximidad y el contacto con el otro, por lo que la separación involuntaria de esa persona genera estrés. El individuo busca seguridad y bienestar en esa relación con el otro.

El recién nacido dispone de una serie de comportamientos que permiten indicar a su cuidador que el niño quiere interactuar con él y que sirven para hacer que éste se acerque al recién nacido. La cercanía entre el niño y su madre incrementa la probabilidad de protección aumentando las posibilidades de sobre vivencia y la perpetuación de la especie.

El sistema de comportamientos de apego se activará cuando:

1. El niño se sienta en peligro, las condiciones internas o externas generen estrés (el niño está enfermo, con hambre o fatigado, presencia de un estímulo amenazante).
2. Cuando la madre se aleje, se ausente o rechace al niño.

Por otro lado, el sistema de apego se desactivará cuando la figura de apego vuelva y lo tranquilice, o más bien de seguridad al niño.

Es razonable pensar que un cuidador sensible a las señales del infante y que responde a ellas con el estilo de apego seguro inducirá una buena capacidad de regulación emocional, basada en la minimización del estrés, aceptación y cambio de las emociones negativas por medio del refuerzo de las positivas.

Las personas de apego seguro tienen una visión positiva del yo y del mundo social, mientras que los individuos con un apego inseguro temeroso tienen una visión negativa. Se ha caracterizado el apego infantil desorganizado y desorientado en presencia de los padres, diferente de los estilos seguro, ansioso y evitante, ya que los cuidadores de estos niños también parecen presentar un estilo desorganizado e impredecible. Este apego inseguro se ha asociado a pérdidas y traumas importantes desde la primera infancia.

Las personas con apego de tipo inseguro temeroso, admiten un deseo de intimidad y afiliación pero la mala imagen de sí y de los otros les induce desconfianza y temor hacia ellos y se caracterizan por evitar la cercanía; estas personas tienen alto grado de ansiedad por la poca disponibilidad de la figura de apego.

Las personas con apego seguro buscan afiliación y apoyo sin la preocupación de ser abandonados, se caracterizan por baja ansiedad ante la posible pérdida de apego y por escasa evitación de aproximación hacia las demás personas.

Las madres que promueven un apego seguro suelen responder a la expresión y vivencia tanto de emociones negativas como positivas, además que les enseñan a verbalizar sus emociones.

De manera minuciosa y específica se designan los tipos de apego antes mencionados, tomando como referente a la tipología de Ainsworth M. (1989):

**Seguro:** Mantienen una percepción positiva tanto de sí mismos como de los otros, mostrándose bien predispuestos para poder acercarse e involucrarse afectivamente con otros. Se sienten cómodos con la intimidad y la autonomía.

Hay seguridad puesto que existe acceso al objeto de apego, las personas están libres de miedo y ansiedad aun cuando su objeto de apego no es visible, por lo que creen que el objeto se hará visible si lo necesitan.

Protesta solo ante la separación y recibe a la figura de apego con alivio. Mantiene conductas exploratorias normales en presencia de la figura de apego, además de establecer una buena relación con extraños.

Procesos cognitivos en el apego seguro: Búsqueda activa de información, abiertos, estructuras cognitivas flexibles, reajustan sus esquemas, se fijan metas realistas y evitan creencias irracionales.

Relaciones interpersonales en el apego seguro: Son amistosos, afables, confiables, fáciles de intimar, no se preocupan por el abandono.

Emociones en el apego seguro: Niveles moderados de dolor, expectativas positivas sobre situaciones de ira, expresan ira controlada, también son extrovertidos con una mayor autoestima, son más activos y menos solitarios.

Un padre o madre que favorece un apego seguro se muestra disponible, accesible y sensible a las señales del niño, sus respuestas se ajustan a él y responde adecuadamente a las necesidades de éste. Se muestra previsible, capaz de compartir afectos, de hecho, logra sincronía en sus interacciones y atención conjunta, es decir, poner atención a lo que el niño pone atención.

**Inseguro Ambivalente:** Buscan intimar con otros pero temen siempre ser rechazados o desvalorizados. Hay ansiedad crónica, las personas no tienen confianza de acceso y respuesta en el objeto de apego, puesto que este no provee de seguridad derivado de la inconsistencia en la satisfacción de necesidades.

Son personas perturbadas por la situación experimental, presentan gran ansiedad ante la separación y buscan consuelo aunque de forma ambivalente (se adhiere y rechaza a la figura de apego). Se resisten a ser consolados y surgen consecuencias, como por ejemplo, continúan con el mismo apego en edad escolar. Son niños o adolescentes poco asertivos con facilidad de inhibición, pobre interacción con iguales y repliegue ante situaciones sociales.

Procesos cognitivos en el apego ansioso: Desean conseguir nueva información pero luego se alejan de ella.

Relaciones interpersonales en el apego ansioso: Poco inteligentes, inseguros, desconfiables, reacios y sienten temor al abandono.

Emociones en el apego ansioso: Baja tolerancia al dolor, mayor propensión a la ira, metas destructivas, conductas desadaptativas, dudosos, ansiosos, temerosos y preocupados.

Los padres de un niño con un apego inseguro ambivalente tienden a ser imprevisibles, sus comportamientos oscilan entre el rechazo de las demandas del niño y la sobre implicación; estas reacciones imprevisibles del adulto llevan al niño a aprender que cuando su sistema de apego se activa para obtener la atención y cuidados de la persona que se hace cargo de él, éste debe exagerar sus demandas, por lo que la exageración de los comportamientos de apego no genera necesariamente una respuesta reconfortante de parte del cuidador, aunque el adulto tome en sus brazos al niño no lo reconforta.

***Inseguro Evitativo***: Otorgan importancia a la realización personal y la auto-confianza a costa de perder la intimidad con otros. Defensivamente, desvalorizan la importancia de los vínculos afectivos.

Personas que no cuentan con el apoyo de su madre en la infancia y reaccionan de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Han sufrido muchos rechazos en el pasado, intentando negar la necesidad que tienen del objeto de apego para evitar frustraciones. Son personas poco afectadas por la separación, parecen no tener necesidad de confort, incluso da la impresión de independencia ya que explora en ausencia de la figura de apego. Tiene fácil contacto con extraños ya que suele ignorar a la figura de apego cuando vuelve, por lo tanto, puede tener como repercusiones presentar frecuentes conductas de

evitación, altos niveles de hostilidad y agresividad, así mismo alta tasa de interacciones negativas con iguales, conducta negativista, distancia emocional, irritabilidad y tendencia a ser solitario.

Procesos cognitivos en el apego evitativo: Rechazan información que puedan confundirlos. Acceden a esquemas negativos.

Relaciones interpersonales en el apego evitativo: Son suspicaces y escépticos, desconfiables, les incomoda la intimidad, les cuesta trabajo confiar.

Emociones en el apego evitativo: Son apenados, tienen episodios intensos de enojo, además de metas destructivas y por ende conductas desadaptativas. Tienden a la neurosis son temerosos y preocupados.

Los padres de niños con apego inseguro evitativo tienden a rechazar las demandas o solicitudes que les hace el niño, se trata de un rechazo emocional que puede manifestarse evitando la proximidad, el contacto físico, la negación de emociones, sobre todo cuando estas implican una demanda de reconfort. Esta negación puede manifestarse a través de burlas, desaires o desdén. El rechazo puede también tomar la forma de una actitud de control excesivo de las actividades autónomas del niño.

El siguiente cuadro muestra de manera representativa y concreta la forma en cómo se relacionan los distintos tipos de apego entre sí y las dificultades que genera entre las relaciones interpersonales.

	<b>SEGURO</b>	<b>ANSIOSO</b>	<b>EVITANTE</b>
<b>SEGURO</b>	Confianza en el amor, relación de confort.	El seguro le acusa de restrictivo, bajo nivel de satisfacción.	El evitante huye a la intimidad, le molesta la cercanía.
<b>ANSIOSO</b>	Existe angustia por la independencia del otro.	Confirman entre ellos que no puede haber cercanía.	Dificultad para establecer la autonomía
<b>EVITANTE</b>	El seguro exige mayor intimidad.	Dificultad para establecer intimidad.	No comparte emociones ni intimidad.

# **CAPITULO II**

# **AGRESIVIDAD**

# **INFANTIL.**

## **2.1 DEFINICIÓN DE AGRESIÓN.**

Uno de los comportamientos que sigue preocupado a la mayoría de la población es la agresión existente.

La agresión puede definirse Felman S. (2008), "el daño o lesión intencional a otra persona" (p. 283) parte de esta agresión se dirige a la obtención de una meta deseada. Es raro el niño o adolescente que no demuestre ocasionalmente un acto de agresión ya que por lo general ellos muestran mayores niveles de agresividad física e instrumental que las niñas.

Herbert M. (1983), define la agresión como "un instinto, un impulso atávico, pero autónomo que debe dominarse, canalizarse o sublimarse en los niños tan pronto como sea posible" (p. 226), por lo que la agresión es un impulso desencadenado por circunstancias frustrantes.

La palabra agresividad viene del latín *agredí* que significa atacar. Supone que alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto, incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daños físicos o psíquicos.

"Numerosos investigadores de diferentes disciplinas han dirigido su atención al fenómeno de la agresión y han intentado establecer los mecanismos mediante los cuales es originada, desarrollada y mantenida; no obstante, la definición de agresión ha estado marcada por múltiples cuestionamientos teóricos y conceptuales". (Silva A. 2003, p. 101)

La agresión puede ser también un componente más de los denominados comportamientos asertivos, incluyendo respuestas verbales y motrices que fuerzan, informan o demandan que una persona responda a otra, o se adecue a otra y frecuentemente llega a producir una respuesta en el individuo.

Silva A. (2003) Refiere que la agresión se caracteriza por ser necesaria, innata y genéticamente determinada de la naturaleza humana, hasta llegar a una manifestación

conductual cuyas unidades biológicas son agentes predisponentes que interactúan con el entorno que rodea al organismo.

En general en la teoría psicoanalítica la agresión es producto de los mismos hombres, por ser desde un principio seres instintivos, motivados por deseos que son el resultado de apetencias salvajes y primitivas. Freud A. (1980) señala que "los pequeños en todos los períodos de la historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción... Las manifestaciones del instinto agresivo se hallan estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales" (p. 78).

Sigmund Freud considero la importancia de la agresión e introdujo el concepto de pulsión de muerte, el cual implica la idea de que cada persona tiene una necesidad inconsciente de morir. Esta pulsión se manifiesta en la agresión, crueldad y destructividad, lo que implica que lo reprimido no solo eran las pulsiones sexuales, sino también la poderosa destructividad de un instinto de muerte. Sigmund Freud (1930) hace referencia a la necesidad que tiene el ser humano de la cultura para sobrevivir y a la insatisfacción que esto implica por la represión de los instintos.

La agresión es "una tendencia o un conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etcétera. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta tanto negativa como positiva, tanto simbólica como efectivamente realizada que no pueda funcionar como agresión. El psicoanálisis ha concebido una importancia cada vez mayor a la agresividad, señalando que actúa precozmente en el desarrollo del sujeto y subrayando el complejo juego de su unión y desunión con la sexualidad. Esta evolución de las ideas ha culminado en el intento de buscar para la agresividad un substrato pulsional único y fundamental en el concepto de pulsión de muerte" (Laplanche y Pontalis. 1994, p. 13).

Kohut (1977) Refiere que la agresión es reactiva y no fundamental a causa de que la agresión destructiva es un resultado de la frustración, es el resultado del fracaso del medio, el cual está constituido por el self object para satisfacer la necesidad de respuestas empáticas, óptimas y no máximas del niño.

Retomando las diferentes definiciones se puede concluir que la agresividad es cualquier forma de conducta que pretende causar daño físico o psicológico a alguien o algo, ya sea esté animado o inanimado con el fin de descargar la emoción negativa que le acontece o como fin de conservación.

## **2.2 TEORÍAS DE LA CONDUCTA AGRESIVA.**

La agresividad en el ser humano es algo natural, es un sentimiento y una expresión de la conducta que se puede hacer notar todo el tiempo, es un acontecimiento que se ha exteriorizado a través de las épocas; en ciertos momentos tiene una característica destructiva, en otros será usado para la supervivencia, que pareciera en ciertas ocasiones ir en contra de los valores de la creación y convivencia.

Un tema polémico viene a ser ¿hasta qué punto la manifestación agresiva es normal o es algo modificado por el ambiente o entorno? Felman S. (2008), refiere que Sigmund Freud "en sus estudios etológicos explican como el hombre manifiesta una pulsión agresiva innata y explica que la agresión es como un instinto autentico con los correlatos fisiológicos correspondientes y puntualiza que esta tiene una función importante para la conservación de la especie" (p. 147).

La teoría clásica de la pulsión de Sigmund Freud habla de pulsiones de vida denominada Eros y pulsiones de muerte denominada Tanatos, la primera hace referencia a la autoconservación y pulsiones sexuales, su finalidad es construir ya que es la encargada de realizar y conservar la unión de los elementos vitales, la manera de manifestarse es a través del amor, es decir, lo que todo lo une. En las segundas la finalidad es la desunión y destrucción del objeto; la manera de manifestarse en la relación con los objetos es el odio que todo lo destruye, estas pulsiones operan fundamentalmente en silencio y no pueden reconocerse más que cuando actúan en el exterior, de hecho, es responsable de todas las manifestaciones agresivas, a pesar de ello la energía agresiva puede llegar a ser modificada a través de la acción de compensación de la libido y con ayuda de la capacidad de la estructura yoica para neutralizar o para sublimar estas pulsiones.

La libido se puede definir como la energía de la pulsión sexual, es la energía de aquellas pulsiones que tienen que ver con todo lo que puede llamarse amor y cuya meta final puede ser la unión sexual. También funge como la energía del amor a sí mismo, el amor filial, el amor a los hijos, etcétera. Cuando la libido se aparta de su meta sexual se habla de sublimación, que vendrá a ser energía sublimada útil para fines constructivos y por ende la pulsión también cambiará.

En este sentido es importante hablar del concepto de ambivalencia afectiva el cual se refiere a la presencia simultánea en relación a un mismo objeto de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, especialmente amor y odio. Cabe señalar que según Sigmund Freud (1930) la esencia más profunda del hombre consiste en impulsos instintivos iguales en todos y tendentes a la satisfacción de ciertas necesidades primitivas. Estos impulsos instintivos no son en sí ni buenos ni malos, sino que se van transformando en el camino evolutivo hasta mostrarse eficientes en el adulto. Dicha transformación responde tanto a factores internos como externos, los primeros por la necesidad de amor y aceptación, los externos son la educación que representan las exigencias de la civilización.

Laplanche J. Pontalis J. (1996) refieren a Sigmund Freud para definir el término pulsión y explican que es como un proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de movilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Una pulsión tiene su fuente de excitación corporal (estado de tensión), su fin es suprimir el estado de tensión y gracias al objeto la pulsión puede alcanzarlo.

En la teoría de las pulsiones expresada en la obra de Freud S. (1930) otorga al hombre una esencial pulsión de odiar y aniquilar en la complejidad de su constitución instintiva y afirma que "la tendencia agresiva es una disposición instintiva innata y autónoma del ser humano... que constituye el mayor obstáculo con que tropieza la cultura". (p. 60).

Si se plantea el tema de la constitución de cada individuo desde la teoría freudiana del dualismo pulsional, es también para poder dar cuenta de lo que ocurre a nivel de los grupos, las comunidades y los estados nacionales, donde se reproduce de alguna manera estas particularidades del humano. El odio y la destructividad dependen de la pulsión de muerte y esta a su vez es inseparable de la pulsión de vida. Así pues, la pulsión de muerte tiene dos

caminos: la autodestrucción del individuo o de la comunidad, o la exteriorización como pulsión de destrucción dirigida hacia el exterior ya sea a la sociedad o a alguna figura significativa en especial.

Desde el punto de vista del aprendizaje social y con las teorías del grupo de Bandura han explicado que las experiencias ambientales y de aprendizaje también están íntimamente relacionadas con la conducta agresiva. Dentro de este panorama es sencillo comprender ya que existen bastantes padres agresivos, que por ende fomentan mediante el modelamiento hijos con las mismas características; recordemos que agresión genera agresión, esto es uno de los postulados básicos de este enfoque.

El niño al ser activo implica que es agresivo a causa de que se está esforzando al actuar agresivamente, siendo esta una manera de mostrar lo que quiere lograr; es como comerse el mundo de un bocado. Por lo tanto, el niño o adolescente es agresivo usando la totalidad de sus capacidades sin dejarlas descansar; similar a esto es lo que sucede en los internados, donde la vida diaria está en el mismo lugar que la vida escolar, luego entonces, los alumnos deben de luchar día con día para poder sobresalir del lugar que les impone rigidez o en caso contrario tanta flexibilidad, de tal manera que los alumnos se convierten en humanos pasivos por el resto de su vida, sometiéndose a cualquier opinión, mandato o señalamiento que se encuentre en su mundo externo.

Para Anna Freud la agresión es una manera adaptativa ya que ayuda a lograr objetivos, explica que cuando la curiosidad del niño es traída nuevamente a la conciencia implica que es aceptada y por lo tanto están aceptando la agresión implícita, es decir, necesita de esa agresión que lo moverá para cumplir lo que quiere.

Por otro lado, la agresión puede devenir a causa de que el niño o adolescente haya sido intimidado por los padres hasta el punto de que toda desobediencia es inconcebible. En ocasiones los maestros figuran menos imponentes por lo que el niño o adolescente dirige ese resentimiento que siente hacia sus padres sobre las personas hacia las cuales no tienen ninguna hostilidad, es decir, la hostilidad se desplaza de los padres hacia una persona menos peligrosa, donde ahora él pueda dominar, mandar y agredir.

Sin embargo Josselyn I. (1969) refiere que se puede generar un desplazamiento inverso, por ejemplo al ingresar a la escuela el niño está informado de que la autoridad es el profesor, luego entonces, la hostilidad contenida que el niño o adolescente ha tenido en todo el día hacia el maestro es canalizada hacia los padres a causa de que se siente más seguro con esas figuras que le han proporcionado confianza (p. 116).

Un niño o adolescente al que le justifican su mal comportamiento diciendo que es una expresión de los sentimientos del mismo, implicará que la disciplina es injustificada y negativa, de la misma manera, un niño o adolescente sometido a un régimen semejante puede no llegar a desarrollar un superyó y por lo tanto, tampoco podrá controlar sus impulsos.

Josselyn I. (1969) Si el niño o adolescente "no es ayudado a encontrar un equilibrio satisfactorio entre el control y la satisfacción, su comportamiento se vuelve azaroso e impredecible" (p. 116).

Lo grave de no ayudar a un infante o adolescente a que logre controlar sus impulsos es que renunciará a las satisfacciones, en lugar de buscar salidas sublimadas para ciertos impulsos, ya que puede que no acepte la frustración pasiva y negarse por lo tanto a que lo frustren, por ende renunciará a la satisfacción de ser amado.

Otra situación grave a causa de este desarrollo agresivo, es que el sujeto puede pasar a depender de él para lograr seguridad que en un inicio buscaba en el amor de los demás, por lo tanto, se convierte en su propia madre complaciente y se vuelve relativamente inaccesible cuando se le ofrece tratamiento, lo cual implica una agresión hacia él mismo de tipo internalizada.

Josselyn I. (1969) "El castigo tiene más valor para el niño cuando es proporcional a la fechoría y no a la irritación del padre o madre" (p. 118), lo anterior implica que la congruencia juega un papel importante para el esclarecimiento de las conductas adecuadas y acorde a la situación, si estas conductas por parte de los modelos de los padres, maestros o tutores son enviadas al niño o adolescente con un mensaje inapropiado le dará herramientas poco o nulamente protectoras para su estabilidad emocional.

Desde la teoría de Melanie Klein la agresión se manifiesta de forma muy clara en la envidia, porque el objetivo es ser uno mismo tan bueno como el objeto, pero cuando esto se siente imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia, esto es lo que lo hace destructivo para su desarrollo porque convierte en mala la fuente de todo lo bueno de la persona que depende y por ello impide la realización de buenas introyecciones.

La envidia surge del amor y la admiración primitiva, tiene un componente libidinal menos intenso que la voracidad y está impregnada de instinto de muerte, ataca la fuente de vida y se puede considerar la primera externalización directa del instinto de muerte. La envidia nace cuando el bebé reconoce en el pecho la fuente de vida y de experiencias buenas, la gratificación que experimenta con el pecho, reforzada por la idealización de la primera infancia, le hace sentir que el pecho es la fuente de todo bienestar físico y mental. El objeto que proporciona satisfacción hace que este aumente su amor a él y su deseo de poseerlo, preservarlo y protegerlo, experimenta agudos sentimientos de envidia que provocan el deseo de arruinar las cualidades del objeto que le producen sentimientos tan desagradables.

La envidia se une con la voracidad edificando otro deseo de agotar enteramente al objeto, no solo para poseer todo lo bueno que este tiene, sino también para agotarlo intencionalmente, a fin de que no tenga nada envidiable, la envidia no se detiene en agotar al objeto externo y actúa además utilizando la proyección, con frecuencia este es su principal mecanismo.

Kohut considera que en el proceso analítico se observa la destructividad no como manifestación de un impulso primario, sino como el producto de una desintegración que si bien es primitiva no es primaria desde el ámbito psicológico. Como ejemplo se pueden señalar las transferencias negativas y las resistencias, en las que él les da un enfoque distinto a la teoría psicoanalítica tradicional.

Sobre la agresión Kohut refiere "La furia destructiva en particular siempre está motivada por una herida que sufre el self. El nivel más profundo a que puede llegar el psicoanálisis cuando rastrea la destructividad (ya sea que esté ligada a un síntoma o rasgo caracterológico) no se alcanza cuando no se ha podido poner de manifiesto un

impulso biológico destructivo, ni cuando el paciente ha tomado conciencia de que desea o ha deseado matar. Esta toma de conciencia no es más que un paso intermedio en el camino hacia el cimientó psicológico íntimo: la posibilidad de que el paciente tome conciencia de la presencia de una seria herida narcisista, una herida que ponía en peligro la cohesión del self, en particular una herida narcisista infligida por el objeto del self de la infancia” (Kohut H. 1977, p. 90).

Kohut habla de las configuraciones psicológicas complejas que desde sus inicios tienen agresión ya sea como impulso o como un patrón de reacción; él comenta que la furia y destructividad no deben considerarse como la expresión de un instinto primario que tiene una meta o busca una vía de salida, sino que debe definirse como productos de regresión o como fragmentos de las configuraciones psicológicas más amplias que constituyen el self nuclear. El punto de partida en la conducta de acuerdo a la agresividad no es el bebé destructivo, sino desde el comienzo, el bebé que se autoafirma, cuyas agresiones son un elemento constitutivo de la firmeza y de la seguridad con que expresa sus exigencias frente a los objetos del self que le proporcionan un medio de responsabilidad empática. De acuerdo a las ideas de Kohut, la configuración psicológica primaria por breve que sea su duración no contiene furia destructiva sino afirmación pura. La desintegración posterior de la desintegración psíquica, aísla el componente afirmativo y con ello lo transforma secundariamente en enojo o furia.

La conducta agresiva puede transformarse en un medio para el trabajo, el aprendizaje y la capacidad creativa, situación que no se presenta en los niños y adolescentes del internado puesto que el yo no tiene completamente el poder de regular entre el ello y el superyó, siendo así el ello quien en esta etapas del desarrollo en las que se encuentran los pacientes es quien los domina, creándoles actitudes que ponen en riesgo sus relaciones interpersonales y su estancia en la institución.

### **2.3 EL DESARROLLO NORMAL Y SU RELACIÓN CON LA AGRESIÓN.**

Entre menos edad tenga el niño, más exige la satisfacción inmediata de todas sus necesidades y todo lo que él quiere. No se puede determinar con exactitud la edad en que aparecen estos sentimientos agresivos, de tal manera que el niño comienza desde muy temprano a reaccionar contra toda fuente de frustración, restricción o irritación, usando cualquier medio a su alcance para desechar los estímulos desagradables; a medida que van desarrollándose los despliegues de excitación emocional como son gritos, llantos y frustraciones es más frecuente la presencia de una agresión vengativa en contra de la figura significativa o quien modele serlo.

Los niños y adolescentes tienen poca o nula capacidad de demora, no esperan con paciencia, no suelen ser generosos y considerados pues la mayoría de las ocasiones pretenden conseguir lo que quieren.

La interacción social con niños pequeños se caracteriza por una conducta agresiva y conflictiva a causa de que el enojo, las disputas y hostilidad se manifiestan con frecuencia en estas relaciones de adulto - niño. La observación en los niños demuestra que una de las causas más frecuentes de peleas es la discusión acerca de la posesión de objetos deseados. Cuando un niño crece se supone que tiene la capacidad de auto controlarse, no obstante, en la adolescencia es algo que puede volver a resurgir.

La expresión manifiesta de la hostilidad de los niños mayores a menudo queda inhibida desarrollando así controles internos, por ende llevándolos a desarrollar modos más eficaces y más aceptables desde el punto de vista social para resolver conflictos, así mismo, se incorporan a su conciencia las reglas que rigen los derechos de personas y la propiedad.

Por lo general desde el segundo año de vida los varones son en término medio, más agresivos que las niñas y existen diferencias en el modo en que ambos sexos expresan su hostilidad. La agresión verbal es más frecuente o común en las niñas; los varones por lo general expresan su agresión dirigida a otros miembros de su sexo, mediante el ataque físico.

La conducta agresiva tiene mayor duración en los varones que en las mujeres. Algunas de las diferencias en la agresividad en los varones y las niñas se debe al hecho de que los padres tienden a desaprobar la agresión en mujeres, pues nuestra cultura atribuye a las mujeres roles de personas sumisas, gentiles donde el enojo no está permitido.

De los varones se espera que sean conquistadores y asertivos, de modo que los padres tienden a aprobar la agresión en sus hijos considerándola viril, la mayor parte del tiempo los padres no tienen la conciencia de los refuerzos de agresión que fomentan en el niño o adolescente, sin embargo, es difícil concluir que el medio sea el principal responsable de estas conductas y actitudes evidentes a los dos años de edad.

Josselyn I. (1969) Refiere que aprender es un acto agresivo, el aprendizaje parece consistir en una recepción pasiva de hechos, no obstante, esta aparente pasividad no es real, el niño pequeño está ansioso por aprender incluso lo hace con entusiasmo y esto solo puede asociarse a una tendencia agresiva dirigida a lograr un objetivo. Por lo tanto los niños que han llegado a temer sus propias agresiones temerán las agresiones inherentes al proceso de aprendizaje, consecuentemente si no pueden aprender pasivamente, serán incapaces de aprender cualquier cosa (p. 113).

De acuerdo a los impulsos agresivos Anna Freud realiza una correlación del desarrollo de los mismos con las fases específicas de la libido; en la fase oral implica el morder, escupir y devorar; el sadismo, golpear, patear y destruir son caracterizadas en la fase anal; las conductas arrogantes y dominantes se encuentran en la fase fálica, por otro lado, la falta de consideración, la crueldad mental y las explosiones asociales se presentan en la adolescencia.

En esta correlación lo que busca Anna es la interacción entre el ello y el yo, además de sus distintos niveles de desarrollo y las consecuencias de las mismas dependiendo de la edad del sujeto, ya que éstas de acuerdo a la edad, importancia y regularidad implicarán ciertas consecuencias en la maduración de la libido y fortalecimiento de las funciones yoicas del individuo.

Freud A. (1965) "En cada etapa se traza el gradual crecimiento del niño desde las actitudes dependientes, irracionales, determinadas por el ello y los objetos hacia un mayor

control del mundo interno y del externo por el yo” (p. 55). Por lo tanto cualquier nivel que sea alcanzado por el individuo en algunas de estas etapas, implicará el resultado de la interacción entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración.

De acuerdo a lo anterior, las líneas de desarrollo representan realidades del pasado del individuo que proporcionan una amplia explicación de sus logros y de los fracasos en el desarrollo de su personalidad.

Para poder hablar de las actitudes que son visibles en los niños y adolescentes hay que partir y hacer un análisis desde lo que mueve al impulso para generar la acción, es decir, desde la constitución interna del sujeto, para ello múltiples autores hablan del desarrollo del niño y adolescente desde etapas, fases o posiciones además que éstas son compuestas por características específicas ya sea tiempo, metas o años que tiene el niño en cuestión.

Lo que al final se busca es saber cómo las instancias psíquicas ello, yo y superyó interactúan entre sí y por supuesto las repercusiones o resultados que se dan a través de lo anterior, lo cual en pocas palabras va a ser parte del desarrollo del niño y que se relacionará de acuerdo con Freud A. (1965) con la edad, importancia, frecuencia y regularidad y que además son comparables con las secuencias de maduración de la libido o el gradual desenvolvimiento de las funciones del yo (p. 55).

Por lo que se figura un desarrollo paulatino del niño de acuerdo a la instancia psíquica del ello caracterizada por el poco control e irracionalidad, a diferencia del yo que tiene un mejor control a través de sus objetos para poder integrar su mundo interno y en consecuencia el externo.

Desde la fase en que el niño comparte su individualidad con su madre hasta la independencia que el adolescente pide, se sabe que ha logrado un nivel de desarrollo en algún aspecto ya sea del ello o del yo, y que se concretiza en sus reacciones de las influencias del medio ambiente, es decir Freud A. (1965) “entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración” (p. 56). Por lo que las líneas del desarrollo que menciona Anna Freud son un conjunto de logros que el niño ha tenido a través de los fracasos o éxitos en el desarrollo de la personalidad.

El desarrollo en cuanto a la instancia psíquica del ello implica la maduración de la libido y la agresión y en la instancia del yo se inclina al desarrollo de la organización, las defensas y estructura, por lo que las otras implicaciones del desarrollo se deben de analizar a través de las influencias ambientales que tiene el niño en su desarrollo, estas se verán fase por fase en cuanto a su progreso y relación con la agresión.

Freud A. (1965) explica estas líneas básicas de la secuencia que lleva a la dependencia del bebé de los cuidados de su madre, hasta la autosuficiencia emocional, además refiere que las fases sucesivas de desarrollo de la libido solamente forman la base congénita de maduración:

- a) Primera línea: Se basa en la unidad biológica del niño y su madre, en donde la madre pasa al niño su narcisismo y él incluye a su madre como su objeto narcisista interno, las interferencias dadas entre esta relación cualquiera que sea el motivo creará en el infante una ansiedad de separación a causa de que la madre no satisfaga las necesidades de brindar confort y estabilidad al niño.
- b) Segunda línea: Habla de la relación anaclítica con el objeto parcial basada en la exigencia de necesidades somáticas y de los impulsos del niño, situación que se manifiesta de forma oscilante ya que la catexis del objeto se libera bajo el impacto de los deseos soberbios y es regresada después de que se haya satisfecho.

Aquí se determinan los trastornos en el proceso de individuación y una importante depresión anaclítica, incluso se puede dar un desarrollo precoz del yo el cual por ser precoz será un "yo falso".

- c) Tercera línea: Se refiere a la importancia de la constancia objetal, la cual ayuda el mantenimiento de una imagen interna y positiva del objeto, independiente o no de la satisfacción de los impulsos. Además que la ausencia externa del objeto se sustituye al menos en parte, con la presencia de una imagen interna que permanece estable y así se fortalece las manifestaciones de separaciones temporales tomando en cuenta la constancia objetal que el niño este logrando,

estas separaciones se irán adecuado al yo del niño de lo contrario, se generarán separaciones traumáticas.

- d) Cuarta línea: Existe una relación ambivalente de la fase preedípica, sádico anal, que se define por las cualidades del yo y de depender, torturar, dominar y controlar a los objetos amados. En consecuencia la actitud de un apego simbiótico, es la causa de la ambivalencia preedípica y no de los exagerados cariños maternos.
- e) Quinta línea: En la fase fálico-edípica completamente centralizada en el objeto, se caracteriza por una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario. Como repercusión negativa de esta fase llega a suceder que ningún niño se logra integrar de manera total con su grupo hasta que la libido se haya transferido desde los progenitores a la comunidad.
- f) Sexta línea: En el periodo de latencia existe una disminución de la fase edípica y de los impulsos, además se da una transferencia de esta libido de las figuras parentales hacia los maestros, amigos, personas que idealizan, etcétera; los intereses hacia los progenitores se llegan a sublimar e inhibir por medio de las fantasías que demuestran la desilusión y demérito de los padres.

Cuando la resolución del complejo edípico tarde en lograrse, la etapa edípica se prolonga como resultado de una neurosis infantil, además serán comunes los trastornos de adaptación, habrá pérdida de interés, entre otros. Se genera un proceso de desilusión normal hacia los padres y los niños llegan a sentir que son adoptados.

- g) Séptima línea: En la fase del preadolescente la rebeldía aparece ya que se hace una regresión a conductas y actitudes anteriores, especialmente del objeto parcial, de la satisfacción de las necesidades y del tipo ambivalente.

Las sublimaciones hechas en la etapa edípica y desarrolladas en la latencia pueden llegar a desaparecer en la preadolescencia a través de la regresión hacia

niveles anteriores en especial a las fases de relación anaclítica, constancia objetal o relaciones ambivalentes.

- h) Octava línea: Implica la lucha del adolescente por negar, contrarrestar, aflojar y cambiar los vínculos con sus objetos infantiles, defendiéndose contra los impulsos pregenitales y por lo tanto, establece la supremacía genital llevada a los objetos del sexo opuesto fuera de la familia (pp. 56-57).

Finalmente llega a suceder que los padres se oponen a la liberación del vínculo que tienen con su familia o llegan a tener una lucha contra los impulsos pregenitales de sus hijos adolescentes, lo que puede generar un quebrantamiento del vínculo biológico si se llega a dar en la simbiosis de la fase uno, de la misma manera los padres llegan a oponerse a las manifestaciones autoeróticas que se presentan en las primeras fases.

Esta falta de entendimiento, empatía y comprensión por parte de los progenitores limita el desarrollo adecuado de sus hijos, situación que se refleja en las conductas agresivas de ellos, ya sea que la agresión sea internalizada o externalizada, sin embargo, queda claro que no será una agresión adaptativa.

De acuerdo a Freud A. (1965) en la observación analítica de los niños se ha demostrado que son los intereses y predilecciones individuales de la madre los que actúan como estimulantes para el desarrollo normal del niño ya que él suele concentrarse con más énfasis en las respuestas de cariño y aprobación por parte de la madre (p. 72).

Es importante referir que para el estudio se profundizó solo en dos etapas la de latencia y adolescencia; aun cuando varios autores hablan de desarrollo en la infancia y adolescencia cabe destacar que no todos hablan de la relación de la agresión con el desarrollo normal, término dado por Arminda Aberastury. Por lo que se puede suponer que en los niños que han tenido un desarrollo normal, siendo anormal algún daño orgánico, desde su nacimiento tienen líneas naturales que generan un desarrollo normal.

## 2.4 CLASIFICACIÓN DE LA AGRESIÓN.

“Diversos modelos han abordado la compleja explicación funcional de la agresión, entre ellos, destaca el modelo propuesto por el grupo de investigación de Kenneth Dodge y Cols, en el que, basándose en el procesamiento de la información social, diferencian entre agresión reactiva y proactiva. Por una parte, *la agresión reactiva* implicaría aquellas conductas que son actuadas como reacción a una provocación o a una amenaza percibida, ya sea real, imaginada o distorsionada, es decir, una respuesta inmediata ante una amenaza. Por otra, *la agresión proactiva* incluiría acciones desencadenadas para la resolución de conflictos interpersonales y la consecución de beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el propio agresor. Por ejemplo, la coerción, la dominación, etcétera”. (Andreu J. Peña M. Ramírez J. 2009).

Ambos tipos llevan a la agresión manifiesta, pero la reactiva incluye a su vez lo emocional como la ira, mientras la proactiva no. En los niños y adolescentes la agresión reactiva es manifestada como ira o pataletas que aparentemente están fuera de control, y proactiva ocurre generalmente en la forma de adquisición de objetos, molestar o dominar a otros.

Otros investigadores han llegado a clasificar la conducta agresiva sobre tres dimensiones: física-verbal, activa-pasiva y directa-indirecta. La combinación de estas dimensiones arrojan seis categorías que permiten clasificar las diferentes conductas agresivas.

Así una acción de violencia física puede corresponder a la categoría física-activa-directa, mientras que descalificar a una persona delante de otros podría ser un acto agresivo verbal-activo-indirecto.

Aunado a lo anterior, Silva A. (2003) dice que es posible establecer una diferencia entre agresión hostil y agresión instrumental, en la primera, los daños agresivos están dirigidos hacia infligir daño o lesionar a alguien, mientras que en la segunda no hay intención de hacer daño o de hacer sufrir a otro, sino son actos coercitivos cuya función es lograr objetivos personales (p. 110).

A partir del cuestionario de Autodescripción de Frost (1967) que se retoma en este estudio, los tres factores mediante los cuales se mide la agresión son: agresión internalizada, externalizada y proyectada. A la par de ello se puede sustentar con la teoría que propone:

“El instinto agresivo es una apetencia primaria que actúa en el niño desde los comienzos mismos de la vida. Las apetencias agresivas se manifiestan como una fuerza destructiva. Cuando se dirigen hacia el ambiente, las fuerzas agresivas están al servicio de la autoconservación “agresión externalizada”; cuando se dirigen hacia adentro amenazan la salud somática o psíquica “agresión internalizada”. (Freud A. 1947, p. 78)

Algunos autores señalan que toda la conducta agresiva es instrumental en sí misma, pues la usamos para obtener el beneficio personal y lo único en que difiere es en el objetivo propuesto.

Bowlby J. (1998), la hostilidad infantil hacia uno de los progenitores adopta la forma de un reproche, por haber estado ausente cuando se le necesitaba. En otros casos la ira infantil surge como consecuencia de la desesperación o con frecuencia surge después de una pérdida, no solo en niños sino también en adultos, en este caso en los adolescentes (p. 270).

La ira funcional cumple dos funciones, primero puede ayudar a derribar las barreras que obstaculizan la posibilidad de reencuentro; segundo puede desalentar a la persona amada evitando que se marche.

Bowlby J. (1998), en su forma funcional, la cólera se expresa como serie de reproches, una conducta punitiva cuyos objetivos fijos son facilitar el reencuentro con la figura de afecto y evitar toda ulterior separación (p. 271).

Observar modelos agresivos que nos muestran cuándo y cómo la agresión puede tener éxito enseñan patrones de conducta agresivos que la gente puede imitar incluso si han sido castigados en los modelos, ya que una vez aprendido el comportamiento puede utilizarse en una ocasión en la que se piense que el castigo u otras consecuencias negativas son menos probables.

También existen diferencias entre sexos, siendo los hombres más agresivos que las mujeres. La agresión parece más fácil y menos arriesgada para los hombres y suelen verla como menos peligrosa. Las diferencias en la educación así como características biológicas pueden estar influenciando también en esas diferencias de sexos.

“Parece que sin importar los términos utilizados, existen dos tipos de agresión claramente diferenciados, motivados por distintos objetivos y que consideran la agresión como una conducta de tipo social que involucra la intención directa o indirecta y a dos o más personas o inclusive a sí mismo”. (Silva A. 2003, p. 111)

No hacer nada en absoluto se puede considerar un tercer tipo de agresión, denominada agresión pasiva, quienes usan a menudo este tipo de agresión suelen ser individuos con resentimiento hacia figuras de autoridad y con problemas para su reafirmación personal. No son capaces de afrontar un problema cara a cara y de forma directa, de modo que recurren a formas indirectas de tratar la ansiedad y la frustración que sienten.

Las primeras teorías de la agresión sostenían que la frustración era la principal causa de la agresión, se ha visto que casi cualquier sentimiento negativo puede producir agresión, entre estos sentimientos además de la frustración están la ira, el dolor, el miedo y la irritación.

La agresión no siempre se dirige hacia la persona que nos ha provocado o hacia sí mismo como autoagresión; a veces se desplaza de su verdadero blanco a otro que considera más seguro, por ejemplo cuando la rabia dirigida hacia una figura de autoridad se expresa dándole una patada al perro al llegar a casa.

Bowlby J. (1998) 'La cólera dirigida contra uno de los padres por lo común se reprime y orienta hacia otros blancos, ello explica porque un niño o adolescente siente terror del abandono del que puede ser objeto' (p. 274).

Freud A. (1948b) puntualiza que una separación temprana de la madre tiene repercusiones en el desarrollo psíquico del niño y acentúa las siguientes en relación con la socialización de la agresividad:

- a) Que el rompimiento del vínculo con el niño, su madre trastorna el funcionamiento regular de los procesos somáticos, en alto grado a diferencia que en otros cambios.
- b) Que los valores morales del niño dependen aún de la relación con sus padres, ya que ellos han sido los portadores de estos valores en el infante. Por lo que en caso de separación, el niño regresa al estadio amoral de años pasados (indisciplina, agresión, rebeldía) (pp. 108-109).

Así mismo, comenta que en la agresividad el factor patológico no se encuentra en las tendencias agresivas sino en una falta de fusión entre ellas y los impulsos individuales por la ausencia de objetos amorosos, la falta de respuesta emocional por parte de sus padres y la deficiencia del desarrollo emocional debido a razones innatas.

## **2.5 FACTORES QUE ORIGINAN Y REDUCEN LA AGRESIÓN.**

Los padres agresivos tienen hijos agresivos, mostrando a sus hijos las maneras de agredir enseñándoles mediante su conducta agresiva que esa es la forma apropiada de resolver conflictos.

Se ha visto con frecuencia que los padres de niños que acabaron convirtiéndose en delincuentes no estimularon su buen comportamiento y fueron rudos o ambivalentes, incluso ambas cosas a la hora de castigarlos. Los niños que ven violencia en casa de forma "normal" se comportan con más agresividad y pueden llegar a tener la idea de que la violencia es un comportamiento estable o funcional.

Por lo anterior se puede decir que ser testigo de la violencia conduce también a la habituación y a la indiferencia ante este tipo de actos, que pueden llegar a verse como normales.

Según Aberasturi, A. y Knobel M. (1992) el adolescente se siente inmerso en un mundo que le crea confusión interna y donde además impera la violencia, no debería extrañarnos que sus respuestas ante las instituciones que habitualmente han ejercido poder como la familia y la escuela sean violentas. Las respuestas son una forma de inconformarse ante el poder que se

ha ejercido sobre él y del que ahora inicia a ser plenamente consciente, para poder también ejercerlo.

La forma cómo vemos a los demás es importante, si se ve a las personas o grupo como alguien que apenas merece ser considerado como individuo u objeto al que no se aplican las normas de moralidad, resulta mucho más fácil agredirle.

La permisividad social respecto al castigo físico a los hijos, la tendencia a no meterse en los asuntos familiares de los demás aunque se den comportamientos violentos y el hecho de percibir a los hijos como algo que se pertenece, puede aumentar la violencia hacia los niños.

La agresión física y emocional es desgraciadamente un comportamiento bastante desarrollado y del cual muchas veces se es testigo en cualquiera de sus formas. Y tal vez la causa principal de su uso es porque funciona.

El niño que golpea más fuerte es el que consigue el mejor juguete, los padres que pegan a sus hijos obtienen resultados; el hombre que se muestra agresivo puede conseguir el elogio de cierto tipo de hombres; el mal humor y los comentarios hirientes pueden ser usados para librarnos de hacer algo que no nos guste.

La agresión física o verbal ya sea directa o indirecta, es una forma factible, rápida y en ocasiones fácil de conseguir lo que se desea sin tener que molestarnos en pensar demasiado.

Sin embargo también tiene un costo a pagar ya que siempre está acompañada de sentimientos negativos, como hostilidad o ira que además de hacer sentir mal, aumentan el riesgo de problemas graves de salud que en gran medida se somatizan. Estas repercusiones pueden estar acompañadas de sentimiento de culpa, y puede llevar a ser rechazados por otras personas e incluso a apartarse del grupo, en el caso de los niños en algunas ocasiones puede dar lugar a problemas de aprendizaje.

Anna Freud (1992) menciona que la agresividad patológica en los niños pequeños se origina en algunas ocasiones dentro del hogar pero con mayor frecuencia en niños huérfanos, criados en hogares destruidos o incluso que tienen padres sustitutos cambiantes, instituciones residenciales etcétera. Sin embargo, el que estos niños presenten deficiencia mental implica que tengan conductas incontroladas y destructivas por lo cual muestran placer o indiferencia si dañan a diversos objetos o personas, inclusive suelen desafiar a los adultos (p. 138).

“El factor patológico se encontrará en las tendencias agresivas, este factor se encuentra en el dominio del desarrollo erótico emocional, que se ha visto contenido por las condiciones externas o internas adversas, tales como la ausencia de objetos amorosos, falta de respuesta emocional en el ambiente del adulto, ruptura de los vínculos emocionales que apenas se hubieron constituido, deficiencia del desarrollo por razones innatas”. (Freud A. 1992, p. 138).

La repetición de actos agresivos da lugar a personalidades agresivas y la violencia constante vuelve a las personas insensibles hacia ella; agredir por segunda vez es siempre más fácil.

## **2.6 LA AGRESIÓN DE ACUERDO A MELANIE KLEIN.**

Melanie Klein citada por Hanna Segal (2002) considera al instinto de muerte como el contenido básico de la ansiedad que es la fuerza que genera los primitivos mecanismos de proyección que protegen al yo de sus efectos.

Melanie Klein busca una explicación de la agresividad humana independiente de los procesos biológicos, es por esto que la agrega al campo de la fantasía inconsciente, es decir, a un nivel estrictamente psicológico y por lo que es independiente de las influencias ambientales.

A medida que los procesos de escisión, proyección e introyección en la etapa esquizo-paranoide le ayudan a ordenar sus percepciones y emociones, a separar lo bueno de lo malo, el bebé se encuentra ante dos objetos: un objeto ideal y un objeto malo. Por lo que la agresión se manifiesta con problemas de organización y estructuración del mundo objetal, la cual consiste en parte en una proyección y en la conversión del instinto de muerte en

agresión, así mismo el yo se escinde y proyecta hacia afuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho.

Parte del instinto de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores; la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios.

El niño ama al objeto ideal, trata de adueñarse de él, de conservarlo y de identificarse con él. En el objeto malo ha proyectado sus impulsos agresivos y lo siente como una amenaza para sí mismo y para su objeto ideal. Así la gratificación no solo satisface la necesidad de bienestar, amor y nutrición, también se le necesita para mantener a raya la alteradora persecución.

### **2.6.1 Desarrollo emocional del niño.**

Desde Melanie Klein el desarrollo personal se concibe como enriquecimiento de la personalidad que se refiere a la superación de las etapas tempranas de la niñez, que pueden volver a surgir en la vida adulta, la superación de los conflictos que estas etapas conllevan como la ansiedad, culpa, envidia y voracidad, proporcionan el logro de la gratitud, alcanzar el equilibrio con el mundo psíquico interno y el mundo externo y de desarrollar la capacidad de disfrutar de las cosas, además de llevar relaciones gratificantes de amor con los otros.

Ella le da importancia a los estadios que propone, el primero es la posición esquizo-paranoide que se desarrolla durante los primeros 3 o 4 meses de vida, Klein retoma a Freud y dice que los seres humanos poseemos dos instintos básicos, el de vida o amor y el de muerte y odio. Debido a la lucha que se produce en estos dos instintos y el sentimiento de ansiedad persecutoria que se produce en el niño producto del miedo de que este impulso agresivo le cause daño, el niño lleva a cabo procesos de escisión, en el que el odio y la ansiedad se proyectan hacia el objeto de amor que posee (pecho materno), que implicaría ser el pecho malo, por otro lado los sentimientos de amor se proyectan en el pecho gratificador bueno.

De esta proyección el pecho bueno y el malo son introyectados en la psiquis del niño, por lo que el yo está muy poco integrado porque tiene contenidos separados. Esta proyección

que luego se convierte en introyección participan para que la ansiedad persecutoria vaya disminuyendo, ya que el niño se siente más seguro con el pecho bueno que lo cuida, pero a la vez tiene un pecho malo que lo persigue generándole miedo a la aniquilación del yo.

De esta interacción entre los 4 a 6 meses se van integrando los impulsos y la madre ya no es vista en forma escindida, sino que se incorpora como un objeto total pasándose a la posición que denomina depresiva, debido a ahora ve a su madre como un objeto total y el yo empieza a experimentar culpa, dado que el niño se da cuenta que es el mismo objeto al que ha amado y dañado, por lo tanto, el niño siente que el objeto amado ha sido cruel por sus propios impulsos agresivos y trata de reparar este objeto que ha agredido.

“El sentimiento de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto, es para mí la esencia de la culpa. El impulso a anular o reparar este daño proveniente de sentir que el sujeto mismo lo ha causado, o sea, de la culpa. Por consiguiente, la tendencia reparatoria puede ser considerada como consecuencia del sentimiento de culpa” (Klein M. 1988, p. 45).

En relación con la posición depresiva, según Klein establece el complejo de Edipo alrededor de los 2 años. La angustia y la culpa incrementan la necesidad de externalizar, proyectar figuras malas y de internalizar e introyectar figuras buenas, de lograr los deseos, el amor, los sentimientos de culpa y tendencias reparatorias a ciertos objetos. El odio y la angustia que el niño ha sentido hacia otros le genera la necesidad de encontrar en el mundo exterior representantes de las figuras internas para poder reparar. Estas situaciones son características típicas que ocurren en este complejo de Edipo.

Melanie Klein (1988) Luego del complejo de Edipo y la etapa de latencia, menciona que este proceso es un interjuego de progresión, que está influido por la ansiedad y que llega a dominar las tendencias genitales. A consecuencia de ello la capacidad de reparar aumenta y se alcanzan las sublimaciones genitales que en el caso de la mujer son la fertilidad, el poder de dar vida y por lo tanto recrear objetos perdidos, en el hombre el elemento de dar vida se haya vinculado con la fantasía de fertilizar a la madre dañada o destruida y así restaurarla.

Con esta tendencia aumenta la reparación, la ansiedad y la culpa tienden a disminuir considerablemente, por lo tanto, el niño puede desarrollar relaciones estables con sus padres y posteriormente con los otros, predominando el amor ante el odio. Aparte de estas superaciones Klein refiere que para lograr el desarrollo personal se necesita la superación de la envidia y el logro de la gratitud.

Como se ha referido con anteriormente la envidia es un factor importante para Klein, aunque ya se abordó, se retoma en este subtema para complementar la idea de la teoría de la agresión, sin embargo, ahora se agrega la importancia de la gratitud en este proceso de envidia y voracidad.

El niño siente envidia del pecho, pues aunque éste lo satisfaga, contiene todo lo que él desea y que le es negado dejándose todo lo bueno para sí. Debido a esto el niño desea dañar el pecho materno y recobrar lo que es suyo; si la envidia del pecho es muy fuerte el niño no podrá obtener gratificación, en cambio, si está es superada el niño podrá obtener gratificación y experimentará gratitud, lo que es esencial para apreciar la bondad en otros y en uno mismo y hace posible el sentimiento de unidad con otra persona. Por lo que el desarrollo personal está estrechamente vinculado con la gratitud, porque permite desarrollar la generosidad que según Klein es la base para el enriquecimiento personal.

“La riqueza interna se deriva de haber asimilado el objeto bueno, de modo que el individuo se hace capaz de compartir sus dones con otros, así es posible introyectar un mundo externo más propicio y como consecuencia se crea una sensación de enriquecimiento” (Klein, M. 1988, p. 194).

Sin esta gratitud el sentimiento de envidia (por haber dañado al objeto amado) destruye la confianza del individuo y la sinceridad de las relaciones y su propia capacidad de amor y ser bondadoso. La gratitud es importante para disfrutar no solo de las relaciones con otros, sino también de distintos intereses, abriendo camino a múltiples fuentes de satisfacciones.

Se puede concluir de acuerdo a Klein que la base del desarrollo personal es el logro del amor, la superación de la ansiedad, la culpa, la envidia y el poder experimentar la gratitud a través del desarrollo.

### **2.6.2 Posición Esquizo-paranoide.**

Es la primera fase del desarrollo y se caracteriza por la relación con objetos parciales, el predominio de escisión en el yo y en el objeto, inicia con la deflexión la cual consiste en la "desviación de una corriente", es decir, el *yo* del bebé se ve afectado por el instinto de muerte (el cual está adentro) luego entonces, esta deflexión sería la respuesta a las cargas de instinto, por esto es que la deflexión ocurre al mismo tiempo que el instinto de vida y de muerte para que se realice la escisión; por lo que el *yo malo (instinto de muerte)* se proyecta y el pecho malo se introyecta (agresión, que hará que posteriormente se defienda el bebé) y por el contrario el *yo bueno (instinto de vida)* se proyecta y el pecho bueno se introyecta (pulsión libidinal).

Luego de que se escinde este *yo* inicia a producir los mecanismos de defensa característicos de esta fase los cuales vienen a ser la disociación, la identificación proyectiva, la introyección, la negación omnipotente e idealización primitiva; con estos mecanismos el niño se protege de la angustia persecutoria característica de esta posición, angustia principal que siente el yo de ser atacado por el objeto, un objeto que en esta etapa es llamado parcial a causa de que es un pecho bueno idealizado y otro persecutorio, los dos anteriores se ven como objetos disociados.

Por lo anterior Klein habla acerca de la existencia de temores persecutorios fantasmáticos en los niños pequeños y la capacidad de los mismos de disociar el objeto. Posteriormente al describir la posición paranoide, Klein la considera el primer tipo de relación de objeto de la fase oral, con aspectos ideales y aspectos persecutorios.

Klein menciona que la ansiedad se origina en la acción interna del instinto de muerte. La alteración del equilibrio pulsional es inaugurada por el nacimiento y se repite cada vez que privaciones de origen interno o externo intensifican las pulsiones agresivas.

A partir de las primeras experiencias el lactante se relaciona con un objeto parcial bueno, resultante de la proyección de la pulsión de vida (pecho bueno) y con un objeto parcial malo, resultante de la proyección de la pulsión de muerte (pecho malo).

Supone la existencia de un yo temprano, débil y no integrado pero no obstante capaz de instrumentar bajo la acción de las pulsiones de vida, los primeros mecanismos de defensa: escisión, proyección, introyección. Estos mecanismos son de defensa ante la ansiedad de aniquilamiento.

Ese yo incipiente registra la angustia, se relaciona con un primer objeto y opera mecanismos de defensa primitivos y, por lo tanto, extremos. Dicho de otro modo, opera con fantasías relacionadas con un objeto; en relación a las características de ese yo Klein manifiesta su acuerdo con Winnicott en cuanto a considerarlo carente de cohesión y con una tendencia a integrarse que alterna con una tendencia a desintegrarse.

Así mismo, en esta posición se da la voracidad y la envidia donde el objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste, que es para él quien le da vida y lo protege, como consecuencia mantener fuera al objeto malo y las partes del yo que contienen el instinto de muerte. El niño cambia de actitud o desplaza su posición en cuanto a la relación de objeto, por lo que se convierte en patológico cuando el persecutor se convierte en el objeto interno.

En los primeros meses de vida yacen los puntos de fijación de la psicosis, además que la enfermedad psíquica produce una regresión, no a una fase del desarrollo que fue en sí normal, sino una fase en la que ya estaban presentes perturbaciones patológicas que crean bloqueos de desarrollo y que constituye puntos de fijación.

Melanie K. citada por Segal H. (2002) 'Los niños organizan sus percepciones por medio de procesos proyectivos e introyectivos, todos estos procesos se perturban cuando por razones internas o externas y por lo general por una combinación de ambas, las experiencias malas predominan sobre las buenas'(p. 17).

En condiciones desfavorables, la identificación proyectiva se utiliza en forma diferente que en el desarrollo normal.

“En el desarrollo normal del niño, este proyecta objetos internos y parte del yo es el pecho de la madre. Estas partes proyectadas casi no se alteran durante el proceso de proyección y cuando tiene lugar la reintroyección subsiguiente pueden reintegrarse al yo. Además estas partes proyectadas siguen ciertas líneas de demarcación de lo “malo” o lo “bueno” o ciertos órganos como la vista, el oído o los impulsos sexuales”. (Melanie K. citada por Segal H. 2002, p. 58).

El niño tiene entonces prematuras fantasías y experiencias genitales. El complejo de Edipo permanece en un nivel oral y no se caracteriza por los celos, sino por intensa envidia de la relación entre sus padres.

### **2.6.3 Posición depresiva.**

Comienza cuando el bebé reconoce a su madre como objeto total, la cual puede caracterizarse por la inquietud y dolor a la posible destrucción del bebé ante este objeto total, este objeto es la madre con la que el yo se vincula tanto en sus aspectos buenos como malos; lo cual indica que han aumentado los procesos de integración.

Esta posición es una constelación de relaciones objetales y ansiedades caracterizada por la experiencia del bebe de atacar a una madre ambivalente amada y de perderla como objeto externo e interno. Esta experiencia origina dolor, culpa y sentimientos de pérdida. Por lo que en esta posición la ansiedad al presentarse es la llamada depresiva y consiste en que el yo siente culpa y teme por el daño que ha hecho al objeto amado con sus impulsos agresivos. Creando el mecanismo de defensa principal que es la reparación, el cual consiste en atender y preocuparse por el estado del objeto: interno y externo.

El cambio de la relación de objeto de parcial a total marca la entrada en la posición depresiva, modificando las ansiedades y por lo tanto, las defensas. De los tres a los seis meses se observa un mayor desarrollo de las funciones yoicas y de la organización fantasmática del

bebé, la instauración del pecho bueno disminuye los procesos de escisión y los estados de integración son cada vez más frecuentes.

Así mismo, en esta posición se inicia el superyó y el complejo de Edipo, el primero comienza con el deseo de reparar al objeto dañado y entra en juego de lleno. Esta tendencia se halla inextricablemente ligada a sentimientos de culpa, al sentir el bebé que sus pulsiones y fantasías de destrucción están dirigidos contra la persona total de su objeto amado, así que surge la culpa en toda su fuerza y junto con ella la necesidad dominante de reparar.

En cuando al segundo, el Edipo empieza a desarrollarse cuando el bebé percibe a la madre como objeto total, cambia no solo su relación con ella, sino también su percepción del mundo; en especial advierte el importante vínculo que existe entre el padre y su madre, reaccionando a esta situación con más fantasías y sentimientos agresivos.

Al existir esta reacción del niño dentro del Edipo, también aparecen los celos, ya que el objetivo del bebé es poseer al objeto amado y excluir al rival, en este caso el papá o el objeto del sexo opuesto, creando una relación trídica (donde diferencia al objeto amado) es decir, el bebé descubre cuan desamparado está, cómo depende de ella (madre) y cuántos celos le provocan los demás.

A manera de resumen, la ambivalencia es ahora hacia un objeto total, los procesos de integración y síntesis hacen que el conflicto entre el amor y el odio surja muy claramente, en el marco de un mayor reconocimiento de la realidad psíquica; hay una mayor discriminación entre fantasías y realidad así como entre realidad externa e interna.

La ansiedad se modifica cualitativamente, el bebé está expuesto a la vivencia de pérdida pues las pulsiones agresivas ponen en peligro al objeto amado. Al ser percibida la madre como objeto total y como persona, se modifica la identificación del bebé con la misma. Es sentida como un refugio ante los temores persecutorios pero también se le considera expuesta al ataque de los perseguidores internos e incluso, al propio odio y sadismo del bebé.

En conclusión si el desarrollo se efectúa en condiciones favorables, el bebé siente cada vez más su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo y sus propios impulsos malos, se puede identificar cada vez más con su objeto ideal y gracias a esta identificación, al crecimiento y al desarrollo fisiológico de su yo, siente que este se va fortificando y capacitando para defenderse de sí mismo.

“Las ansiedades aparecen de la ambivalencia y el motivo principal de la ansiedad del niño es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente, en este caso a la madre, el niño sabe que es quien lo cuida y ama y siente la necesidad de poseer ese objeto. El niño descubre cuanto depende de su objeto, a quien ve ahora como persona independiente que puede alejarse de él, esto aumenta la necesidad de poseer este objeto, de guardarlo dentro de sí y, si es posible, de protegerlo de su propia destructividad” (Segal H, 2002, p. 77).

## **2.7 AGRESIÓN ACTIN-OUT.**

Sigmund Freud (1973), en “Más Allá del Principio de Placer”, ya se había referido al hecho de que en la relación transferencial el inconsciente, o sea, lo reprimido no presenta ninguna resistencia al trabajo curativo, por sí mismo busca abrirse camino hasta llegar a la consciencia o encontrar un exutorio por medio del acto real.

Más adelante, añade: “por medio del juego infantil, el niño trabaja aspectos de su vida que le provocan una emoción intensa”. Mediante la actividad lúdica el niño procura liberar esas emociones y de esa manera, se hace dueño de la situación. Durante el juego, el niño puede cambiar su posición en relación al hecho emocional, puede dejar de ser víctima para convertirse en agente y así, hacer que el otro sufra lo que él sintió, vengándose en una tercera persona del sufrimiento que padeció.

Entonces se puede decir de acuerdo a Sigmund Freud que el acting out es un fenómeno observado en el tratamiento psicoanalítico y por el cual el sujeto, en lugar de recordar sucesos olvidados y reprimidos, los repite en forma de acción dentro del campo de la transferencia.

Detrás de la máscara desafiante y de chicos groseros, los niños y adolescentes agresivos tienden a sentirse despreciados y no amados, creen que no tienen lo necesario para establecer y mantener el interés por los demás. Esta falta de sentido básico de vínculo con otras personas importantes en sus vidas, constituye un área fundamental de la vulnerabilidad narcisista en la personalidad del niño.

Estos niños también creen que existe algo indeseable en ellos, piensan que los demás los ven como repulsivos, insignificantes y sin valor. Schaefer C. O'Connor K. (2003) "Esta autoimagen negativa constituye una segunda faceta del núcleo de su vulnerabilidad narcisista. Me refiero a estos dos aspectos de auto estructura como el yo devaluado y despreciado" (p. 351).

Los niños que son demasiado agresivos están dotados constitucionalmente con temperamentos agresivos muy activos. Las carencias de la paternidad provocan manifestaciones de estas respuestas ya que el niño trata de registrar una protesta violenta y simultáneamente contestar sus sentimientos de sentirse amenazado y vulnerable por instintos de lucha para proporcionarse al menos cierta sensación de poder.

El efecto acumulativo de estas vivencias puede ser la consolidación de un sentimiento de excesiva soledad y con la necesidad de apoyarse en sus instintos auto preservativos para auto proveerse una cantidad de seguridad. Así durante el segundo año de vida, el niño experimenta un notable daño narcisista en relación con sus padres, en una etapa en la que estaría experimentando un sentido positivo e idealizado de sus padres como protectores, poderosos, guías y objetos de amor.

Este daño narcisista puede presentar una decepción mayor, falta de protección adecuada, abuso o pérdida de atención paterna por divorcio, nacimiento de un hermano o depresión de los padres. Esto genera que el niño se sienta desprotegido, no amado e indeseable, además interfiere con el desarrollo de actitudes positivas hacia las personas adultas y apoya a consolidar un sentimiento de ira en relación con el mundo adulto.

Las experiencias traumáticas en el niño agresivo ocurren a muy temprana edad, este permanece fijado en varias formas a una fase del desarrollo en la que las situaciones peligrosas se encuentran relativamente diferenciadas, en específico las áreas que expresan una amenaza al yo devaluado y despreciado.

Las amenazas o desprecios menores o imaginarios se hacen mayores y se sienten como peligros reales. La crítica a un aspecto de la conducta del niño lo siente como condena total del yo básico al sentirse tan vulnerable, el niño siente que es necesario mantener una constante alerta para llamar a las operaciones de seguridad primitivas y agresivas para defenderse de estos ataques.

La agresividad del niño a medida que pasa el tiempo lo mete en muchos problemas, también experimenta que es la defensa más confiable, por lo tanto no confía en nadie que le diga que cierta conducta debe ser suspendida por ser inapropiada.

## **2.8 PERIODO DE LATENCIA.**

En este periodo los niños pueden tener complicaciones para establecer relaciones sociales con sus iguales y de forma sana, ya que para ello el niño requiere aceptar la pérdida de identidad como individuo y encontrar satisfacción en la nueva identidad como formador de un grupo, es decir, lograr un sentido de pertenencia.

Sucede que cuando un niño presuntuoso o vanidoso, ha sido víctima de familiares ya sean padres o hermanos que les guste tener el control, se le ha creado desconfianza en su capacidad de defender su individualidad quedando así a expensas de las decisiones u opiniones de otros. Por lo que el niño que no tiene seguridad emocional será difícil que pueda establecer relaciones interpersonales basadas en la confianza, además por el miedo de verse evidenciado puede llegar a parecer un niño líder pero enfocado a la negatividad y así parecer superficialmente un dirigente del grupo, ya que en un análisis más profundo de un niño con estas características dará a conocer que el niño conduce la actividad de los grupos para satisfacer solo sus necesidades o prioridades; Josselyn (1969) refiere que la falta de seguridad da por resultado una adaptación social inadecuada, por lo que es necesario que en el tratamiento de estos niños se genere una relación significativa con los padres o con algún

padre sustituto. No se puede esperar sociabilidad del niño hasta que este haya recibido satisfacciones suficientes de una relación parental (p. 111).

La dirigencia de un grupo solo se logra cuando el niño o en el caso de los adultos, son capaces de captar los deseos y objetivos que los demás miembros de su grupo tienen y generar así una combinación de los mismos creando un objetivo en común que brinde satisfacción a la mayoría de los integrantes del grupo.

El periodo de latencia dura aproximadamente 7 años, durante ellos el niño va encontrando poco a poco su lugar en el mundo social, donde el adulto debe de darle su apoyo y guía para que se vaya evolucionando y convirtiéndose en una persona adaptada y sociable, por lo que un niño de aproximadamente 12 años si su desarrollo ha sido sano debe contar con las características anteriores.

En la latencia normal se le debe proporcionar al niño los instrumentos, en términos del desarrollo del yo, que le preparen para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad. Aquí lo que sucede es que hay un control del yo y del superyó sobre la vida instintiva, aunque las demandas instintivas no han cambiado, el yo sí cambia. Las relaciones de objeto se abandonan y son sustituidas por otros objetos, esta identificación con otros objetos hace que el niño sea más independiente de estas relaciones. Así mismo, la ambivalencia declina en forma clara durante esta etapa, además este desarrollo reduce en forma decisiva el uso del cuerpo como instrumento de expresión para la vida interna.

Blos P. (1981) "Las funciones del yo en esta etapa adquieren una mayor resistencia a la regresión, ya que estas funciones se consolidan más firmemente en la esfera libre de conflicto del yo... por lo que el yo debe de ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo" (pp. 85-88).

# **CAPITULO III**

# **PSICOANÁLISIS**

# **EN NIÑOS Y**

# **ADOLESCENTES**

### **3.1 DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA, PSICOTERAPIA GENERAL Y PSICOANÁLISIS.**

Coderch J. (1990) Refiere que la psicoterapia es un tratamiento psicológico que se va generando entre un profesional especializado y un individuo que requiere ayuda para entender sus perturbaciones emocionales, lo anterior se desarrolla en base a un proceso sistemático y con fundamentos teóricos teniendo como fin eliminar o disminuir el sufrimiento o trastornos manifestados en el comportamiento, esto se realiza a través de la relación generada entre el terapeuta y el paciente (p. 53).

Para que esta relación se pueda considerar proceso psicoterapéutico es necesario que la relación se sustente en una serie de fundamentos teóricos y en las técnicas derivadas de los mismos. Por otro lado para sustentar la definición de psicoterapia es importante hablar del conflicto intrapsíquico con que llega el paciente a terapia, ya que este conflicto es con lo que trabaja el terapeuta, por lo tanto, él a de dirigirse a la solución de esté a fin de disolver o anular las consecuencias nocivas que provoca en el sujeto que lo sufre.

En caso contrario no se podría hablar de psicoterapia sino de una orientación o actitudes de apoyo, como las que otorgan los maestros, amigos, psicólogos e inclusive psiquiatras, ya que pueden o no tener la noción de dicho conflicto, sin embargo, no intentan resolverlo sino ayudar al sujeto para que pueda tener una conducta de comportamiento más idónea a sus necesidades en ese momento.

En la psicoterapia psicoanalítica se hace uso de las técnicas propias del psicoanálisis, sin embargo hay algunas de ellas que no se realizan tal cual como lo estipula el psicoanálisis ortodoxo, y que por ese hecho la psicoterapia psicoanalítica se considera una variante del psicoanálisis. Partiendo de lo anterior la psicoterapia psicoanalítica consiste en aclarar y modificar algunas áreas determinadas de la estructura mental del paciente, resolviendo así las perturbaciones derivadas del conflicto intrapsíquico aun cuando este puede permanecer en sí mismo, nada o escasamente.

Coderch J. (1990) La terapia psicoanalítica se dirige a los conflictos psíquicos, a fin de otorgar al paciente una mejor optimización de sus recursos mentales y disminuir la patología intrapsíquica. Los síntomas y sufrimientos con los que el paciente acude a terapia constituyen el foco de atención del terapeuta, haciendo uso no solo de la transferencia como en el psicoanálisis sino también de la confrontación y clarificación ya que juegan un papel importante en la psicoterapia psicoanalítica (pp. 80-81).

Este tipo de terapia es conducida por una entrevista libre con énfasis en la realidad en la que se encuentra el paciente y en la que vive su relación con el terapeuta. Luego entonces, podemos decir que aun cuando usa la neurosis regresiva para trabajar con el paciente, esta neurosis la utiliza en las reacciones transferenciales en momentos determinados a diferencia del psicoanálisis. La constante interpretación de las reacciones y la propensión a la transferencia permite la comprensión y disolución de éstas mismas reacciones y disoluciones, además de reforzar las capacidades adaptativas del yo, así mismo permite la mejoría del sentido de realidad en el paciente y por ende facilita el que enfrente de manera favorable su mundo interno y externo al igual que sus relaciones interpersonales.

La terapia psicoanalítica se caracteriza por tener objetivos definidos desde el inicio del proceso terapéutico, la desaparición de la sintomatología o la resolución de una situación que perturba al paciente. Por otro lado, la neutralidad juega un papel importante en la técnica, en ocasiones se refuerza con la realidad para evitar una ruptura psicótica, además de promover el interés en el paciente de que investigue, se motive y ponga atención en ciertas situaciones de su vida real y psíquica.

'La terapia psicoanalítica puede definirse como un tratamiento de base de orientación psicoanalítica que no trata, como objetivo, de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes y, por tanto, las resistencias, sino que más bien intenta solucionar parcialmente algunas resistencias y reforzar otras, con la subsiguiente integración parcial de las pulsiones reprimidas previamente en el yo adulto. Como consecuencia puede tener lugar un aumento parcial de la fortaleza y flexibilidad del yo, la cual permite una represión más afectiva de los instintos residuales dinámicamente inconscientes, y una configuración instintivo-defensiva que aumenta los aspectos

adaptativos -en contraste con los inadaptativos- de las formaciones del carácter” (Kernberg O. citado por Coderch J. 1990, pp. 81-82).

De acuerdo a Kohut (1986) refiere que el psicoanálisis cura estableciendo una estructura psíquica y esto lo genera a partir de establecimiento de la frustración óptima y como consecuencias de esta frustración, por vía de la internalización transmutadora. Es decir, el psicoanálisis no cura con el aumento de la cognición sino que la esencia de la cura es el crecimiento de la estructura psíquica por la vía de una frustración óptima de las necesidades o deseos del analizado, lo cual le es ofrecido bajo la forma de interpretaciones correctas (pp. 153-165).

### **3.2 TÉCNICA DE JUEGO EN PSICOANÁLISIS.**

Sigmund Freud fue quien inicio con la importancia de analizar desde la infancia los indicios de la neurosis adulta ya que consideraba que está se originaba desde edades tempranas con una neurosis infantil causada por el complejo de Edipo, esto lo dio a conocer en el análisis del caso denominado “hombre de los lobos” ya que encuentra una neurosis infantil sufrida por el paciente en el período anterior a la latencia. Así mismo, Freud publico el caso Juanito, el cual analizo a través del padre del niño, que esté sufría de una agorafobia relacionada con el temor de ser mordido por un caballo en la calle, a través de la supervisión que Sigmund Freud hacia al padre del niño consiguió descubrir el complejo de Edipo, tanto positivo como negativo, lo que produjo como resultado una atenuación de la neurosis de Juanito. Este caso confirmó la hipótesis de Freud acerca de la neurosis infantil y demostró también que los niños podían ser psicoanalizados y que este tipo de neurosis podía ser resuelto desde sus inicios.

Sin embargo, aunque Sigmund Freud consideraba que el psicoanálisis también podía aplicarse a los niños, surgió una pregunta ¿cómo explicar la técnica psicoanalítica a los niños? Ya que los adultos buscan analizarse porque son conscientes de su enfermedad, sin embargo, en el caso de los niños se consideraba que no era así, inclusive consideraban que eran incapaces de pedir ayuda, así mismo, se pensaba incluso hasta la actualidad que es imposible exigir a un niño que se acueste en el diván y asociar con libertad, ya que los niños se encuentran ligados a sus padres y por ende no pueden entablar una transferencia. Estás

situaciones llevaron a otros psicoanalistas a buscar técnicas con enfoque psicoanalítico pero que ayudarán al abordaje del conflicto intrapsíquico en el niño.

La teoría de Klein, en específico en cuanto a la genitalidad, reside en haber observado que la forma de expresión natural del niño es el juego y que, por consiguiente, puede ser utilizado como medio de comunicación con ellos. Para el niño el juego no es solo juego, sino también es trabajo. No se trata tan sólo de una forma de explorar y controlar el mundo externo, sino de un medio por el cual controlar y expresar sus angustias a través de la manifestación y elaboración de las fantasías. Ella consideraba que el niño no tiene conciencia de su enfermedad como un adulto, no obstante, sí experimentan fuertes ansiedades de las cuales los niños son conscientes, por lo tanto, a causa de esta ansiedad y dependencia que los caracteriza el niño puede desarrollar una transferencia con el analista. Ella consideraba que la dependencia del niño hacia sus padres no impide el desarrollo de la transferencia, ya que no es la relación con los padres reales lo que se transfiere al analista, sino la relación con la figura interna de la fantasía, es decir, lo que ella llamo "imago parental".

Mediante el juego, el niño dramatiza sus fantasías, elabora así sus conflictos, deseos, angustias y culpabilidades, considera al juego como una manera de simbolizar lo que acontece el entorno y conflicto del niño ya que el juego del niño simboliza las fantasías y la elaboración de la neurosis. En ese sentido el juego es el equivalente a los sueños de los adultos porque utiliza el mismo lenguaje inconsciente, por lo que la comprensión del juego, es la base para posibilitar el análisis del niño.

Freud S. (1986) Si deseamos comprender correctamente el juego del niño en relación con toda su conducta durante la hora de análisis, debemos no sólo desentrañar el significado simbólico por claro que sea, sino tener en cuenta todos los mecanismos y formas de representación usados en el trabajo onírico, sin perder de vista jamás la relación de cada factor con la situación total (p. 39).

Freud S. (1905) consideraba que el juego era un acto sintomático y por esta razón de manera obvia lo incluyó en el análisis. Observó, por ejemplo, la forma en que Dora jugaba con su red e interpretó el significado de ese juego (pp. 76-79).

Tras asignar total importancia al papel que desempeña el juego, Melanie Klein concluyó que, dadas las condiciones adecuadas, el libre juego del niño, así como todas las comunicaciones verbales de que sea capaz, pueden cumplir una función similar a la asociación libre en los adultos.

Melanie Klein abordó el psicoanálisis infantil equipado de la técnica y de las teorías de Sigmund Freud, creó su técnica de juego como un método de comunicación con el niño que le permitía adherirse a los principios psicoanalíticos, ya que esta técnica proporcionó acceso al inconsciente del niño. Por lo tanto, los principios y las técnicas del psicoanálisis infantil consisten en proporcionar al niño un encuadre psicoanalítico adecuado, es decir, un horario estrictamente regular, con sesiones de cincuenta minutos, cinco veces por semana, la habitación debe estar adaptada de un modo especial para el niño, con mobiliario sencillo y sólido, una mesa y una silla para el paciente, una silla para el analista, el suelo y las paredes de preferencia deben ser lavables.

Cada niño dispondría de su propia caja de juguetes, sólo utilizados para el tratamiento; además, la habitación debe estar provista de agua, ya que en ciertas etapas del análisis de muchos niños el agua juega un papel importante, aunque para este requerimiento es necesario realizar un encuadre claro y específico. La elección de los juguetes es de gran importancia, porque el juego libre del niño funciona de manera similar a la libre asociación en el análisis de adultos. Los juguetes no deben determinar el juego, así como en el análisis de adultos el analista no debe sugerir el tema de las asociaciones, tampoco los juguetes han de sugerir el tema del juego.

Donald Winnicott dijo que, en su opinión, al incorporar los juguetes Klein había concretado el avance más significativo en el campo del análisis infantil. Con ellos el niño puede expresarse con libertad y utilizarlos de la forma que más convenga a su fantasía.

Se puede concluir que en tanto que Sigmund Freud infirió la psicología infantil del análisis de adultos con la única excepción de Juanito, Klein estudió la estructura y los conflictos infantiles directamente en el niño a partir de las aportaciones de la simbolización y el juego.

En cuanto a Winnicott (1997) sostiene que el juego es una forma de vida básica que ayuda a desarrollar la autonomía del niño en relación a los demás. Él argumentó que la excitación del juego no está principalmente asociada a expresiones displacenteras, sino que también se asocia con las precarias sensaciones placenteras del niño, que provienen de un interjuego entre la realidad psíquica personal y las experiencias de control de objetos actuales. Este interjuego se deriva de las más tempranas experiencias de control mágico de las respuestas maternas lo que ayuda a que el niño confíe en su disponibilidad, amor y en su propio potencial mágico.

Para Winnicott D. (1997) el juego es el reflejo de la capacidad del niño de ocupar un espacio entre realidad psíquica y realidad externa, en el cual el niño utiliza elementos de ambas realidades. En otras palabras, dicha zona intermedia "espacio transicional" constituye la mayor parte de la experiencia del bebé y se conserva a lo largo de la vida en las intensas experiencias que corresponden a las artes y la religión, a la vida imaginativa y a la labor científica y creadora (pp. 117-127).

En ese espacio potencial el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de una muestra derivada de la realidad personal. Sin necesidad de alucinar, muestra una capacidad potencial para soñar y vive con ella en un marco elegido de hechos o partes de la realidad externa. Al jugar, el niño manipula fenómenos exteriores al servicio de los sueños e impregna algunos de ellos de significación y sentimientos oníricos. El juego compromete al cuerpo, para manipular los objetos y también porque algunos intereses se relacionan con aspectos de excitación corporal. En esencia la actividad lúdica es satisfactoria porque canaliza un alto grado de ansiedad, sin embargo, si ésta sobrepasa los límites resulta insoportable y se interrumpe el juego.

En cuanto al placer que siente el niño durante el juego, Winnicott señala que se da cuando los instintos no son excesivos; cuando va más allá de cierto punto lleva a la culminación que puede ser frustrada (acompañada de sentimientos de confusión mental e incomodidad física que sólo el tiempo puede curar), a pesar de eso, cuando el juego llega a su saturación o culminación se relaciona con la capacidad para contener y elaborar experiencias.

“La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo” (Winnicott D. 1997, p. 61).

La fantasía puede tener el papel de salida de cualquier sentimiento o emoción que lo amerite, pero que no puede expresarse en forma abierta por miedo de perder al objeto amado; por lo tanto, la fantasía está formada por la realidad externa e interna y puede usarse para crear amor o destrucción dependiendo de la emoción que se manifieste. No obstante, las normas sociales demarcan la aceptación o rechazo de estas fantasías, convirtiéndose así en tabúes o anhelos.

Por lo anterior, el uso de la fantasía en el juego permite la elaboración del conflicto y afectos en objetos que el niño domina y que además son reemplazables, ya que cumple la necesidad de descarga y de elaboración, sin poner en peligro la relación con sus objetos primarios. Por estas razones, el juego en el niño normal profesa constantemente hacia identificaciones cada vez más aproximadas a la realidad.

### **3.3 PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA EN ADOLESCENTES.**

Erickson sugirió que “veamos a la adolescencia como una fase normal de conflicto acentuada, caracterizada por una aparente fluctuación en la fuerza yoica y también por un alto potencial de crecimiento, lo que bajo un escrutinio prejuiciado puede aparecer como el comienzo de una neurosis, con frecuencia no es sino una crisis agravada que puede acabar por sí misma y de hecho, contribuir a los procesos de formación de identidad”. (Erickson (1956) citado por Blos P. 1981, p. 28).

Durante la adolescencia, la agresividad y la torpeza se relacionan con los cambios fisiológicos lo que conlleva a que exista un cambio en las relaciones sociales, por lo tanto, el adolescente debe enfrentar en esta etapa un nuevo grupo social debido a su nueva estructura corporal, reedición y resolución del complejo de Edipo, que puede incluir un breve período homosexual y esto finalmente lo llevará a una relación heterosexual. Este periodo edípico en la adolescencia se caracteriza por el aumento del impulso sexual ya que revive la tendencia hacia

los objetos incestuosos provocando una segunda situación edípica, aunque mitigadas por el desarrollo del superyó que reprimirá esas tendencias.

Estos cambios fisiológicos sufren de perturbaciones emocionales, en particular surge un aumento de las emociones negativas como la depresión, la ansiedad, la pereza, el estrés y la agresividad a causa de que se resisten a renunciar a su antiguo cuerpo y privilegios existentes en la etapa anterior. Este cambio en la autoimagen corporal y una reevaluación de ser a la luz de nuevos poderes y sensaciones físicas son dos de las consecuencias psicológicas del cambio en el estado físico del adolescente.

Aunque Sigmund Freud no manifestó un especial interés en esta etapa de la vida debido a su idea revolucionaria de que la sexualidad comienza en la primera infancia y no en la pubertad y que la capacidad de amar y la normalidad o anormalidad están determinadas por las experiencias de las etapas pregenitales, señala que en la pubertad se instaura el predominio de la zona genital, además del objetivo de la reproducción, el cual se manifiesta por la excitación de la zona erógena que está localizada en los genitales a causa de una intensa tensión interior y la necesidad de descarga, que incluye la masturbación debido al gran poder del impulso y la obvia imposibilidad de solucionarlo con el objeto deseado.

El progreso paulatino en la etapa de la adolescencia hacia la posición genital y la orientación heterosexual es sólo la continuación de un desarrollo que se estancó temporalmente al decaer la fase edípica, estancamiento que acentuará el desarrollo sexual bifásico en el hombre. Blos P. (1981) también se observa un segundo paso de suma importancia en la adolescencia que es la individuación, esta se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión por lo que este segundo paso lleva a algunos de los más preciados sueños megalomaniacos de la infancia a un fin irrevocable (p. 30).

Por lo anterior se hace notar que Blos P. (1981) existen procesos regresivos de la adolescencia que permiten la construcción de desarrollos tempranos defectuosos o incompletos, aparecen nuevas identificaciones y contraidentificaciones que llegan a jugar un papel importante en esto (p. 28).

Los problemas de adaptación de un adolescente son comunes ya que la sexualidad se opone a su seguridad, por lo que en esta etapa pueden surgir síntomas histéricos y neuróticos incluso enfermedades mentales graves a causa de la patológica normal que sufre el adolescente por las perturbaciones psíquicas de no saber quién es. Sigmund Freud señala que pueden darse algunas situaciones peligrosas para el desarrollo psicosexual, como los lazos muy estrechos con personas del mismo sexo que puede fomentar la inversión del objeto sexual y luego, la dependencia que lo vincula a sus padres. Este desprendimiento emocional con las figuras significativas es necesario, tiende a manifestarse con rechazo, resentimiento y hostilidad, no sólo frente a los padres sino también contra toda forma de autoridad. También de una manera más sutil y en un nivel inconsciente el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de los intereses del adolescente, su conducta social y la cualidad de su vida afectiva.

“El adolescente individual siempre vive dentro de un grupo de amigos que están cronológicamente al mismo nivel, pero que varían mucho en desarrollo físico e intereses. Esta condición es la responsable de las muchas formas imitativas y de conducta “como si”, a la cual recurre el adolescente para poder mantenerse dentro de las pautas de conducta esperadas y proteger la compatibilidad social con el grupo de compañeros al que pertenece” (Blos P. 1981 p. 22).

Para el psicoanálisis, el objetivo fundamental del adolescente es lograr la primacía genital y el logro de un vínculo con un objeto no incestuoso, el desarrollo del superyó permite el desarrollo de los conceptos morales y las aspiraciones personales según la cultura, las cuales le ayudarán a comportarse en sociedad. Para Sigmund Freud, este proceso evolutivo, principalmente en la etapa de latencia y de preadolescencia representa una lucha energética entre las fuerzas instintivas que denomina ello y las fuerzas socialmente adoptadas o conciencia moral del superyó.

Desde el psicoanálisis freudiano cada etapa psicosexual desde la infancia, persiste y se integran a las posteriores, de modo que el autoerotismo, el narcisismo y el amor objetal pueden coexistir en un individuo.

El adolescente vive una vida emotiva oscilante con tendencias contradictorias, así mismo, puede expresar mucha energía y actividad desmedida, alternativamente mostrarse indiferente y desganado, incluso pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo idealista.

Blos P. (1981) Menciona que es frecuente que el adolescente reaccione de manera negativa a las revisiones médicas, sin embargo, se agrega que no solo a las revisiones médicas sino también a las psicológicas, ya que les suele dar pena o enojo motivados por el miedo a que los médicos o psicólogos puedan descubrir características del desarrollo anormales o inapropiadas, además que la expectativa de ser revisado puede intensificar los conflictos de masturbación, fantasías sexuales y los sentimientos de culpa (p. 25).

En la actualidad existe una tendencia a prolongar la adolescencia, debido a la complejidad de la vida moderna y a menudo pone una carga excesiva en el potencial adaptativo. Se podría decir que el establecimiento definitivo de conflictos al fin de la adolescencia significa que pierden su calidad perturbadora porque han sido estabilizados caracterológicamente o se solidifican en síntomas debilitantes permanentes o se manifiestan en desordenes del carácter.

Una inestabilidad del adolescente es el resultado de la confusión psicológica, en esta etapa todo equilibrio que hubo en etapas anteriores en las estructuras del ello, yo o superyó se desajustan ya que el deseo de ser amado ha crecido por el impulsos sexual biológico y la tendencia agresiva es estimulada por el deseo de independencia, aumentan su fuerza por la fuerza primitiva que tienen. Por lo tanto, algunos impulsos del ello son reforzados por la maduración biológica y contraparte biológica, por tal motivo, el superyó se debilita ya que el adolescente quiere crecer, lo que implica la necesidad de quitar el superyó existente del núcleo familiar y de confiar ahora en las normas y apoyo de él mismo y de sus pares; lo anterior hace parecer que el superyó se rinde ente los principios del placer.

Josselyn (1969) "El yo del adolescente es bombardeado por presiones nuevas y creadoras de confusión que se crean en el ello y el superyó... por lo que no es de sorprenderse que el yo de él se muestre estrecho e inestable" (p. 125).

Los adolescentes ocupan revelarse contra una situación intolerable que surja en su hogar, pero esta rebeldía será inofensiva después de que se establezca una relación con el terapeuta, el cual representará un sustituto benigno y comprensivo de un padre o de una madre que no satisfacen las necesidades del hijo. El adolescente para asegurarse necesita la aceptación de su proceso de maduración y el reconocimiento de sus necesidades de dependencia por parte del terapeuta.

Josselyn I. (1969) "Una de las principales funciones del terapeuta es dar al adolescente un modelo de superyó que sea flexible, acogedor pero incorruptible" (p. 148). Una neurosis, pese a lo que destructiva que sea es la expresión de un intento por dominar una situación conflictual que el individuo ha hallado difícil de enfrentar apoyándose en la realidad. La propia existencia de la neurosis indica que en el sujeto hay alguna fuerza.

El adolescente tiene problemas que parecen claros a causa de una neurosis organizada, incluso puede no tener problemas muy graves, no obstante, su yo puede no tener la fuerza de enfrentarlos. Por lo que tenderá a protegerse cerrando los ojos para no comprender lo que esos conflictos significan ya que el yo puede estar débil para aguantar el impacto de un análisis.

Josselyn I. (1969) La terapia analítica es segura cuando hay un yo fuerte que a través de la terapia logre fortalecerse y prepararse aún más para continuar un análisis, por lo que la terapia debe de llevarse de manera cautelosa y con un criterio muy conservador. El analista puede realizar comentarios que tengan un significado más profundo que lo que impliquen las propias palabras, si la capacidad del yo del adolescente le permite enfrentarse con el significado de estas, se hará notorio en las conductas del paciente o de manera inconsciente, en sus sueños. Por otro lado, si el yo no tolera el significado, las palabras proporcionadas serán aceptadas pero con un valor superficial que solamente le ofrecerán cierto apoyo (p. 149).

La fluidez del adolescente que a la vez es la causa de sus dificultades, es una de las cosas que generará el éxito para la cura, por lo que reforzar el proceso de crecimiento puede ser todo lo que le haga falta, además que la fortaleza de la estructura psicológica lograda en el proceso terapéutico se hará cargo de las etapas siguientes.

### **3.4 CONTRATO.**

La relación terapéutica como tal, lleva la explicitación de una serie de pautas que mantendrán con miras al futuro el intento de una relación clara y aconflictiva. El diseño de un contrato terapéutico, posibilitará plantear una nómina de cláusulas que alientan a que la relación se conduzca bajo los mejores cánones de desarrollo.

El contrato terapéutico es uno de los puntos de mayor importancia de la sesión de psicoterapia, ya que éste depende, en gran medida, de la claridad y organización de los aspectos relacionales entre paciente y profesional.

El contrato no solo pasa por una cuestión de contenido en función a los objetivos de la terapia, sino que se erige como un modelo relacional. Es decir, un modelo que el paciente puede aprender para aplicar en otras relaciones en otros contextos de su vida donde deba efectuar pactos, contratos y acuerdos. Entonces, la finalidad no solo se remite al contenido que encierra en función de la prestación de servicios terapéuticos, sino también, como un modelo al cual el paciente puede atenerse en circunstancias similares.

El encuadre incluye las pautas de relación entre ambos que se regirán en adelante, lo que implica la manera de llevar a cabo las sesiones terapéuticas, el lugar, la duración de las sesiones y tratamiento, la frecuencia de las mismas y el pago. Aunque el encuadre tiene aspectos externos necesarios para poder trabajar adecuadamente, lo más importante es que uno y otro lo internalicen, de manera que este sea claro y permita superar los imprevistos y los obstáculos que puedan presentarse en el curso del tratamiento.

Lugar: Desde el inicio del proceso se debe especificar el lugar donde serán las sesiones y que dará lugar al tratamiento en sí. Además se debe de hablar los inconvenientes que pueden surgir para llegar al lugar y que se prevengan de tal manera que con el paso del tiempo no se conviertan en resistencia para continuar el proceso.

Duración de las sesiones: Se debe de estipular el tiempo que duraran las sesiones y especificar que con los niños y adolescentes la sesión puede variar en cuanto a tiempo, dado que algunos pacientes solo trabajan 40 minutos aun cuando la sesión dura 50 minutos, de tal manera que

se ajuste con los padres ya que puede generar inconformidad el tiempo por el pago que se realice, por lo que esto debe aclarar que el pago es por sesión y no por tiempo.

En este punto es importante agregar el punto de las sesiones perdidas por indisposiciones pasajeras o cualquier otra causa que no haya sido avisada con anticipación deberá ser pagada al terapeuta.

Duración del tratamiento: En cuanto a este aspecto se debe especificar el día de inicio, sin embargo, la fecha del final del proceso llega a ser impredecible dadas las técnicas y condiciones que la terapia psicoanalítica estipula, lo anterior se le debe de explicar al paciente y a los padres en caso de ser menor de edad el paciente.

Frecuencia de las sesiones: De acuerdo al enfoque psicoanalítico las sesiones varían de 1 a 3 por semana, lo anterior dependerá de la flexibilidad del paciente, lo anterior a causa de que el devenir del proceso ira dejando en claro los límites del mismo. El hecho de dejar abierto el periodo de duración no significa que el terapeuta no procure evaluar en cada paciente, el tiempo que cree se requiera para que este alcance cierta comprensión de su funcionamiento mental y aprenda a utilizarlo para la adaptación a su realidad externa.

Pago de las sesiones: Es de suma importancia que este punto quede claro desde la primera sesión, dado que puede generar ciertas complicaciones, por lo tanto, debe de quedar claro que la sesión a la que no asista deberá de ser pagada, así como quién hará el pago en el caso de ser adolescentes, si lo harán ellos o los padres.

Planteamientos de formalidad: Coderch J. (1990) Debe de ser subrayada la naturaleza de la confidencialidad de todo lo que el paciente comunique al terapeuta. Pero esta declaración no debe de ser rutinaria, sino tan solo en aquellos casos en los que especiales circunstancias, tales como la posibilidad de que el terapeuta pueda conocer a un familiar o amigo del paciente o porque se sienta inquieto o ansioso acerca de la probabilidad de que sus confidencias lleguen a ser conocidas por otras personas (pp. 177-178).

Es importante informar acerca de las interrupciones en el tratamiento que el terapeuta tengo habitualmente previstas, ya sea por vacaciones u otras causas, anunciando que se darán

fechas exactas en el momento que sea posible, de la misma manera tiene que ser informado el terapeuta de situaciones que el paciente pueda llegar a tener y que provoquen una suspensión temporal de las sesiones.

González, J. Romero, J. Tavira, F. (1998) Aun cuando el encuadre de las sesiones se realiza solo con el paciente, en el caso de que este sea un niño o un adolescente el encuadre no solo se hace con ellos sino también se tendrá que incluir a los padres ya que ellos serán partícipes en el proceso en cuanto a la asistencia a algunas sesiones para la recaudación de información u orientación. Lo anterior para que los padres se responsabilicen en el proceso terapéutico de sus hijos y así favorecer un cambio en el paciente que ayude a la modificación del conflicto que haya entre ellos, es decir padres e hijos (p. 97).

### **3.5 ALIANZA TERAPÉUTICA.**

Etchegoyen (1986) La alianza terapéutica es la relación racional y relativamente no neurótica entre paciente y analista que hace posible la cooperación decidida del paciente en la situación analítica. Él basa su teoría en dos puntos de partida.

1. La transferencia es el factor más importante de la terapia psicoanalítica.
2. La transferencia solo puede entenderse si se la compara con algo que no es la transferencia, y que llama "provisionalmente" la "alianza terapéutica".

Para analizar con éxito la neurosis de transferencia es necesario que el paciente haya formado con el analista una firme alianza de trabajo. La capacidad que tenga el paciente de oscilar entre la alianza terapéutica y las reacciones transferenciales neuróticas es la condición imprescindible para la labor analítica, además que está proporciona la motivación cotidiana para continuar en el proceso.

Las manifestaciones clínicas de esta alianza terapéutica son la disposición del paciente a realizar los diversos procedimientos del análisis y su capacidad de trabajar analíticamente con los insights dolorosos y regresivos que provoca. La alianza se forma entre el Yo razonable del paciente y el Yo analítico del analista. El hecho significativo que ocurre es una identificación parcial y temporal del paciente con la actitud y el modo de trabajar del analista que el paciente percibe directamente en las sesiones regulares.

El paciente, el analista y el encuadre analítico contribuyen a la formación de esta alianza terapéutica. La conciencia del padecimiento neurótico y de la posibilidad de que el analista le ayude mueve al paciente a buscar la situación analítica y a trabajar en ella. El analista lleva a la alianza su constante interés en el entendimiento y el insight, sus actitudes cordiales, empáticas, sinceras y no juzgadoras. El encuadre será el facilitador de la formación de la alianza con la frecuencia de las visitas, la larga duración del tratamiento, etcétera.

En términos generales, Stolorow R. Atwood G. (2004) el concepto de alianza terapéutica ha sido usado para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en donde el terapeuta y paciente trabajan juntos en armonía. Este aspecto es lo que diferencia a la alianza terapéutica de la sola existencia de una relación paciente-terapeuta, en la cual no se ha gestado una alianza entre ambos actores del proceso terapéutico. Por lo tanto, la alianza terapéutica involucra la fortaleza y calidad de relación, es decir, un lazo afectivo capaz de potenciar las motivaciones del paciente para alcanzar las metas y para realizar tareas. Esta alianza fue estimulada por el desarrollo de la psicología del yo y por el creciente interés e las relaciones de objeto (p. 148).

Así pues, el paciente proporcionará en sesión al tener esta alianza un deseo inconsciente o consciente de cooperar con el terapeuta, disposición a aceptar la ayuda, mejorar en sus conflictos internos y aceptarlos, por lo tanto será sincero en su expresar, al mismo tiempo que mostrará confianza hacia el analista. Por el otro lado, el terapeuta debe de fomentar esta alianza mostrando interés por entender el análisis de las resistencias que el paciente vaya mostrando, así como proporcionar actitudes de amabilidad, sinceras y sin juicios.

“Los psicólogos del yo, observaron dos dimensiones en la realidad analítica, una es que se desarrollaba a partir de la identificación del paciente con el analista, en especial con su comprensión del inconsciente del paciente, por ese motivo esta relación era la base de la alianza terapéutica, la segunda dimensión es la parte del yo del paciente que estaba al servicio de la resistencia contra el desplegamiento de aquellas fuerzas instintivas, inconscientes y regresivas y de los conflictos estructurales que constituían el patógeno complejo edípico de la neurosis de transferencia”. (Stolorow R. Atwood G. 2004, pp. 148-149)

Para que la alianza terapéutica se mantenga es necesario el logro de una escisión entre un yo basado en la experiencia y un yo basado en la razón que se caracterice por ser desapasionado, con actitud de conservación y con ello afrontar las resistencias que pudieran surgir en el proceso, ya que esto se dará si el paciente tiene el firme deseo de cooperar con el terapeuta para superar el sufrimiento que le acontece y la capacidad de lograr los insights que surjan en sesión.

Para Klein citada por Stolorow R. Atwood G. (2004) La alianza está asegurada en la transferencia, la cual implicaba una relación de objeto compleja, ya que era integrar la parte normal y dependiente del self con la parte buena del objeto, el pecho; esto era revivido en el análisis, por lo que la relación entre ellos forma el núcleo de la alianza terapéutica. El rompimiento de esta alianza para Klein es a causa de las defensas primitivas del yo, ya que éstas deforman la percepción de los objetos reales del paciente y del terapeuta, por lo tanto, generan introyecciones patológicas de objetos malos o afectados por la destructividad del paciente en sus fantasías omnipotentes (p. 150).

El uso de la empatía consolida la alianza terapéutica ya que ayuda a proporcionar seguridad y armonía dentro del campo intersubjetivo, por lo que otro de los objetivos de la alianza es la transformación de esta experiencia intersubjetiva.

### **3.6 RESISTENCIAS.**

La palabra resistencia se refiere a las fuerzas que en el interior del paciente se oponen al proceso terapéutico, es decir, al descubrimiento de su inconsciente. Las resistencias trabajan en contra de los intentos del analista por dar a conocer al paciente lo que está sucediendo en su inconsciente, además de no permitir que el paciente logre sus propios deseos conscientes de recuperarse o comprender lo que el analista le intenta explicar; por lo que hay tendencias del paciente que estarán luchando contra otras totalmente opuestas y que limitarán su avance terapéutico.

Las resistencias llegan a manifestarse en los impulsos, inhibiciones, emociones, comportamientos, poca comprensión y erotización del paciente, lo anterior sucede en todo proceso psicoanalítico o psicoanalíticamente orientado ya que el paciente y el analista están en constante lucha contra estas resistencias.

Coderch J. (1990) La terapia psicoanalítica consiste en el esfuerzo por eliminar los obstáculos que limitan al paciente y así quede liberado de sus ansiedades y síntomas, es decir, que pueda hacer uso de todas las capacidades psíquicas para luchar contra los peligros que considere que le amenacen desde el interior de su ser (p. 127).

Es importante referir que cuando el tratamiento psicoanalítico es aplicado por expertos, puede generar ciertos estados de ansiedad, intensificación de los síntomas o en pacientes psicóticos o prepsicóticos se puede reactivar un delirio. El lado opuesto de este riesgo es que sólo afrontándolo y tirando las resistencias es posible que el paciente se quite los fantasmas internos que lo atormentan y desde ahí darle una mejor estructura psíquica.

Sigmund Freud referido por Coderch J. (1990) refiere que Freud es quien aportó el concepto de resistencia al darse cuenta de las dificultades que se oponían a sus esfuerzos para que el paciente recordara aquellas ideas o vivencias traumáticas que suponía estaban en el origen de su neurosis. Desde el inicio de su teoría Freud consideró a estas fuerzas que limitaban el tratamiento como las mismas fuerzas que mantenían los recuerdos dolorosos disociados fuera de la consciencia y que la tarea del analista entonces consistía en vencer estas fuerzas y que el deseo del paciente por vencer estas resistencias así como la aplicación consciente no eran suficientes (p. 128).

Sigmund Freud renunció a la hipnosis y a la sugestión sobre todo porque la resistencia masiva que oponían a estas técnicas algunos pacientes le parecía por una parte, legítima y por otra, imposible de vencer y de interpretar, cosa que el método psicoanalítico hace posible en la medida en que permite evidenciar progresivamente las resistencias, que se traducirán especialmente por las diferentes formas en que el paciente infringe la regla fundamental.

Por lo tanto, la resistencia se descubrió como un obstáculo al esclarecimiento de los síntomas y a la progresión de la cura, por lo anterior hay dos elementos de explicación, primero la resistencia viene regulada por su distancia respecto a lo reprimido y segundo corresponde a una función defensiva, lo que impide el progreso del paciente.

“Las resistencias son una defensa contra el dolor de lo que se encuentra en el inconsciente y que es conflictivo, además que genera ansiedad; todo intento de desvelar este material y acercarlo a la conciencia es sentido como susceptible de provocar un sufrimiento intolerable, ante lo cual el yo pone en marcha todas sus

defensas para impedir dicho acceso. Los medios que usa el yo para lograr sus propósitos y anular no solo los esfuerzos del terapeuta, sino también de la parte colaboradora y sana del paciente constituyen las resistencias". (Coderch J. 1990, p. 130).

### **3.6.1 Tipos de resistencia.**

Freud (1926) distingue cinco formas de resistencia, tres de ellas se relacionan con el yo las cuales son la represión, la resistencia de transferencia y el beneficio secundario de la enfermedad (se basa en la integración del síntoma en el yo). Además, hay que considerar la resistencia del ello que consiste en la fuerza de la compulsión a la repetición y atracción de los prototipos inconscientes sobre el proceso pulsional reprimido. Finalmente, la resistencia del superyó que se deriva de la culpabilidad inconsciente y de la necesidad de castigo.

- *Resistencia de represión.*

El yo lleva a cabo la represión y esto es a causa de que siente que la satisfacción de cierta pulsión provocaría más sufrimiento que su frustración. El término de represión también se usa en un sentido genérico, es decir, como sinónimo de defensa y es un proceso ineludible para la formación de los síntomas.

En esta resistencia existen tres etapas distintas:

- a) Represión primaria: Los derivados psíquicos de las pulsiones son retenidos fuera de la consciencia, el material que de ahí proviene sirve de núcleo de condensación alrededor del cual se estratificarán otros materiales destinados a ser reprimidos.
- b) Represión propiamente dicha: Aquí las fuerzas represoras expulsan de la consciencia determinados contenidos psíquicos que habían logrado penetrar en ella. Este tipo de represión implica un nivel de maduración más alto.
- c) Retorno de lo reprimido: La represión se lleva a cabo no por lo que se ha introducido a la consciencia de manera indeseable, sino a través de efectuar un disfraz que le permita su permanencia sin ser reconocida, un ejemplo de ello son los sueños o síntomas.

- *Resistencia de transferencia.*

Se parece a la resistencia de represión, no obstante, se distingue de ella por ser específica de la terapia psicoanalítica. La transferencia en sí es un producto de la resistencia ya que se ejerce como una repetición en la figura del analista, de las vivencias que el paciente no puede recordar. Los falsos vínculos entre el pasado y el presente distorsionan y esconden las relaciones reales del paciente y dificultan su comprensión, por este motivo actúan como resistencias.

- *Ganancia secundaria.*

Surge como resultado de la asimilación de los síntomas por parte del yo, manifestándose como una gratificación narcisista, por esta razón el yo se esfuerza en asimilar los síntomas y restablecer a su organización la parte regresiva de sí mismo. Por estos esfuerzos, se crea una simbiosis entre el síntoma y el yo, por tal motivo, el yo encuentra satisfacción en el hecho de ser capaz de restituir nuevamente el equilibrio psíquico y restablecer, de cierta manera, las diferentes energías psíquicas del organismo.

- *Resistencia del superyó.*

Proviene del sentimiento de culpa y la necesidad de autopunición, se hace presente como una oposición a cualquier éxito y al exitoso resultado del análisis. Para Freud esta resistencia es la más complicada de vencer, dado que paradójicamente el paciente empeora como consecuencia del proceso terapéutico, cuando se esperarían un avance importante y disminución de los síntomas.

- *Resistencia del ello.*

Se descubrió cuando Freud se dio cuenta que el proceso analítico ayudaba a vencer las resistencias del yo y del superyó, pero que a pesar de eso el paciente continuaba sin alcanzar el conocimiento de lo que le había sido rechazado fuera de la conciencia; por lo que las resistencias del ello estaban basadas en las pulsiones de cualquier cambio en su manera de expresión. Este tipo de resistencia promueve la compulsión a la repetición, esta es originada por la atracción del inconsciente por las pulsiones reprimidas.

### **3.7 TRANSFERENCIA.**

La transferencia es fundamental para los procesos psicológicos inconscientes, en el caso del psicoanálisis se relaciona con la técnica terapéutica que a su vez genera una relación entre el analista y el paciente para que se pueda generar el desarrollo de la transferencia ya que a partir del establecimiento de la misma se beneficia al paciente a causa de que permite el reconocimiento de la interpretación de lo que le acontece.

Para la psicoterapia psicoanalítica la transferencia es una herramienta de suma importancia que el terapeuta haga uso de la misma durante el proceso analítico.

Sigmund Freud (1905) definió la transferencia como una forma especial de estructuras mentales de carácter inconsciente, para él estas son una manera especial de formaciones del pensamiento, muchas de esas veces son inconscientes recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el proceso terapéutico avanza éstas se despiertan y se hacen conscientes. La principal característica de la transferencia es que el paciente refleja en el terapeuta a una persona de su pasado, es decir, la substituye y revive experiencias como si fuera un vínculo actual con el analista, además de desplazar las emociones inconscientes de los objetos que ha reprimido.

El paciente al tratar de sustituir un objeto real por uno irreal, queda abocado a errores y frustraciones a causa de que ambos objetos reales e irreales se convierten en iguales en la mente del paciente. Este impulso de establecer una identidad de percepciones a partir de la repetición de las situaciones pasadas solo se puede observar de manera transparente en el análisis, a lo anterior suele denominársele proyección o identificación con el analista.

“La meta de curar en el psicoanálisis, es la que hace que el paciente y terapeuta se unan para realizar una identificación del primero hacia el segundo y a la par se genera una reproducción de profundas identificaciones con los padres. Lo anterior, da lugar a que el paciente intente revivir en su relación con el analista los residuos reactivados de sus relaciones infantiles con los padres, esto se realiza por medio de la proyección” (Coderch J. 1990, p. 106).

Klein M. (1952) Menciona que las relaciones de objeto inician desde la vida temprana, así como el amor, odio, fantasías, ansiedades y defensas a causa de que están unidas con estas relaciones objetales, partiendo de esta idea se puede decir que la transferencia está presente desde el inicio de las primeras etapas de la vida. La discrepante variedad de sentimientos e impulsos dirigidos hacia los primeros objetos dará lugar en un futuro a la complejidad, ambivalencia y multiplicidad de la trama de la transferencia.

Por lo que durante el proceso analítico el terapeuta puede tener distintos roles, ya sea como padre, madre o como una parte del superyó o del ello y estos a su vez y de acuerdo a Klein pueden ser representados de manera parcial o total; esta reproducción de las figuras del paciente en el terapeuta no se reviven como son en la actualidad sino como fueron vividos en los primeros años de vida, ya que son deformadas por las fantasías que le fueron proyectadas en ese momento.

Las oscilaciones en la mente del niño (desde el punto de vista de la relación con sus objetos) usualmente son muy veloces y por este motivo se explica que la transferencia en un futuro tenga cambios y rápidas alternativas, de tal forma que en una misma sesión el terapeuta puede cumplir como un objeto amoroso o perseguidor; por lo tanto, para Klein la transferencia surge como una reproducción en el aquí y en el ahora de las primeras experiencias emocionales del bebe con sus primeros objetos.

Kohut H. (1986) La búsqueda renovada por parte del self lesionado, de respuestas promotoras de desarrollo provenientes de un self object adecuadamente empático, ocupa siempre el centro de la escena durante el análisis, de eso desprende que las comunicaciones cardinales del analista hacia su paciente serán aquellas que se centren en las configuraciones psíquicas que denomina *transferencias con el self object* (p. 278).

Él menciona que un análisis exitoso es aquel en el cual las antiguas necesidades del analizado de obtener respuestas de objetos sí mismo arcaicos son reemplazadas por la experiencia de la resonancia empática, el principal elemento constitutivo del sentimiento de seguridad en la vida adulta. La capacidad de verbalizar, la ampliación de las introversiones, la creciente autonomía de las funciones yoicas y el mayor control sobre la impulsividad pueden acompañar estos beneficios. Un tratamiento se habrá logrado si el paciente, entregándose al

impulso que le imprime el proceso analítico, pudo reactivar en una transferencia con un self object las necesidades de un self frustrado en la infancia, por lo que la esencia de esta cura analítica reside en la nueva capacidad del paciente para discernir y buscar en su entorno self objects apropiados, tanto espejeadores como idealizables y de ser sustentado por ellos.

### **3.7.1 Tipos de transferencia.**

*Transferencia erotizada:* Rapaport (1956) citado por Coderch J. (1990) Comenta que la transferencia normal en el sujeto se presenta cuando él se siente y comporta como si el terapeuta fuera el objeto real de que lo marco en su infancia, sin embargo en la transferencia erotizada el terapeuta es ese objeto significativo para el paciente pero este último no es capaz de tomar consciencia de que el terapeuta es un "como si", cuando sucede esto el paciente no llega a sentir vergüenza de sus manifestaciones eróticas, sino que por el contrario las hace evidentes y las vive como si fuera algo normal, si el terapeuta no responde a estos deseos del paciente, él se siente confundido y con cierta incomprensión por la actitud del terapeuta (p. 114).

Por lo tanto este tipo de transferencia sugiere que existe un conflicto en el sentido de realidad del paciente y esto en algunos casos puede crear ciertos núcleos psicóticos aun cuando su comportamiento no manifieste síntomas clínicos de psicosis.

En este tipo de transferencia el paciente muestra interés por el tratamiento, una aceptación inmediata de las interpretaciones del analista con el fin de lograr una relación ideal entre ellos, en este caso la erotización se encuentra al servicio de la envidia y la destrucción hacia el analista ya que el paciente no aguanta las capacidades de contención y comprensión de su terapeuta, por lo que intenta relajar la envidia que esto le provoca al momento que pervierte la relación.

*Transferencia psicótica:* Coderch J. (1990) explica que este tipo de transferencia dependerá de la estructura perversa del paciente ya que los pacientes psicóticos han demostrado la existencia de una transferencia masiva e intensa en los enfermos psicóticos (p. 115).

La principal dificultad que hay en este tipo de transferencia, no consiste en la ausencia de ella sino en saber reconocerla e interpretarla en los pacientes esquizofrénicos.

Kohut H. (1986) Dice que el self está conformado por tres elementos fundamentales: el polo de las ambiciones, el polo de los ideales y por último la zona intermedia de los talentos y habilidades. Por lo tanto subdividió la transferencia con el self object en tres grupos:

Transferencia espejeadora: Son aquellas en las que el polo lesionado de las ambiciones procuran producir en el self object del terapeuta respuestas afirmadoras.

Transferencia idealizadora: Son aquellas en las que el polo lesionado de los ideales buscan un self object que acepte ser idealizado.

Transferencia gemelar o transferencia con el alter-ego: Son aquellas en las que la zona intermedia lesionada de los talentos y habilidades buscan un objeto self que se preste a la reconfortante experiencia de la semejanza en lo esencial (p. 279).

### **3.8 CONTRATRANSFERENCIA.**

La contratransferencia es un fenómeno mental en todo tratamiento psicoanalítico o psicoterapéutico y entenderla además de hacer buen uso de ella es de suma importancia para cualquier proceso terapéutico.

Sigmund Freud descubrió la resistencia a partir de su contratransferencia, es decir de su sensación de que enfrentaba una fuerza resistente en el paciente, por lo que Heimann citada por Corona M. (1997) considera que la contratransferencia, no significaba la transferencia de los analistas sino los sentimientos que sentían hacia sus pacientes, incluyendo las reacciones que le provocan. Opina que la contratransferencia no es una situación negativa, sino inevitable y deseable a causa de que está sería un instrumento para averiguar el inconsciente del analizado (p. 275).

En 1913, en una carta a Ludwig Binswanger por parte de Sigmund Freud, subraya que el problema de la contratransferencia "es uno de los más difíciles de la técnica psicoanalítica".

El analista (y ésta debe ser una regla según Freud) no debe nunca darle al analizado nada que provenga de su propio inconsciente. En cada caso tiene que "reconocer y superar su contratransferencia, para estar libre de sí mismo". Por lo tanto, Freud de acuerdo a sus sensaciones opino que la contratransferencia es el resultado de la influencia del paciente sobre sus sentimientos inconscientes y advirtió acerca de una necesidad de que el terapeuta reconociera y superará estos sentimientos, incluyendo que quien no sea capaz de hacerlo no puede tratar a sus pacientes haciendo uso del psicoanálisis. Por lo que él opina que la contratransferencia es útil para llegar de manera más certera al conocimiento mental del paciente y de su relación neurótica con el paciente.

Winnicott (1997) Describe dos tipos de contratransferencia, una que es la respuesta patológica y que se da en una parte del analista y que implica que el analista se someta a análisis y otra que es la contratransferencia objetiva que corresponde a la manera real de ser y actuar del paciente, pudiéndose por ello amar y odiar al paciente como respuesta a la personalidad y comportamiento objetivamente observados en el mismo. Aquí también implica las tendencias, identificaciones y formas de relación pertenecientes a experiencias individuales y desarrollos personales del terapeuta, a través de ellos puede proporcionar un marco positivo a su trabajo con el paciente.

Kernberg citado por Corona M. (1997) Dice que la contratransferencia incluye todas las reacciones emocionales que el analista tiene del paciente, para ello refiere dos tipos de contratransferencia, las realistas que son provocadas por la grave patología del paciente y las neuróticas que son las que se refieren psicopatología del analista. La habilidad para beneficiarse de las reacciones emocionales hacia el paciente depende de que el analista experimentado, aprenda a inhibir la actuación de las mismas (p. 276).

Dentro de este análisis en cuanto a la contratransferencia se debe averiguar tanto lo que le pasa al paciente en el proceso en cuanto a sus emociones y el lugar en que queda ubicado y la manera en que participa de dicho proceso. Lo que interpreta el analista depende no solamente de sus teorías sino también de la interacción con su analizando, siendo así que la contratransferencia se puede considerar como una parte de la interacción del analista con el paciente en el proceso analítico y que haciendo un uso adecuado de la misma se puede trabajar con resultados favorables en la sesión.

Una vez que se puede desarrollar claramente la contratransferencia se puede hacer un análisis donde se profundice la relación y verificar lo que el paciente está logrando hacer sentir al analista, por lo tanto el analista podrá tomar de la contratransferencia mucha información que es la misma que se lleva a cabo fuera de la sesión y que el paciente logra producir en la gente con la que se relaciona, lo cual, ayudará al avance del analizado en su proceso terapéutico.

Por lo tanto se considera que si el analista ha de estar en condiciones de servirse de su inconsciente como instrumento de análisis, entonces debe de llenar en gran medida una condición psicológica favorable para el ejercicio de su profesión; por lo tanto, es básico que el analista haya experimentado la posición de analizado y que conozca o se interiorice en la influencia de lo inconsciente en su transcurrir psíquico, al mismo tiempo que vislumbre los complejos y resistencias que ciegan su capacidad para centrarse en los asuntos de su paciente.

# **CAPITULO IV**

# **METODOLOGÍA**

#### **4.1 PROCEDIMIENTO.**

El modelo que se utilizó para plasmar los objetivos planteados al inicio del trabajo consistió en tres estudios de caso, analizados en terapia con enfoque psicoanalítico. Los tres casos fueron referidos por los profesores que les daban clase, cumpliendo los alumnos con las características que se buscaban en la población, las cuales consistían en que fueran agresivos y con dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad, que tuvieran familia y que pertenecieran a un internado. Dos de los tres casos se encontraban en la preadolescencia y uno de ellos en la etapa de latencia, por lo que las técnicas usadas fueron diferentes a causa de la diferencia de edades. El proceso terapéutico con los tres pacientes inicio en noviembre del 2010 teniendo una duración de entre 9 y 10 meses concluyendo en el 2011.

En conjunto con la terapia se aplicó una batería de pruebas consistente en Machover, persona bajo la lluvia, familia y prueba autodescriptiva de Barry Frost, aplicando un pre-test y un pos-test, estos se realizaron al inicio y al final del proceso terapéutico, lo anterior ayudo a confirmar los supuestos planteados, además de cotejar los avances y mejoría que se obtuvo en cada paciente a lo largo del proceso.

Los datos recabados en estas sesiones ayudaron a la realización de las historias clínicas y anotaciones de las sesiones tenidas, por lo que se llevó a cabo un análisis de ellas; a lo largo de la descripción de las mismas se notarán los objetivos y el problema planteado en la investigación, así mismo, observarán los avances y complicaciones de las sesiones; ambas ayudaron al análisis del trabajo que se estaba realizando con cada paciente.

La investigación se ha desglosado en interpretación de los test aplicados al inicio y al final de la terapia y la descripción de tres sesiones demostrativas del avance de cada paciente, éstas están separadas en tres momentos, la primera muestra la forma en cómo ingresan a terapia, en la fase intermedia se observa el avance más significativo del proceso y la última muestra el avance total que se tuvo en el análisis. Siendo lo anterior un recorrido del proceso terapéutico de cada uno de los pacientes y de los avances que se obtuvieron en ellos.

Así mismo, se realizó la discusión de resultados, en la cual, se observa la integración de las pruebas y de las sesiones describiendo a profundidad los avances, dificultades y mejorías que se obtuvieron en cada paciente, se incluye además algunas interpretaciones basadas en los instrumentos empleados tales como las sesiones, batería de pruebas y la historia clínica, esto con el fin de lograr un mejor entendimiento de los resultados obtenidos a lo largo de este proyecto de investigación. Lo anterior basado en los ejes temáticos y constructos propuestos desde el inicio de la investigación.

#### **4.2 FUENTES GENERADORAS Y ANTECEDENTES.**

Este proyecto surge del interés por ayudar a los niños pertenecientes al internado ESPAÑA-MÉXICO, dentro del cual existe variedad de deficiencias, tanto a nivel escolar, social y emocional. Dentro de este plantel ha existido la oportunidad de trabajar con anterioridad en otra investigación, por lo cual se tiene el antecedente de ciertas carencias, además que se ha observado la dificultad que tienen para el adecuado desarrollo en los niños, de las familias disfuncionales que presentan los mismos y como esto repercute en la conducta del niño manifestándose de manera agresiva.

Por otro lado, las investigaciones revisadas relacionadas con esta investigación son:

“RELACIÓN ENTRE EL DIVORCIO DE LOS PADRES Y LA CONDUCTA AGRESIVA DE LOS HIJOS”, realizada por alumnas de psicología de la Universidad Tecnológica de México. La cual tuvo como objetivo comprobar si existe relación en que los hijos de padres divorciados presenten una conducta agresiva tomando en cuenta la agresividad física y verbal, teniendo una muestra de 30 niños inscritos en un kínder. Esta investigación es de tipo no experimental ya que no se manipulo la variable independiente, usando un diseño ex post- facto ya que la variable independiente no se cambia. Así mismo trabajó con un grupo de treinta niños de los cuales quince son de familias divorciadas y quince de familias no divorciadas, aplicando entrevistas para ver los resultados y evaluar del puntaje más alto a uno menor, haciendo uso de la escala de Likert.

Otra de las tesis encontradas es "CREENCIAS DOCENTES SOBRE CONDUCTAS AGRESIVAS DE LOS NIÑOS EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE EDUCACIÓN INICIAL" realizada por Mercedes Julissa Loza de los Santos. Este estudio tiene como objetivo explorar las creencias de las participantes, docentes y auxiliares de educación acerca de las conductas agresivas que presentan los niños en la etapa infantil de tal manera que se pueda intervenir en la orientación a las docentes para el manejo de estas conductas en el aula.

La investigación se desarrolla dentro del marco de un estudio cualitativo. Para recoger los datos se elaboró una ficha de datos demográficos que permitió recabar la información general tales como la edad, grado de instrucción, años de estudio, cursos de actualización, centro de formación profesional, experiencia laboral y tiempo de servicio en el sector educativo.

Se realizó la guía de entrevista con preguntas para explorar las creencias en cuatro áreas: concepción de agresividad, causas de la agresividad, los efectos que tienen los comportamientos agresivos de los niños en el aula y sus creencias sobre el manejo de las mismas.

La entrevista fue aplicada a la población total de una institución educativa inicial de gestión pública, las participantes fueron 10 docentes y 8 auxiliares de educación inicial.

La investigación muestra que las participantes principalmente tienen dificultades para definir el concepto de agresividad y creen que estas conductas se originan en casa con el ambiente familiar y son los padres quienes deben buscar las soluciones acudiendo a un especialista que los oriente. El estudio concluye recomendando realizar un trabajo con los docentes creando espacios de reflexión para intercambiar ideas, experiencias, así como en lo referido al conocimiento de la agresividad y sensibilizar a los docentes sobre su responsabilidad en la formación de los niños en edad preescolar.

"AGRESIVIDAD INFANTIL PRODUCTO DEL APRENDIZAJE SOCIAL Y LAS EMOCIONES", realizada por De Luna Pérez Lesli América, en la Universidad Autónoma Metropolitana la cual consistió en poder modificar ciertas conductas agresivas que existen en los niños sustituyéndolas por conductas más deseables. Realizaron un plan de intervención grupal en 3 niveles: con los alumnos que participaron en dicho experimento, los padres de familia de los niños y por último con los maestros de los alumnos con el fin de proporcionarles algunas técnicas que ayuden a controlar la agresión.

Lo anterior realizado con un enfoque de la psicología social usando la teoría de “el paradigma de la atribución errónea”, la cual introduce un nexo causal entre los dos procesos postulados por dicho paradigma (la percepción de cambios viscerales y la percepción de la situación).

El supuesto básico de este modelo es que un estado emocional puede debilitarse (por ejemplo, miedo) si se le hace creer al sujeto que la activación que le produce una situación que percibe como emocional (por ejemplo, esperar en la consulta del dentista) es causada en realidad por otro estímulo que carece de significado emocional para el sujeto (por ejemplo, un fármaco que el sujeto se ha tomado antes de ir a la consulta).

En esta investigación el tratamiento fue experimental donde hizo uso de un experimento llamado “dos por dos con clase de agresión” donde hay atribuciones internas y externas (por medio de frases) y video (que contiene castigo y sin castigo), en cuatro situaciones experimentales.

#### **4.3 INNOVACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**

Esta investigación es innovadora en cuanto a los supuestos propuestos ya que se han encontrado temas relacionados, no obstante, estos se han enfocado en los padres, maestros y en su mayoría en niños de preescolar. De la misma manera en otros enfoques de la psicología se han explorado temas similares pero la manera de indagar en los mismos y los tratamientos usados son diferentes a las técnicas del psicoanálisis, las cuales, tienen diferentes fundamentos teóricos y herramientas en cuanto al abordaje de estos temas.

Existen varios factores que propician la agresión infantil pero no hay información sobre el manejo de la misma en los niños y adolescentes que cursan la primaria, ya que se han enfocado solo en las causas y en otros rangos de edad donde existe mayor información. Lo anterior basado en investigaciones previas con temas relacionados a lo que se investigó en este trabajo.

Así mismo este proyecto no solo ayudó a los pacientes que fueron parte de la población sino que benefició de manera indirecta a la institución donde se realizó la

investigación, dado que tampoco se encontró algún proyecto que a través de la concientización de los resultados generará un cambio colateral en la forma de trabajo del personal administrativo y docente, generando así un impacto a nivel educativo.

#### **4.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

##### **4.4.1 Pregunta de investigación.**

¿Cuál es la principal manifestación de abandono que presentan los niños de primaria del internado?

#### **4.5 OBJETIVOS.**

##### **4.5.1 Objetivo general.**

Detectar las principales causas por la que presentan agresión como manifestación del abandono los niños y adolescentes al ser internados en la primaria.

##### **4.5.2 Objetivos específicos.**

- Identificar las principales características de la agresión en los niños y adolescentes del internado.
- Identificar las principales características del abandono en los niños y adolescentes del internado.
- Identificar el tipo de agresión que se manifiesta al presentar sentimiento de abandono.
- Analizar la relación existente entre el abandono y el tipo de vínculo creado con los padres.
- Averiguar las características de un niño y adolescente de primaria dentro de un internado.

#### **4.6 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.**

Será un enfoque mixto Sampieri R. (2006) Ya que es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. Este enfoque hace uso de métodos cuantitativos

y cualitativos y a su vez puede involucrar la conversión de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa (p. 755).

En esta investigación de acuerdo al enfoque cualitativo se retomaron los fenómenos como materia de estudio ya que se trataron de una manera integral, además que el propósito de este enfoque es explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes, así mismo la investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan, situaciones que caracterizan este proyecto de investigación.

En cuanto al enfoque cuantitativo, se consideró en este trabajo debido a que en la selección de los instrumentos se hizo uso de la prueba "Cuestionario Autodescriptivo de Barry Frost" que contiene medidas numéricas por lo que al final del estudio se realizaron gráficas para esclarecer los resultados obtenidos y someterlos al análisis de los mismos.

#### **4.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

Esta investigación presenta un diseño no experimental que consiste en una investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables, así mismo cuenta con un tipo de diseño descriptivo y narrativo ya que estos fenómenos fueron sometidos a análisis.

"El experimentador reúne datos a través de una variedad de métodos, *pero no interviene* (observación, estudio correlativo, investigación ex post facto) con el fin de controlar una variable independiente. Otras formas de control pueden ocurrir con el propósito de aumentar la exactitud de la medición. Investigan variables que existen entre las personas, de manera independiente a la intervención del investigador" (Coolican H. 1997, pp. 77-78).

#### **4.8 UNIVERSO.**

Niños y adolescentes estudiantes de primaria.

#### **4.9 POBLACIÓN.**

La investigación va dirigida a niños y adolescentes que presentan agresividad y que cursan la primaria en un internado de la ciudad de Morelia.

#### **4.10 MUESTRA.**

No Probabilística: Porque la selección de las unidades de análisis dependerá de las características, criterios personales, etcétera, que se utilizó en la investigación, es decir, solo se eligieron los casos de interés que cubrieran las particularidades propias del planteamiento.

#### **4.11 MUESTREO.**

Intencional: Constituye una estrategia no probabilística válida para la recolección de datos, en especial para muestras pequeñas y muy específicas.

Estudio de caso: Sampieri R. (2006) "ya que es por individuo, sistema u organización con los criterios establecidos por el estudio" (p. 571)

#### **4.12 INSTRUMENTOS.**

- Test del dibujo de la familia.

Es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño con respecto a su adaptación al medio familiar, permite además la expresión de tendencias inconscientes de los niños y adolescentes, en cuanto a los sentimientos hacia los suyos y la situación en que se coloca a sí mismo en la familia.

Es una herramienta complementaria a las evaluaciones familiares de los pacientes, que permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y entorno.

- Test de la figura humana (MACHOVER).

Arroja información sobre los rasgos inconscientes de la personalidad, incluye aspectos de la personalidad ligados al autoconcepto, a la imagen corporal que es la idea y el

sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo, así como también, la persona expresa sus conflictos y necesidades a través de sus actividades artísticas, entre ellas el dibujo.

- Test de la persona bajo la lluvia. Silvia M. Querol, María I. Chaves Paz.

Permite obtener una semblanza de las condiciones ambientales poco agradables en las que se encuentra el sujeto, en las que la lluvia es un componente alterador; frente al agregado de la situación desagradable, lo cual, permite ver las defensas que normalmente se mantienen ocultas y que el sujeto utiliza para enfrentar estas situaciones amenazantes.

Esta prueba agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes, es decir, el dibujo de la persona es una situación no estresante, pero sí lo es la persona bajo la lluvia.

- Inventario de autodescripción de Barry P. Frost de la Universidad de Calgary.

Es un cuestionario para niños y adolescentes que mide la ansiedad, ansiedad social, preocupación, tensión, ansiedad de concentración, ansiedad de separación de la familia, ansiedad de separación espacial, ansiedad por daño corporal, ansiedad de libertad, agresión externa, agresión interna, proyección, negación, apego y sumisión, lo cual arroja datos sobre cómo se encuentra la persona en cuanto a los rasgos antes mencionados.

#### **4.13 SUPUESTOS.**

S1. La agresión es la principal manifestación de abandono de los niños y adolescentes de primaria del internado.

S2. Al ser internados los niños y adolescentes en la primaria se detona el sentimiento de abandono.

S3. Los niños y adolescentes son internados en la primaria a causa de la disfunción familiar existente en su hogar.

S4. Los niños y adolescentes están faltos de atención, afecto y autoestima.

S5. La falta de un vínculo consolidado con los padres crea sentimiento de abandono en los niños y adolescentes del internado.

S6. Los padres de los niños y adolescentes han renunciado a ellos desde edades tempranas, creando una condición de abandono en el niño.

S7. La psicoterapia con enfoque psicoanalítico es capaz de ayudar al manejo de la agresión y fortalecimiento de vínculos con figuras significativas, aminorando el sentimiento de abandono y convirtiendo la agresión a algo adaptativo en pro del paciente.

#### **4.14 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.**

##### **4.14.1 Historia.**

La institución se inició en la época en la guerra civil española, con el fin de dar refugio a niños perjudicados por dicho acontecimiento. Se creó en el actual colegio salesiano donde duro 27 años, hasta cambiarse al actual domicilio, por lo tanto tiene 73 años de antigüedad. Cuenta con 6 años escolares: desde primero a sexto de primaria, los grupos están constituidos de 25 a 30 niños por cada grupo, cada año cuenta con dos grupos en total doce salones, estos son mixtos en todos los años, actualmente cuenta con 330 alumnos.

##### **4.14.2 Dormitorios.**

Hay dos dormitorios uno de niñas y otro de niños, cada dormitorio es de dos pisos y están por separado, cuentan con 30 literas cada piso y duerme un niño por cama, ellos tienden sus camas y otra persona es encargada de lavar las cobijas, estos dormitorios cuentan con baños y regaderas, estas últimas, son individuales con paredes pero ninguna tiene puerta.

##### **4.14.3 Horarios.**

Se levantan a las 6:00 am para tender la cama (se bañan cada tercer día por la noche), a las 6:30 am tienen que estar afuera formados para ir al comedor, se forman con ayuda de los alumnos más grandes; deben de estar desayunando a las 7:00 am, a las 8:30 entran a clase y de 11:00 am a 11:30 am tienen un receso, posteriormente a la 1:00 pm salen de clase

tienen otro tiempo libre hasta entrar a las 1:30 pm a comer y salen entre 2:00 pm y 2:15 pm. Subsiguientemente tienen otro espacio libre hasta las 3:00 pm que entran a talleres (los cuales son: computación, banda de música, bordado a mano, bordado a máquina, corte y confección, peluquería, herrería, mantenimiento de computadoras, belleza, danza y matemáticas) salen a las 5:00 pm, después tienen dos horas libres, ya que entran a las 7:00 pm a cenar, salen de ahí y entran a dormitorios.

#### **4.14.4 Áreas.**

Esta institución cuenta con áreas de ludoteca (la cual está cerrada y no la usan), 7 jardines, panadería, lavandería, cocina (el comedor cuenta con 12 sillas por mesa, tienen 25 mesas), espacio para maestras de educación especial y un psicólogo, también está la casa de director ya que vive dentro de la institución, hay un área para guardar cosas de educación física, departamento médico y dental (los cuales cuentan con dos dormitorios para reposo uno de niñas y uno de niños, además de un comedor pequeño), trabajo social, subdirección, prefectura, dirección, biblioteca, administración, área de medios (hay acceso a computadoras y cuenta con internet), auditorio donde realizan todo tipo de eventos, este auditorio también lo prestan eventos externos. Tienen una pista para correr alrededor de la cancha de fútbol de 400 metros, esta cuenta con baños y vestidores, al igual que unas gradas; existe un área de mantenimiento, una cancha de básquet de 28 por 14 metros.

#### **4.14.5 Tipo de población**

El internado España-México está constituido por niños con un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, con padres trabajadores de tiempo completo o con trabajos fuera de la ciudad, estos varían desde ser albañiles, venta de drogas o consumo de las mismas hasta la prostitución, entre otros, en varios casos los padres son irresponsables ya que prefieren tener a sus hijos en estas instituciones donde tienen mejores cuidados. Por lo anterior se puede concluir que son familias disfuncionales, con pocas bases psicoafectivas, por lo tanto el internado muchas veces tiene de trasfondo el abandono de los niños y adolescentes, delegando las responsabilidades para el cuidado de ellos a los trabajadores de dicha institución.

# **CAPITULO V**

# **ANÁLISIS DE**

# **RESULTADOS**

## **5.1 PABLO.**

### **5.1.1 Familiograma.**

### **5.1.2 Historias clínicas.**

#### **1. Motivo de consulta.**

Es referido por su maestra y da el motivo de consulta siguiente: *"Vive en la localidad "la Aldea" donde el medio es muy agresivo. Tiende a forzar a niñas a besarse entre ellas, toca mucho a la fuerza a las niñas en sus partes, les dice groserías obscenas, golpea, maltrata, discrimina y molesta a todo los demás niños"*.

#### **2. Descripción del niño.**

Suele a acudir a sesión con el uniforme desalineado, su higiene es buena, por lo regular sus zapatos están sucios, tiene el cabello lacio e intenta siempre mantenerlo peinado, es delgado de tez moreno claro, con facciones gruesas y ojos pequeños. Al hablar su lengua se arrastra, el ritmo de su lenguaje es un poco lento regularmente pausado, el tono de voz medio alto, tiene muletillas en específico la palabra "este".

Al estar en sesión siempre habla mucho, llega con ganas de hablar pareciera que tuviera la necesidad de expresarse, tiene disposición al trabajo, se muestra flexible y entusiasmado incluso puede definirse como emotivo al momento de hablar. Es extrovertido, sensible a la opinión de los demás, con alto grado de raciocinio, sin embargo, actúa de forma insegura siendo agresivo para defender de alguna agresión del exterior.

#### **3. Antecedentes familiares e historia familiar.**

Es el treceavo hijo de 15 hermanos de los cuales 6 son mujeres y 9 hombres incluyendo al paciente, hubo un aborto que apenas contaba dos meses de gestación, la madre no refiere alguna causa específica que haya generado el aborto, sólo expresa la siguiente frase *"se me vino no supe por qué"*. Entre cada hijo existe una diferencia de 1 o 2 años aproximadamente, por lo que al momento de cuestionar a la madre (ya que es quien asistió a las sesiones argumentando que su esposo trabajaba y por tal motivo no podía presentarse a las citas programadas) sobre las habitaciones para todos sus hijos, refiere que tiene una habitación para hombres, otra para mujeres y cuando había un bebé éste dormía con ellos hasta que naciera el nuevo hermano.

Cuando se realizaba el familiograma olvidó a una de sus hijas, decía que sentía que se le olvidaba alguien de sus hijos pero que no estaba segura, esta sensación le duro como 20 minutos y después de este tiempo se acordó del nombre de su octava hija, cuando se acordó le dio una risa como nerviosa; también olvidó las edades de sus hijos, solamente dio aproximaciones de ellas, cabe destacar que ninguno de sus hijos fue planeado.

Al explorar sobre los abuelos, la madre explica que el paciente no tiene contacto con ellos, que viven en un pueblo y por tal motivo dice: *"ni ha de saber quiénes son"*. En la actualidad él asiste a las fiestas con sus tíos o primos ya que sus papás no salen con él dado que no les gustan esos eventos.

El estado socioeconómico de la familia es bajo, lo cual fue una de las principales razones por las que deciden internar a sus tres últimos hijos en esta Institución (incluido el paciente), puesto que sólo aportan una cooperación de diez pesos a la semana que incluye el dormitorio, la comida, los libros y la educación del niño.

Los padres del paciente tienen 33 años de casados, la señora tiene 49 años y el señor 51; su relación se define como distante y también del padre con sus hijos, no demuestra sentimientos a nadie, si ve que algo está mal en la casa o alguna situación complicada lo comenta con la señora para que ella lo arregle. El padre trabaja como repartidor de agua y la señora trabaja de cocinera en un restaurante de comida rápida. El padre es alcohólico, actualmente, en palabras de la madre, *"no toma como antes pero en ocasiones sí lo hace"*, hubo violencia verbal y emocional de forma importante.

Pablo tiene una relación afectiva y cercana con su madre. Por el contrario, con su padre es una relación lejana. En un primer momento, su segundo hermano varón, quien es casado y tiene un hijo actualmente, fungió como figura paterna dado que éste lo apoyaba en la escuela, en situaciones conflictivas y lo proveía de apoyo económico, incluso llegó a comentarle que cuando tuviera estabilidad económica lo llevaría a vivir con él; pero su esposa murió a causa de una embolia y eso afectó de manera significativa la estabilidad emocional de su hermano, a tal grado que en la actualidad se distanció de su propio hijo, también consume alcohol con mucha frecuencia y parece que las cosas que hace no le dan un sentido a su vida, presenta pensamientos suicidas.

Ante esta situación Pablo se siente sin protección, sin apoyo, al ver que su hermano se separó de él, el paciente refiere que no tiene a quien acudir cuando necesita algo en específico, por ejemplo algún consejo, apoyo económico o simplemente compañía. Lo anterior es confirmado por la madre en la entrevista inicial. El paciente tiene una relación conflictiva con dos de sus hermanos, con el onceavo que es varón y la última que es mujer.

Con su onceavo hermano, la causa del conflicto, de acuerdo a los comentarios de la madre, es porque éste suele ser muy "mandón" y siempre quiere dar órdenes. La madre ante esta situación no marca límites, actúa de forma pasiva lo que genera en el paciente una sensación de impotencia, enojo y desesperación de lo que resulta la relación conflictiva.

En el caso de la hermana menor, Pablo la hace llorar por situaciones insignificantes, comenta la madre. Esta niña en un principio también fue internada, sin embargo, la sacaron porque lloraba mucho y le llamaban mucho a la señora de la Institución para regresarla a casa.

Nueve de sus hermanos son casados y cinco de ellos viven en unión libre, sólo tres suelen ser apegados, hacen que la familia se reúna y tienen mejor comunicación, estos son el segundo, que es varón de 29 años, el cuarto, que es mujer de 25 años, el quinto, que es mujer de 23 años y el noveno, un varón de 19 años. El más distante de todos es el tercer hijo, que es un varón de 27 años, el cual, comenta la madre, es distante debido a que nunca le gusta visitar a la familia, que desde que era chico él era muy aislado.

Pablo no fue un hijo planeado pero que al momento de saberse embarazados fue deseado, la situación familiar en ese momento es definida por la madre como estable, ya que tiempo atrás su esposo tomaba alcohol con mucha frecuencia y discutían muy seguido, pero en ese momento no era una relación muy agradable, sin embargo, era cordial simplemente. No tenían ninguna preferencia por el sexo del niño dado que ya tenían varones y mujeres, entonces cualquier sexo estaba bien para ellos.

La salud de la madre durante el embarazo fue buena, no presentó vómito, mareos ni sangrados, pero bajaba mucho de peso. El nacimiento del paciente fue espontáneo, se utilizó la raquea para anestesiarse; de los recuerdos que tiene la madre del momento del parto es que estaba angustiada porque salió la cabeza del niño pero no salía el cuerpo, sin embargo, no

hubo necesidad de utilizar fórceps. El parto duró treinta minutos, comentando que todos sus partos siempre fueron rápidos.

Se alimentó de pecho a Pablo hasta los dos años de edad, nunca se le dio biberón porque, comenta la madre, tenía mucha leche materna y que no tenía necesidad del biberón; para quitarle el pecho explica que el paciente se fue alejando solo porque para ese tiempo ya estaba otra vez embarazada y a Pablo ya no le gustaba el sabor de la leche. Alimento sólido se le administró hasta al año de edad aproximadamente (no recuerda mucho las fechas), describe el apetito del niño como bueno ya que come de todo puesto que nunca ha sido necesario forzar su alimentación.

En cuanto al sueño, dormía tan profundamente que incluso la madre tenía que despertarlo para darle de comer en la noche. Dice que regularmente hablaba al momento de dormir, pero que no recuerda si sufría pesadillas y que más grande no le contaba si las tenía o no. Hasta los dos años de edad durmió con sus padres y después fue cambiado de habitación, tampoco manifestó miedo para dormir solo.

El entrenamiento de esfínteres fue iniciado a la edad de dos años tanto para obrar como para orinar, a los dos años y medio estuvo educado para ambas cosas. No uso algún método en específico para lo anterior, la madre comenta que el niño veía a su papá ir al baño y solo aprendió, reaccionando el paciente a esta situación de manera emotiva, refiriendo que no le costó trabajo y si tenía algún accidente en este entrenamiento la mamá reaccionaba de forma tranquila no le decía nada al niño. Después de haber controlado los esfínteres nunca más se volvió a orinar en la cama.

Trató de darse a entender con palabras aproximadamente a los tres años, diciendo sus primeras palabras a los dos, tartamudeando a los dos años y medio. La madre de Pablo define su lenguaje en la actualidad como lento. En cuanto a su desarrollo motor, sostuvo la cabeza a los 4 meses, gateó a los 8, poniéndose de pie y dar sus primeros pasos a los 10 meses con ayuda, sin ayuda caminó al año de edad, sus movimientos eran un poco lentos. Su actividad favorita es jugar fútbol, logró andar en triciclo a los 4 y en bicicleta a los 5 años.

Comenzó a darse cuenta de las diferencias entre niños y niñas a la edad de 5 años aproximadamente, lo expresaba diciendo que él estaba bonito que tenía novias y que las niñas estaban bonitas, sin embargo, los padres nunca hablaron con él acerca de estas diferencias. La madre refiere que tendía a copiar la forma de ser de su padre, en este caso lo imitaba cuando iba al baño; a pesar de lo anterior ni el padre ni la madre lo prepararon para los cambios sexuales que habría, por ejemplo las eyaculaciones precoces o los cambios físicos que tendría, sin embargo, ante estos cambios veían que Pablo se mostraba pensativo y más reservado.

A la edad de 5 años entró al preescolar y ante este cambio, comenta su madre, tuvo una actitud positiva dado que le gustaba ir a la escuela, aunque sus promedios y desempeño escolar siempre se han mantenido bajos. Desde pequeño ha tenido reportes por indisciplina y en la actualidad dentro del internado los reportes han sido por faltar al respeto a sus compañeros y profesores, porque sus amigos han traído pearcing y a él también lo inmiscuyen en actividades de ese tipo (aunque él no tiene ninguna perforación). Pablo suele defender a sus amigos, refiere su madre, puesto que suele relacionarse de forma muy estrecha con ellos; pero cuando se indaga sobre cómo es la relación con los profesores la señora ignora la información y dice *"no sé porque les han cambiado muy seguido de profesores y él suele mantenerse distante de ellos"*.

En cuanto a los logros y fracasos del paciente los padres no suelen reforzar los logros, refiere la señora que su esposo ignora cualquier cosa que pase con ellos, ya que es distante, tampoco hay algún otro familiar que los reconozca. Con respecto a la madre cuando Pablo hace "algo malo" lo amenaza con castigarlo, pero nunca cumple sus amenazas. El padre siempre suele actuar con regaños y la señora comenta que ella es más comprensiva, flexible o deja pasar de lado las situaciones conflictivas, tiende a hablar con el paciente después de un tiempo de haber sucedido los conflictos.

Por lo anterior la madre es quien se hace responsable de la conducta del paciente, al igual que ella es quien impone las órdenes en el hogar, no suele gritar a sus hijos. Cuando la señora amenaza a Pablo porque hizo "algo malo", le dice que no le dará permisos o que no le dará dinero, etc. a lo que el paciente responde poniéndose nervioso, entra y sale del lugar donde está y modula su forma de hablarle a su madre pidiendo las cosas con *"modales"*,

diciendo frases como "*por favor mami déjame ir*"; la señora al final accede porque no suele cumplir sus propias reglas.

La muerte de la esposa de su segundo hermano varón, a causa de una embolia afectó la relación afectiva de Pablo con éste, ella era una persona importante en la vida de Pablo.

Pablo nunca ha tenido un lugar destinado para jugar o que indique un espacio exclusivo para él, cuando el paciente quería jugar a edades más tempranas se salía al campo cerca de su casa, por lo que sus juguetes los solía guardar en un espacio del ropero, además que no tenía cuidado con los juguetes dado que siempre los destruía; a pesar de lo anterior tuvo juguetes significativos tales como un avión en el preescolar y parte de la primaria. Actualmente tiene un elefante que le fue obsequiado, su madre sospecha que fue un regalo de una niña puesto que cuida mucho al peluche. En este momento al paciente le interesan los videojuegos y la bicicleta. Sus animales favoritos son los caballos y los toros, refiere la madre que puede ser que le gusten por el lugar donde viven ya que abundan este tipo de animales; el trato que tiene hacia los animales es correcto ya que procura siempre tratarlos bien, a excepción de cuando era más pequeño, aproximadamente en edad preescolar e inicio de primaria, ya que solía capturar saltamontes y meternos dentro de una bolsa y en otra metía ranas, sin embargo, desconoce lo que hacía con ellas.

A la edad de 4 años Pablo tuvo un amigo imaginario, explicaba que era un niño que llegaba con una cobijita; los hermanos ante esta situación se reían, posterior a eso el paciente dejó de platicarlo.

#### **4. Posibles influencias ambientales significativas.**

Nunca ha padecido alguna enfermedad grave, sin embargo, existe un acontecimiento importante que marco la infancia del paciente, refiere la madre que viven en una zona de la ciudad donde hay vandalismo y que Pablo estaba en una escuela pública, que incluso para llegar ahí tenía que caminar un largo camino, de regreso era igual, el paciente se iba solo y regresaba de la misma manera; explica la madre que a los 9 años al paciente un conductor de un camión lo vio colgado del cuello con un soga atada a un árbol que estaba a la vista de la carretera en medio de un terreno, mismo que el paciente atravesaba todos los días para poder llegar a la escuela. Por lo que el conductor al ver a Pablo colgado se estacionó para ir a

desatarlo. Cuando este señor llega al árbol lo encontró morado pero con vida, Pablo estaba inconsciente, lo hizo reaccionar y lo llevó a su casa, le preguntó lo que había pasado y el paciente dijo no recordar nada, que sólo recordaba unas manos frente a su rostro. La familia hizo averiguaciones pero no encontraron culpable alguno; la madre dice que sospechaban de un "marihuano" que vivía cerca de la colonia y que la gente decía que ahorcaba a los perros. Los vecinos al darse cuenta de lo sucedido corrieron del lugar a este sujeto, sin embargo, la familia no hizo más averiguaciones. La reacción de la familia ante esta situación fue de mucho enojo y desesperación por no lograr saber quién fue el responsable de esta agresión, refiere la madre.

## **5. Evaluación del desarrollo.**

### A) Desarrollo de los impulsos.

#### 1. Libido.

##### a) *Fase del desarrollo.*

Fase oral, el paciente tuvo mucha estimulación debido a que su madre sobre cargó esta zona de placer, dado que ella no produjo un destete adecuado sino que el Pablo se alejó a partir de que la leche ya no tenía un sabor agradable, durando este periodo un año y medio, más que lo recomendable para separar al niño del pecho materno, además que el contacto materno fue superficial partiendo de que la madre siempre tuvo hijos sin planear y antes de que el hijo menor pasara esta fase del desarrollo. Por lo que se alude que la señora no dio el placer suficiente al niño sino que excedió del mismo creando ciertas fijaciones como el lenguaje lento del paciente y con rasgos agresivos al momento de comunicarse, haciendo uso de palabras groseras.

En la fase anal, no se utilizó ningún método para el control de esfínteres dado que la madre dejó que el paciente fuera aprendiendo solo a partir de la imitación en especial del padre, tomando en cuenta lo anterior actualmente se observa en Pablo que esta falta de control y retención le ha generado problemas manifestándose en su conducta caracterizada por la terquedad, el desorden y la desconfianza hacia los demás, creando así un carácter destructivo a nivel interno y externo.

En la fase fálica, el Paciente tuvo poco contacto con su padre puesto que el señor no tuvo contacto emocional con él, por tal motivo no se instauró el “no” de forma clara, sino que a partir de las experiencias el Paciente pudo deducir el significado de esa palabra con ayuda de su hermano mayor que en ocasiones fungía como figura paterna. Siempre se mantuvo al lado de su madre por lo que su desarrollo de la moralidad se vio afectado de cierto modo. Así mismo los padres no se dieron cuenta en qué momento el niño identificó las diferencias sexuales entre hombre y mujer, puesto que ninguno de los progenitores se acercó para atender sus necesidades o resolver dudas.

Fase de latencia, logró sublimar su energía sexual edípica dado que en la escuela manifestaba conductas de voyerismo con las niñas, es decir, ya no había tanto apego con su madre sino que buscaba la relación en el exterior. Estas conductas las realizaba con tintes agresivos ya que llegaba a forzar a las niñas para levantarles la falda. En dicha fase presentó mejor adaptación, al final de ésta comenzó el proceso terapéutico mostrando disposición al trabajo, rasgo característico de dicha etapa.

Fase genital, se observó el despertar sexual normal del paciente, en este tiempo logró tener algunas parejas, se hizo partícipe de las actividades que realizaba la escuela iniciando así el comienzo de su adolescencia.

*b) Distribución de la libido.*

Durante la etapa de narcisismo primario la madre satisfizo todas las necesidades del paciente de forma excesiva proporcionándole lo que solicitaba, con el fin de que no hubiera quejas por parte del niño y ella poder realizar sus actividades. Proceso en el que el paciente se vivió como una figura omnipotente dado que los cuidados excesivos se proporcionaban de manera inmediata al momento de expresar necesidad. Esos excesivos cuidados resultaron agresivos para el paciente al momento de recibirlos.

Posteriormente en la etapa de narcisismo secundario, introyectó el objeto de manera parcial puesto que la madre no siempre estuvo para satisfacer las necesidades del menor, partiendo de que él es quien hace al objeto a partir de sus necesidades. El objeto estuvo poco, sus padres dejaron que el paciente satisficiera sus propias necesidades y ellos estando sólo como acompañantes en las actividades que realizaba.

Su autoestima al inicio de este proceso se veía severamente afectada ya que se percibía a sí mismo como un chico con problemas y sin capacidad para solucionarlos, lo que le generaba una sensación de incomodidad con su persona, sin ninguna dependencia objetal, por esta razón sus acciones negativas eran fáciles de llevar a cabo puesto que no tenía alguna figura que representará un vínculo o relación objetal significativa. Le costaba trabajo relacionarse con personas que implicaran tenerle un respeto de por medio, es decir, con sus iguales había menos conflictos, sin embargo, ellos no le proporcionaban la seguridad que necesitaba para actuar de forma acertada. A Pablo le es difícil tolerar la ambivalencia e identificar la diferencia entre odio y amor.

*c) Libido objetal.*

El Paciente no ha tenido una constancia objetal dado que sus objetos primarios estuvieron presentes físicamente pero sin hacer conexiones emocionales con él, porque siempre había alguien más que necesitara cuidados, es decir, los padres no se daban el espacio para atender al niño más pequeño puesto que siempre hubo más de un niño pequeño en casa al mismo tiempo, esto por la frecuencia con que procrearon a sus hijos. Por lo anterior la etapa de narcisismo secundario no se consumió en su totalidad con los padres puesto que el Paciente no introyectó actitudes que le pudieran ayudar a integrar su yo con actitudes adecuadas, sino con la indiferencia y poco cuidado que mostraron hacia él. Situación que se refleja en la poca capacidad de relacionarse y el desarrollo deficiente de algunas de sus funciones de los procesos mentales.

Para las etapas preedípica y edípica, el Paciente se vio retrasado dado que no hubo un trabajo adecuado por parte de los padres durante este proceso de identificación, dado que el padre es una figura ausente en cuanto a lo emocional, lo que generó una pobre identificación provocando que el paciente no se separara de la madre, sino hasta que entró al internado sin haber terminado su proceso de identificación; creando ahora no sólo una separación emocional sino también física.

Cuando se canaliza al paciente para el proceso terapéutico, éste se encuentra estancado en la etapa edípica principalmente y a lo largo del proceso fue reviviendo la misma, la cual, no había sido resuelta de forma satisfactoria. Cabe destacar que al momento en que el

paciente vivía la etapa edípica, por la corta diferencia de edades que existe entre sus hermanos, uno de ellos también estaba viviéndola al mismo tiempo.

## 2. Agresión.

### a) *Cantidad.*

Pablo presenta un alto grado de agresividad en su conducta, es importante destacar que al menos una vez a la semana lo castigaban por sus acciones dentro del internado. Al momento de relacionarse con sus compañeros suele ser grosero, con mucha facilidad se irrita, pelea con frecuencia y discute con los profesores o directivos a diario. Su actitud es la misma con mujeres y hombres sin importar edad.

### b) *Calidad.*

El Paciente ha tenido comportamiento agresivo desde hace aproximadamente 4 años atrás. Aunque el paciente al momento de iniciar el proceso terapéutico se encontraba en el declive de etapa de latencia y entrando a la adolescencia temprana, se espera que la libido vaya en aumento pero no a un grado donde ponga en riesgo su persona, a otras personas o incluso afecte la tranquilidad de los que están a su alrededor; por lo que su agresión se observa desfasada de la etapa en la que se encuentra. Además que en la latencia no mostró disminución de la libido sino que se mantuvo hasta este momento.

### c) *Dirección.*

La agresión la expresa hacia el mundo objetal, el tipo de agresión que predomina en el Paciente es la externalizada. La manifiesta al dirigirse a otros, al relacionarse y al momento de mostrar alguna inconformidad. Suele demostrar sus sentimientos por medio de la hostilidad. La agresión internalizada, es decir, dirigida hacia su propio yo, aunque no es tan alta como la externalizada, es elevada de manera significativa ejemplificada en conductas con las que pone en riesgo su yo, tales como restando mérito a sus habilidades escolares, incapacidad de concentración en las actividades que realiza, además de incapacidad del control de los impulsos agresivos.

B) El desarrollo del yo y del superyó.

a) *Normalidad y deficiencias del yo.*

El Paciente muestra una adecuada capacidad de memoria a corto, mediano y largo plazo, con facilidad comprende lo que se le dice. El curso de su habla es lento, tiene pensamiento concreto lo que le genera dificultad para la resolución de conflictos. Las emociones al inicio del tratamiento no solían ser congruentes ya que en gran medida sus demostraciones estaban manifestadas por medio del enojo, incluso muchas de esas veces la emoción predominante era la tristeza. Cuando Pablo actuaba siempre encontraba una motivación para realizar las cosas, encontraba una razón para no estudiar, para agredir a las personas e incluso a él mismo.

b) *Normalidad o anormalidad de las funciones del yo.*

Sus relaciones suelen basarse en el control, la gran mayoría son superficiales aunque él puede ser sensible al rechazo, le es difícil mantener relaciones significativas, pero sí tiene algunas. Sus respuestas en algunos momentos reflejaron construcción rígida de la realidad debido a que tiene percepciones selectivas de lo que sucede caracterizadas por respuestas como "*simplemente me doy cuenta*", tiene dificultad para identificar cuando él es el causante de alguna situación.

En cuanto al juicio el Paciente tiene dificultades, suele tener malentendidos con las personas, dificultades en el área social incluyendo fracasos escolares por lo que con frecuencia es castigado por la Institución, además comete los mismos errores frecuentemente. A Pablo le resulta difícil integrar los roles sociales que desempeña, se siente como falso consigo mismo, por lo que su sentido de realidad depende del apoyo externo de como se lo hacen sentir las personas que están a su alrededor, luego entonces su imagen es indeterminada, como si se viera igual a los demás.

Tiene dificultad para el control y regulación de los impulsos, es inquieto en la escuela y busca satisfacer sus necesidades de cualquier manera. En cuanto al proceso de pensamiento se comunica de manera clara y flexible, su pensamiento tiende a ser coherente, responde con detalles apropiados y sin ayuda especial.

En la regresión adaptativa al servicio del yo, el humor del paciente puede llegar a ser forzado o torpe cuando va dirigido hacia él mismo, puede reírse pero regresar a la seriedad muy pronto, su control de las regresiones no es bueno dado que no las puede canalizar a actividad productiva. En la función sintético-integrativa Pablo tiene sentimientos mezclados, la ambigüedad le provoca indecisión, por lo que puede llegar a ser inconsciente de la ambivalencia que presenta, necesita de un mayor esfuerzo para la integración de sus pensamientos, sentimientos o actitudes.

*c) Estado de la organización de las defensas.*

Los mecanismos defensivos que suele utilizar Pablo en su mayoría van dirigidos al exterior, como lo es la proyección que tiene lugar al momento en que el paciente pone en los demás el enojo que presenta, en especial hacia sus hermanos ya que se queja de las actitudes que tienen y que son cosas que él en un principio no podía reconocer como propias. Situación similar sucede con el uso del desplazamiento dado que la incomodidad, angustia y enojo que siente hacia su familia nuclear la deposita en figuras con las que se relaciona en la escuela, ejemplo de ello son las frecuentes discusiones que tiene con su profesor y que representan conflictos con su figura paterna. Desplaza sus inconformidades en el lugar donde pasa más tiempo para que su estancia en casa sea más llevadera y disfrutar el poco tiempo que pasa con su familia, además el enojo que siente hacia las personas lo deposita en los objetos que tiene alrededor.

Los mecanismos anteriores en muchos casos le han ayudado a sobrellevar su ansiedad, puesto que no está frecuentemente con su familia, lo cual le ayuda a generar una representación de sí mismo y a la vez relajarse puesto que no hay otra persona que puede generar contención.

La represión entra en función para almacenar las situaciones que le generan tensión, en especial de la infancia, por ejemplo el momento en que se encontraba atado del cuello en un árbol, del cual no tiene muchos recuerdos, por tal motivo la represión ha funcionado ayudando a cuidar su yo de amenazas internas.

## **6. Evaluaciones genéticas.**

### *a) Formas de conducta.*

Es un chico que suele relacionarse de forma hostil con las personas, trata siempre de controlar a los demás, insulta a sus iguales además reta a las figuras de autoridad, se mete en problemas con facilidad y aunque lo castiguen puede volver a cometer las mismas acciones, siente temor a quedarse solo y no tener apoyo, quiere relacionarse con su padre pero le resulta difícil hacerlo dado que se siente rechazado; agrade a algunos animales como a las ratas, suele extrañar su hogar ya lo manifiesta con sus maestros y su propia familia, le preocupa la seguridad económica y salud de su madre, muestra ambivalencia en sus relaciones, también llega a ser desordenado además que se siente frustrado porque siente que no lo entienden.

### *b) Actividad de las fantasías.*

Pablo desea tener una figura paterna presente, tener bases psicoafectivas y vínculos seguros con los integrantes de su familia. Le gustaría dejar de ser agresivo para relacionarse de forma positiva y así sentirse mejor emocionalmente reflejándolo en su conducta. Las dificultades familiares por las que está pasando, la carencia de redes de amor y apoyo lo llevan al uso de la fantasía convirtiéndolas en situaciones menos amenazantes; de esta manera ha logrado sobrellevar las situaciones difíciles por las que pasa en este momento, además de la disfunción familiar que es evidente.

Él siente que su familia le da todo el amor que necesita e idealiza a las figuras que han representado un rol importante dentro del núcleo familiar y por lo tanto suele justificar las acciones negativas de los mismos, de esta manera se siente con posibilidades de desenvolverse adecuadamente en el ambiente en el que se encuentra.

### *c) Ítems de la sintomatología.*

El paciente muestra actitudes autoagresivas como meterse en problemas y de esa manera obtener la atención de figuras significativas; suele mentir, es caprichoso y destructivo tanto en su mundo interno como en el externo. Nunca tuvo un espacio propio, sus padres no le prestaron suficiente atención a lo largo de su desarrollo. Pelea frecuentemente con algunos

de sus hermanos y los padres no demuestran autoridad para controlar la situación, lo que genera en el paciente una sensación de inseguridad y frustración. Le gusta dominar a los demás y tener el control, puede llegar a sentirse desvalorizado y eso crearle una sensación de tristeza importante. Se irrita con facilidad y en ocasiones llega a sentirse culpable de sus acciones.

## **7. Evaluaciones dinámicas y estructurales (conflictos).**

### *a) Conflictos externos.*

No controla impulsos, no razona sobre sus acciones, simplemente reacciona, su energía destructiva se manifiesta con facilidad. Pero en algunas ocasiones muestra capacidad para mediar sus impulsos y postergarlos, esto sucede en pocas ocasiones; después de cometer algunos actos impulsivos llega a sentir culpa, estas respuestas le ayudan a mantener una función conservadora aunque el paciente pocas veces usa los medios adecuados para cumplir sus objetivos.

### *b) Conflictos internalizados.*

El paciente no tiene un superyó bien instaurado y sólo en ocasiones se hace presente. Pablo no se identificó adecuadamente con las figuras objetales en especial con la figura de autoridad (paterna) por lo que no interiorizó la parte prohibitiva, creando así conductas voluntariosas y explosivas, generando un conflicto importante en la dinámica de las instancias.

### *c) Conflictos internos.*

Pablo muestra una ambivalencia no resuelta con las figuras significativas, además que presenta una actitud caracterizada por una constante actividad y falta de atención, no hay un correcto equilibrio entre las instancias lo que genera inestabilidad psíquica. Tiene dificultad en las satisfacciones de las pulsiones del ello y en la seguridad del yo marcada por las exigencias del superyó dado que la dinámica de las estructuras no se rige por la instancia adecuada. Busca reafirmar su masculinidad como compensación a la falta de identificación con su padre, tratando de controlar todo, manipular y obtener lo que desea.

## **8. Evaluación de algunas características generales.**

### *a) Tolerancia a las frustraciones*

El Paciente presenta poca tolerancia a la frustración, desea que las cosas que necesita se le otorguen de inmediato y si no lo consigue busca obtenerlas sin importar que las acciones que realice le puedan provocar problemas con la autoridad, por esta razón presenta un alto nivel de ansiedad creando así síntomas importantes de angustia y enojo. Se queja constantemente de las injusticias que los demás realizan hacia él y se hace evidente la incongruencia en situaciones donde él considera tener la razón.

### *b) El potencial de sublimación*

Presenta poca capacidad para sublimar, en cuanto a la agresión la actúa con facilidad. Las gratificaciones no las desplaza ni neutraliza el impulso, por lo que suele satisfacer su instinto de forma inmediata y en la mayoría de los casos las soluciones a los conflictos no los resuelve de manera adecuada.

### *c) Actitud general del niño hacia la ansiedad*

El yo del paciente no está bien estructurado, se deja llevar fácilmente por el impulso razón por la que la ansiedad llega a dispararse de manera importante ante situaciones que le general angustia, reaccionando de forma hostil para defenderse de la misma, ya sean situaciones externas o internas las que generen la angustia puesto que el paciente puede autoagredirse o mostrar agresión al exterior. Pablo tiene la posibilidad de controlar situaciones de peligro externas, pero en situaciones internas le es difícil identificarlas y controlarlas, sin embargo, el yo no está totalmente anulado dado que llega a sentir angustia ante situaciones que afectan su desempeño escolar y personal.

### *d) Fuerzas progresivas del desarrollo contra tendencias regresivas*

Pablo presenta una lucha entre la fuerza progresiva y la regresiva debido a que está consciente de las situaciones por las que pasa y que no le han permitido desarrollarse adecuadamente, esta situación le ha generado el deseo de mejorar su conducta.

Tiene tendencia a la regresión, eso le genera terquedad y resistencia a las soluciones propuestas por los maestros de la Institución, sin embargo, cuando se le propone que asista a terapia Pablo accede al trabajo, siendo esto manifestación de un deseo de progreso.

## **9. Diagnóstico.**

A pesar de los síntomas manifiestos en el paciente se observa una posibilidad de crecimiento de la personalidad positiva puesto que existe disposición al trabajo terapéutico, es evidente que algunas conductas que presenta no entran en las variaciones de desarrollo normal. La sintomatología no se califica de forma transitoria puesto que se observan aumentadas y exageradas a la normalidad, sin embargo, sí son tensiones generadas por las situaciones que han surgido a lo largo de su crecimiento.

Los síntomas de angustia le crean sufrimiento y disfuncionalidad en actividades diarias, sin embargo, se observa que tiene la capacidad de resolución del conflicto pero que sin ayuda no puede concretar. Lo anterior es causado por estrés, falta de gratificación o exceso de la misma en las distintas etapas, teniendo un funcionamiento a nivel neurótico; las formaciones de compromiso con el paciente en ocasiones llegan a ser resistentes a causa de los síntomas y en algunos casos a niveles inconscientes por los antecedentes del mismo, además que el ello llega a predominar en las actuaciones de Pablo.

Sin embargo, aunque las instancias psíquicas no tengan una adecuada mediación por el yo, se observa que el paciente puede lograr una mejor psicodinámica puesto que presenta herramientas psíquicas que le pueden ayudar al reconocimiento de las fallas en la conducta, conducta que suele ser guiada por el impulso más que por el intelecto.

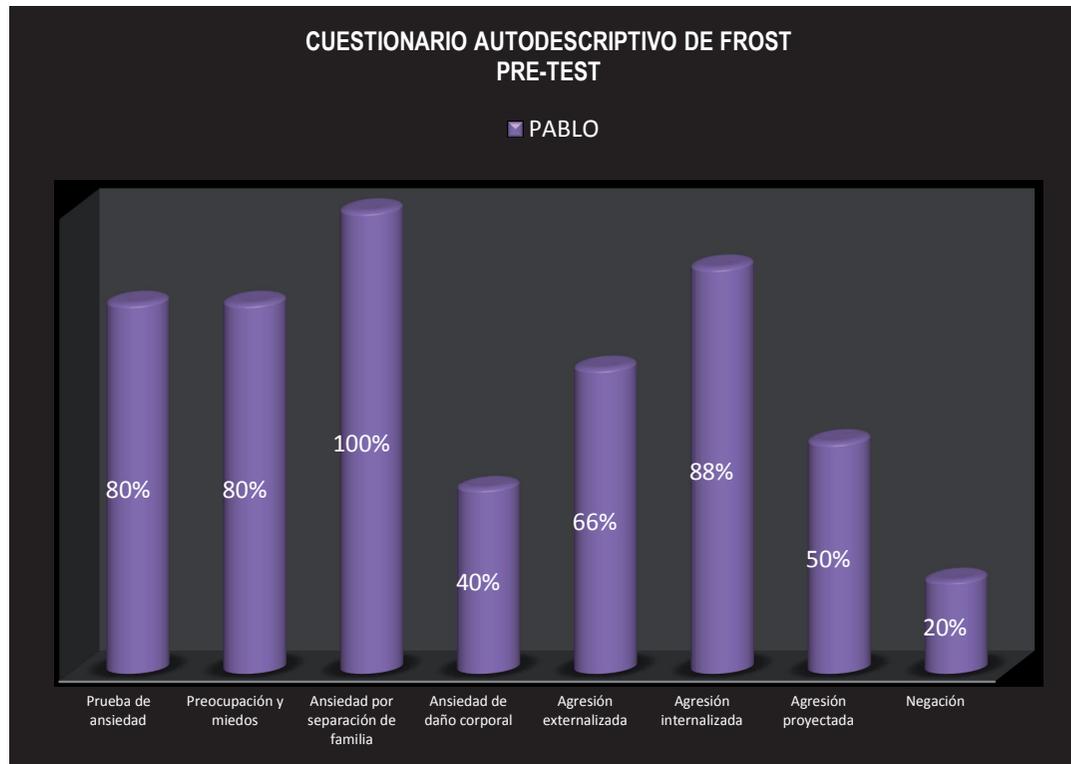
**5.1.3 Pre-test.**

<b>TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER). PRE-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
PABLO	<p>Pablo suele ser aprensivo con las personas intentando así evitar los conflictos, dado que tiene una necesidad de apoyo y contacto emocional importante. Por lo anterior tiende a pensar en el pasado lo que le crea baja estimación de sí mismo e inseguridad, esto en ocasiones y a manera de compensación le genera mucha actividad y poco control de impulsos. Por lo tanto tiene dificultad para reconocer errores y poco deseo de cambio, esto le crea cierta autonomía siendo así obstinado y creyendo que tiene siempre la razón.</p> <p>La excesiva actividad es a causa de la alta ansiedad que presenta, teniendo así conductas agresivas al momento de relacionarse, por lo tanto, le crea afectos inapropiados aunque en realidad él actúa así porque tiene la idea de que será aceptado, además que posee actitudes caracterizadas por el mal humor y terquedad, lo cual hace que aunque él quiera relacionarse le cueste trabajo lograrlo porque al momento de comunicarse lo hace sin inhibición y franqueza e incluso falta de prudencia; así mismo evita realizar tareas complejas sino está seguro de realizarlas a la perfección.</p>
<b>PERSONA BAJO LA LLUVIA PRE-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>PACIENTE</b>
PABLO	<p>Es un chico que se autodesvaloriza puesto que tiene inseguridad en sí mismo con sentimientos de inferioridad y dependencia. Tiende a ser pesimista y se siente débil, además presenta poca capacidad de imaginación lo que genera un freno en su crecimiento psíquico.</p>

	<p>Por lo regular esta tenso y esto le genera mucha agresión y hostilidad frente al mundo, tiene mucha ansiedad dado que le cuesta trabajo planificar alguna actividad, esto se refleja en su poca tolerancia a la frustración. Presenta posibilidades de defenderse en el medio ya que lo percibe poco hostil, sin embargo, aunque tenga posibilidades de defenderse sus defensas son débiles a causa de que se expone a las situaciones que lo ponen en riesgo, incluso puede llegar a presentar síntomas de depresión.</p> <p>Se observa que hubo problemas importantes prematuros ocurridos durante el embarazo, puesto que también percibe a sus papás, en especial a su mamá como controladores y con fijaciones en los límites. Lo anterior le genera conductas autoagresivas y dolencias psicopáticas.</p>
<p><b>TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA.</b> <b>PRE-TEST</b></p>	
<b>PACIENTE</b>	<b>PACIENTE</b>
PABLO	<p>Se siente con una autoimagen insuficiente, sentimientos de inferioridad pero con actitudes de autocontrol para responder a presiones ambientales; Pablo se siente arraigado a su hogar aunque presenta mucha ansiedad y agresión ante la misma. Lo anterior le genera importantes conflictos emocionales dado que existe distancia emocional con los papás, la relación con ellos se caracteriza por tener poca a nula comunicación, a pesar de eso él quiere depender de su mamá para sentir una relación significativa.</p> <p>Tiende a anular a algunos de los integrantes de su familia como signo defensivo para protegerse de los otros, esto le crea cierta incapacidad para adaptarse a la realidad, por lo tanto, presenta conductas ambivalentes de amor y odio hacia los integrantes de su familia debido a los sufrimientos de culpa que tiene por el deseo de anularlos.</p>

### CUESTIONARIO AUTODESCRIPTIVO DE FROST PRE-TEST

La siguiente grafica permite ver de manera individual cómo es que se encuentra el paciente al inicio de la terapia en cuanto a ansiedad y agresión se refiere.



Es un chico que le cuesta trabajo concentrarse cuando tiene tareas complejas en especial en temporadas de exámenes, lo que le genera una sensación de fracaso y preocupación.

Siente que los demás hablan de él reaccionando ante esta situación de forma negativa, teniendo acciones agresivas con ellos y con las figuras de autoridad, sin embargo tiende a sentir culpa por sus pensamientos y actitudes.

Es ansioso y presenta miedo de lo que le pudiera suceder a sus familiares, en especial a su mamá. Sus formas de distracción se basan en escuchar música, jugar juegos de mesa, además que el futbol es uno de sus deportes favoritos.

#### **5.1.4 Dibujos.**







**5.1.5 Sesiones.**

<p><b>DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES</b></p> <p><b>NOTA: Se denominará con la letra "T" a las intervenciones de la terapeuta y con una "P" a las del paciente, con el fin de que la información proporcionada sea más clara al momento de leerla.</b></p>	<p><b>INTERPRETACIÓN DE LA SESIÓN</b></p>
<p><b>SESIÓN 1</b></p> <p>T: El paciente entra a la ludoteca muy emocionado e inicia a jugar con un futbolito al mismo tiempo que me comenta.</p> <p>P: <i>"Ya tenía ganas de entrar contigo porque tenía muchas ganas de jugar además me gusta mucho el futbol"</i></p>	<p>El paciente entra con muchas ganas de hablar, pareciera que hace mucho que no es escuchado.</p>
<p>T: Le cuestionó por qué quería entrar aparte de jugar y contesta.</p> <p>P: <i>"En mi casa hay muchos problemas".</i></p>	<p>Angustia sobre los problemas que hay en casa.</p>
<p>Al cuestionar cuáles son los problemas que tiene inicia a hablar sin parar al mismo tiempo sigue jugando.</p> <p>P: <i>"Es que mi papá no deja trabajar a mi mamá y no viendo que nos hace falta el dinero porque luego no le alcanza a mi mamá para la casa, luego mi mamá se está enfermando mucho".</i></p>	<p>Preocupado por la salud de su mamá y por los problemas económicos que hay en su casa. Presenta enojo hacia su papá por las actitudes hacia su mamá y por el poco contacto emocional hacia él.</p>

<p>T: Al cuestionarle de qué se está enfermado refiere que:</p> <p>P: <i>"A mí no me dice para no preocuparme porque luego le pregunto qué que tiene y me dice que nada que está bien, la que me dice es mi hermana cuando me viene a visitar, que se enferma de gripa o que le duele el cuerpo".</i></p> <p>Después agrega <i>"luego mi papá llega muy tarde a la casa después de que anda trabajando y eso hace que mi mamá se preocupe, pero también no la deja trabajar porque según él mi mamá no le da su lugar como su esposo entonces mi papá se enoja y le dice cosas a mi mamá. Además mi papá tomaba mucho y le decía cosas así como para qué trabajas lo que te doy no te alcanza o qué, ahora toma menos pero también no se vale que haga esas cosas".</i> Cuando habla de esto el paciente juega lento y por momentos detiene el juego y cuando lo vuelve a tomar ya no lo hace tan efusivo como al inicio de la sesión, su tono de voz aumenta un poco.</p>	<p>Molestia hacia la figura paterna.</p>
<p>T: Cuando le cuestiono sobre cómo se siente me voltea a ver a los ojos muy directo y con voz quebrada dice:</p> <p>P: <i>"Pues siento muy feo porque veo a mi mamá que nos quiere ayudar y con todos los problemas luego no puede, luego pues uno no le puede decir nada a mi papá porque nos ignora, ni nos pela, si nos quiere decir algo le dice a mi mamá para que ella nos lo diga y eso no me gusta, porque nunca se acerca o platica conmigo".</i></p>	<p>-Siente que en casa no lo toman en cuenta, sintiendo que nadie le ayuda a satisfacer sus necesidades.</p>
<p>T: Posteriormente pregunto si su papá es solo así con él o con toda la familia.</p> <p>P: <i>"Pues nunca se acerca a nadie solo cuando toma habla con algunos de mis hermanos y solo porque están tomando con él sino no, nunca nos dice si nos quiere o algo. Por eso también luego mi mamá ha trabajado hasta a escondidas porque si no también la regaña a ella aunque él sabe que el dinero de mi mamá si nos hace falta, luego no ve esas cosas. Mi mamá trabajo hasta en el internado lavando los baños y mis amigos me decían que mi mamá si lavaba bien los baños, que mejor ella siempre se quedara</i></p>	<p>-Deseo de identificarse con el padre para tener un contacto emocional, pero no puede porque no cumple con las</p>

<p><i>a lavarlos, pero solo duro unos meses porque a mi papá no le gusto que estuviera trabajando</i>’. Cuando habla de esto el juego es prácticamente nulo y solo está parado frente al futbolito con la pelota en la mano.</p>	<p>características de sus hermanos mayores.</p>
<p>T: Y cómo te sentías en el internado al saber que tu mamá trabajaba aquí. P: <i>“Pues me sentía bien porque nos veíamos todos los días y a veces podíamos comer juntos o platicábamos a veces, como casi no vienen a verme en los días de visita porque no pueden y pues así la veía más seguido”</i>.</p>	<p>Necesidad de que las figuras significativas estén con él.</p>
<p>T: Cuando te visitan ¿quién viene a verte? P: <i>“Pues más mi hermana mayor me trae comida o cosas o me platica cosas de la casa, pero pues a veces viene y a veces no, porque también trabaja; otras veces viene mi mamá y nada más, solo viene cuando tiene chance en el trabajo sino no viene nadie”</i>.</p>	
<p>T: Tu mamá ha hecho algo para que la situación mejore en casa, respecto a la relación con su papá y sus hermanos. P: <i>“No, también ella ni le dice nada a mí papá, siempre se queda callada o le da la razón, aunque luego se anda quejando también de él, luego ni la entiendo”</i> Responde con un tono de voz molesto y moviendo las manos para expresar su inconformidad.</p>	
<p>T: ¿Cómo es la relación él con tus hermanos?, por lo que baja la mirada y sus ojos se tornan algo rojos como si quisiera llorar aunque no lo hace y responde volteando a verme. P: <i>“Pues hace como 4 meses la esposa de mi hermano mayor se murió y mi hermano está muy triste ya no es como antes, él es como mi papá porque él es quien me compra cosas o si ocupo algo él me ayuda, pero desde que su esposa se murió ya no me hace caso, ni cumple lo que me dice como antes y se la pasa tomando y eso ya no me gusta, como que nada más le hace caso a su hijo y ya ni tanto, porque dice que se quiere ir al otro lado y luego regresar y quiere dejar a su hijo ni a él se lo quiere llevar, como</i></p>	<p>-Tiene necesidad de que sus papás y su hermano mayor reconozcan sus logros. -Necesidad de apoyo emocional. -Preocupación de que su hermano se aleje de él y que</p>

<p><i>que anda mal y lo veo así y siento feo. También le cuento cosas de la escuela o que me pasan y ya no me hace caso como antes, luego me dijo que si sacaba buenas calificaciones en la escuela me iba a meter a una escuela de futbol y nada, nunca me ha llevado, ya no cumple lo que dice. Y pues él es uno de los que luego se pone a tomar con mi papá. Todos mis hermanos no se hablan mucho con mi papá hablan más con mi mamá porque mi papá como que no le gusta hablar".</i></p>	<p>la relación se afecte.</p>
<p><b>PARTE INTERMEDIA SESIÓN 23</b></p> <p>T: Llego a sesión algo incómodo y pregunto ¿por qué?</p> <p>P: <i>"Es que en la semana casi me expulsan porque unos amigos en la clase de computación abrieron una página pornográfica en internet cuando la maestra se salió a la dirección, y cuando ella regreso pues yo estaba ahí con ellos y como a mí ya me traen me echaron la culpa y no me quisieron escuchar para decirles que yo no había sido, luego, luego me llevaron a la dirección y que le iban a llamar a mi mamá y la verdad a mi si me dio mucho coraje porque cuando yo hago algo siempre lo digo y lo acepto pero ahora como ya estoy advertido si me dio miedo que me expulsaran porque ya es mi última oportunidad además que no quiero que mi mamá se preocupe".</i></p> <p>T: ¿Y si llamaron a tu casa?</p> <p>P: <i>"Pus no pero, pero si me espante porque me dijeron que iban a averiguar bien y que si salía que era yo pus ya no tenía oportunidades".</i></p>	<p>Preocupación de ser rechazado de los grupos a los que pertenece.</p>
<p>T: ¿Y quién fue quien abrió la página?</p> <p>P: <i>"Pues la verdad yo no me di cuenta, yo la verdad cuando voltee vi que ya estaban todos ahí viendo y mi error fue no quitarme y pues la maestra me vio y no me dejo explicarle nada, también se llevó a otro amigo pero pues yo no sé si fue él".</i></p>	<p>Inicia el despertar sexual.</p>

<p>T: ¿Y tus amigos que hicieron cuando vieron que te llevaban a ti a la dirección?</p> <p>P: <i>"Pues nada solo se quedaron callados, también eso me dio coraje porque chale esos tampoco son amigos. Es mi amigo al que se llevaron conmigo a la dirección y sé que él tampoco fue porque me dijo que tampoco sabía quién había sido, además es de mis mejores amigos. Luego me di cuenta que los que se quedaron en el salón como la maestra se salió con nosotros, apagaron el internet y bloquearon la computadora de la maestra supuestamente para vengarse por llevarnos a la dirección, así que la maestra se enojó mucho pero también vio que otros eran los que estaban haciendo las cosas y pues ya no llamaron a mis papás pero si me volvieron a advertir de que si hago otra cosa me van a expulsar".</i></p>	<p>Necesidad de lealtad de sus amigos.</p>
<p>T: ¿Qué fue lo que más te enoja, que tus amigos no dieran la cara o que no creyeran en ti?</p> <p>P: <i>"Pues las dos cosas me enojaron mucho, porque ahora si no fui yo además que siempre yo si acepto cuando hago algo malo. Por eso después fui yo a hablar con la maestra y le dije que la neta no había sido yo, que siempre digo lo que hago cuando me porto mal pero que ahora si no había sido yo y que no quería que me expulsaran, pus si me sentí mal que no me creyeran aunque sé que hay muchas veces antes que si me he portado mal y ahora ya no me quieren creer".</i></p>	<p>Miedo al castigo, muestra más desarrollo del sentimiento de culpa.</p>
<p>T: Cuestiono sobre si realmente lo que le angustia es que lo expulsen de la escuela por portarse mal o porque sus papás puedan decepcionarse de él.</p> <p>P: <i>"Pus es que es como me dijiste la otra vez luego hago cosas malas porque así es cuando vienen a verme, pero ya no quiero ser así aunque a veces no cumplo y me porto mal, pero a ver por qué no me dicen cuando me porto bien o todos estos días que no me he portado mal, eso también me molesta, porque mi profesor se la pasa diciéndome que no hago las cosas bien, que si hablo en el salón me va a bajar calificación pero no ve que ya no he hecho cosas malas, hasta subí de 6 a 8 en el examen, ya hasta le dije que también debe de venir uste para que mejore porque luego llega de mal humor y remata con nosotros".</i> Cuando habla de esto se nota más tranquilo relaja su cuerpo ya que antes estaba moviendo</p>	<p>-Ambivalencia en los sentimientos hacia figuras significativas.</p> <p>-Le reflejo que cuando habla las cosas, la situación no se agrava y puede llegar a ser escuchado.</p> <p>-Impotencia, frustración.</p> <p>-Se señala la mejoría que el</p>

<p>constantemente su pierna derecha, después recargo sus manos en las piernas y llevo su cuerpo hacia adelante.</p>	<p>paciente reconoce al estar en terapia cuando menciona que el profesor también asista con la terapeuta y se interpreta el que su profesor debe ir a terapia como sus papás debían de asistir.</p> <p>-Transferencia positiva, tratando de ser cumplido y esperando la aprobación de la terapeuta al portase bien.</p>
<p>T: ¿Cómo te gustaría que te vieran los demás? Antes de contestar suspira y sonríe suavemente.</p> <p>P: <i>"Pus no sé, luego ya no quiero portarme mal porque es mi último año de escuela y quiero salir bien de aquí porque quiero seguir estudiando, ya no quiero que me vean como el peleonero, porque antes me peleaba mucho nada más porque me andaban picando para que me peleara y que los demás me vieran que soy bueno para pelear. Ahora Juan un chavo del otro sexto que es con quien traía pique ya hasta le hable, creo que fue el martes en el receso porque estábamos jugando futbol y pus me toco elegir y ya le dije que si quería ser de mi equipo y dijo que sí".</i></p>	<p>Le reflejo que entonces ahora quiere que lo volteen a ver por portarse bien, para así ser aceptado y hacer uso de los beneficios que obtendría de ser así.</p>
<p>T: ¿Y qué estás haciendo para que los demás te vean cómo quieres que te vean?</p> <p>P: <i>"Pus ya no me porto tan mal, ya hago las tareas aunque a veces si me da flojera y me pongo a jugar fut, ya hasta busque los libros que no encontraba antes de vacaciones y ya encontré algunos aunque todavía me faltan otros. La neta luego me pican para que me pelee, pero les digo que si tantas ganas tienen de pelearse que lo hagan ellos, que por qué yo y pus ya se quedan callados y no me dicen nada y</i></p>	<p>-Incertidumbre ante las actitudes y comportamientos de las figuras de autoridad.</p> <p>-Búsqueda de resolución de conflictos y de identidad.</p>

<p><i>pus te digo que ya estoy buscando los libros con el profe aunque si es bien enojón y luego si me desespera y le grito también cuando me habla'.</i></p>	<p>-Control de impulsos.</p>
<p><b>SESIÓN 35</b></p> <p>Llega a sesión y se nota algo nervioso dado que había dos sesiones anteriores que no había ido a terapia, puesto que sus compañeros de salón en ambas ocasiones comentaron que se había retirado a su casa porque estaba enfermo.</p>	<p>Dificultad para iniciar la sesión, por preocupación a la opinión de la terapeuta del tema que quería abordar en terapia.</p>
<p>T: ¿Cómo estás? P: "Bier".</p>	
<p>T: ¿Cómo sigues de tu salud, me han dicho que estuviste enfermo? Se nota nervioso y sonríe de la misma manera, además que evade la mirada P: "Pus la verdad no estaba enfermo, estaba en clase pero como que no tenía ganas de venir".</p>	
<p>T: ¿Por qué no tenías ganas de venir? P: "Pues porque no sé, ya me siento mejor de cuando inicie aquí y esos días que usted fue tenía ganas de jugar fut además que el profe de herrería nos dijo que podíamos realizar unos trabajos y venderlos y como también quiero tener dinero porque vamos a ir al balneario toda la escuela por el fin de año, pus quiero ahorrar".</p>	<p>Capacidad de reconocer sus logros y valorarse.</p>
<p>T: ¿Y por qué no me lo dijiste, pudimos haber pospuesto la sesión como en otras ocasiones? P: "Pus no sé, me dio pena, pero por eso vine hoy porque quería decirle, además que creo que las cosas por las que había venido de que era grosero y peleonero ya no soy tanto, si llego a levantar la voz pero</p>	<p>Actitud positiva al trabajo escolar.</p>

<p><i>ya no es como antes que me reportaban hasta dos o tres veces a la semana y ya no es así. Y quisiera pus ya despedirme porque también ya voy a salir de la escuela, además creo que mejore porque hasta el profe me dice sigue así y te va a ir mejor en el examen o doña Ofe (prefecta) me dice Pablito ya no eres tan diablito y cosas así. Aunque luego no me gusta que el profe me tire carreta cuando me dice que cuando la vea a uste le va a decir que le digo que uste está bonita, y pues luego ahí si me enojo pero luego ya él me dice que es broma”.</i></p>	<p>Dificultad para iniciar un duelo, por miedo a ser rechazado.</p>
<p>T: Consideras que el que los demás vean tu mejoría es suficiente para terminar con la terapia.                  P: <i>“Pus sé que los demás lo ven, pero yo también siento porque ya no me enojo tanto, luego que algo me enoja o me desespera me voy a jugar fut y ya luego les voy a decir qué para qué me dicen esas cosas que me molestan o ya les digo que no se pasen o así, hasta a mis hermanos si me hacen enojar y mi mamá no les dice nada, mejor me voy de donde estén y ya luego regreso”.</i> Se nota muy seguro al momento de hablar, relajado en la silla con mirada directa a los ojos y un tono de voz relajado y adecuado.</p>	<p>-Se hace señalamiento de cómo la terapia lo lleva a decir lo que piensa.                  -Capacidad de relacionarse con figuras de autoridad.</p>
<p>T: Y por qué adelantarte al cierre de la terapia y no esperar a terminar el tratamiento, puesto que recuerda que hay cosas pendientes por trabajar.                  P: <i>“Sí, ya se pero también quiero pasar más tiempo con mis amigos y si ya no tengo que decir nada en terapia de lo que me molestaba y pus las razones por las que me mandaron con uste siento que ya no las hago, ahora puedo hablar con el profe y doña ofe (prefecta), pus entonces yo siento que ya no es necesario venir, chance después si pasan otra vez cosas que no me hagan bien como pelear otra vez o que me enoje mucho u otras cosas”.</i></p>	<p>Se interpreta como es que la relación con su profesor mejora al igual que la relación su papá.</p>
<p>T: Y a todo esto, ¿Por qué te molestaba que tu profesor te tirara carreta por decirme lo que pensabas de mí, y ahora tú me lo estás diciendo? Al preguntarle esto se sorprende reaccionando abriendo los ojos y sonriendo un poco, además hace su cuerpo para atrás.</p>	<p>Transferencia erótica, señales de resurgimiento del complejo de Edipo.</p>

<p>P: <i>"No sé, se me hizo fácil ahorita que no me di cuenta, chance me daba pena pero no me dio pena ahorita, no sé, bueno aunque el profe luego si lo hacía en mala onda y eso no me gustaba".</i></p>	
<p>T: <i>¿Cómo sentías que fuera a reaccionar respecto a este comentario?, además que me lo dices al mismo tiempo que quieres terminar la terapia, sigue sorprendido con la pregunta y responde.</i></p> <p>P: <i>"No sé porque, pues también ya no la voy a ver no sé, se me salió nomas, uste es buena onda y no sé se me salió. También ya puedo hablar más y eso es bueno, tal vez también por eso lo dije. Pero si sé que ya quiero terminar con las sesiones y hasta que no me vuelva a sentir mal regresar, ahorita no me siento mal como antes. ¿Tengo que venir más sesiones o ya esta es la última?"</i></p>	<p>Logro de que los demás lo vean como alguien bueno y no como el malo.</p>
<p>T: <i>¿A ti como te gustaría que fuera? Regresa a una postura más relajada, estirando sus extremidades y dejando caer un poco más su cuerpo a lo largo de la silla.</i></p> <p>P: <i>"Pus no sé, yo ya quiero terminar, por eso le digo que sí es la última, pero no sé, antes no había ido a terapia y no sé cómo es".</i></p>	<p>-Dificultad de ver los otros problemas que acontecen su vida, enfocándose solo al inicio de la terapia.</p> <p>-Deseo que las cosas se hagan en el momento que él desea, deseo de control.</p> <p>-Capacidad de decir lo que piensa.</p>
<p>Al final explico que tenemos que tener un par de sesiones más para hacer el cierre y retroalimentación de lo que se ha logrado en terapia y lo que hace falta por trabajar en otro momento de su vida,</p> <p>P: <i>"Si está bien, si pensé que esta no sería la última terapia, pero si quería decirle que ya quiero ir terminando".</i></p>	<p>Capacidad de negociación, ya no intenta imponer sus reglas o hacer lo que él desea. Toma en cuenta la opinión de los demás</p>

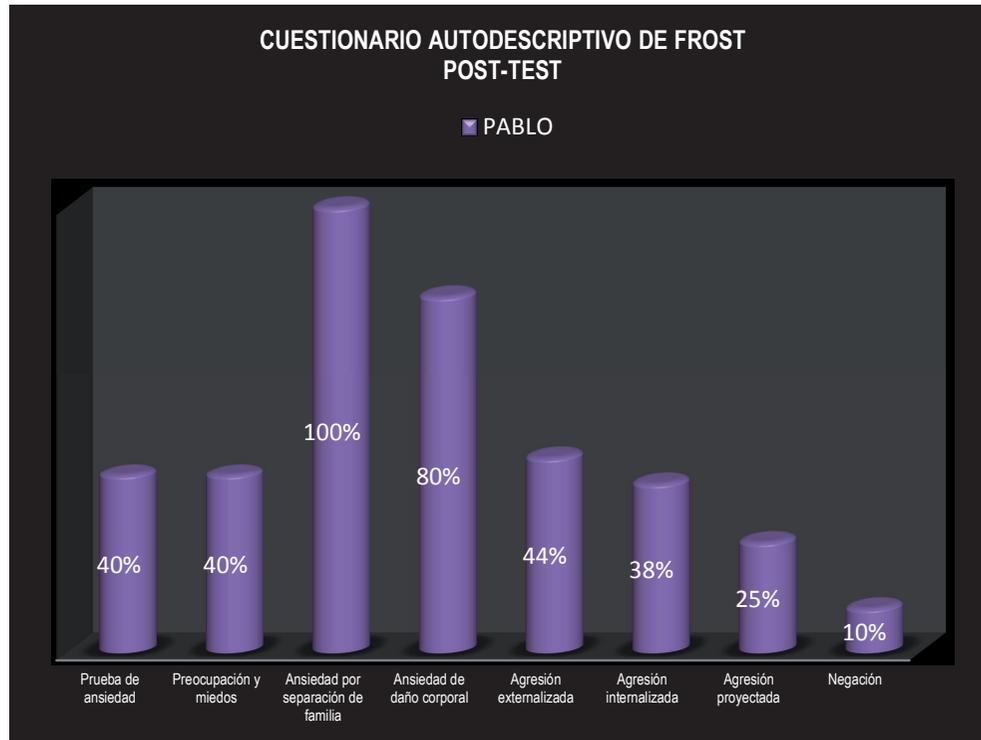
**5.1.6 Post-test.**

<b>TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER). POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
PABLO	<p>Es una persona que se observa optimista e idealista sus impulsos los llega a ser reprimir. Presenta energía motora como una forma de descarga de agresión con ansiedad ante situaciones que se le salen de control, puede tener actitudes impulsivas pero se observa que la agresión y hostilidad puede llegar a inhibirla. Intenta ganar aprobación y ser aceptado socialmente pero cuando siente que le cuesta trabajo pierde cierto interés.</p> <p>Percibe una figura materna agresiva, con poca estabilidad emocional y que no le proporciona bases psicoafectivas seguras, además con poca energía para actuar y defenderlo del ambiente que pueda agredir al paciente. Pablo muestra hostilidad hacia el sexo opuesto, se puede inferir que esta agresión se debe a la reaparición del complejo edípico en la etapa adolescente, puesto que a la vez se observan problemas de adaptación sexual generándole ansiedad ante estas situaciones. A diferencia de su mamá percibe a su papá menos agresivo y más cercano, por lo que Pablo actúa hacia él de forma pasiva para así lograr que lo acepte y poder identificarse con él. Por lo anterior existe una regresión normal en Pablo propia de la edad en la que se encuentra y que se caracteriza por una cierta falta de coordinación entre el yo y el ello, sin embargo, en este momento puede bloquear estos impulsos instintivos.</p>
<b>PERSONA BAJO LA LLUVIA. POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
PABLO	<p>Es introvertido mostrándose en ocasiones con fatiga y agotamiento, aunque su estado de ánimo se caracteriza por ser alegre e idealista. Tiende a defenderse de la figura femenina debido a los deseos edípicos y pulsiones infantiles.</p>

	<p>Está en una lucha entre la sexualidad infantil y la sexualidad sublimada, creando así un sentimiento de culpa y vergüenza debido a sus comportamientos más equilibrados, aunque intenta controlar estos problemas le generan repercusiones en la percepción que tiene de sí mismo en esta área, puesto que presenta cierto descontento con su aspecto físico, lo anterior son características propias de la etapa en la cual se encuentra el paciente.</p> <p>Pablo presenta defensas sanas dado que tiene confianza en sí mismo, presenta seguridad al momento de actuar afrontando los problemas que se le presentan sin exponerse a riesgos innecesarios, por lo anterior él se siente con posibilidad de defenderse de las presiones ambientales.</p>
<p><b>TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA.</b> <b>POST-TEST</b></p>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
<p>PABLO</p>	<p>Existe desvalorización hacia sus hermanos a causa de cierto celo a los mismos debido a que quisiera alejarlos del núcleo familiar física y emocionalmente, puesto que llega a sentir que ellos le pueden quitar el afecto y cuidado de sus padres; lo cual indica que existe cierto problema de comunicación entre la familia, razón por la cual se le dificulta relacionarse con algunos miembros de la misma; Se observa que los papás no logran establecer una dinámica de confianza y autoridad adecuada en a familia ya que no hay roles específicos para cada miembro.</p> <p>Pablo se aleja de su mamá ya que la percibe agresiva y alejada emocionalmente, por lo que trata de no acercarse a ella para evitar algún conflicto, no obstante, esta situación fragmenta la relación con ella y él toma un rol pasivo como de evasión en la familia, intentando actuar de manera prudente puesto que su deseo es que los conflictos se resuelvan, para lo cual él muestra cierta reflexión a las situaciones por las cuales está pasando. Los conflictos familiares le llegan a crear cierta ansiedad, además que aunque para él su mamá jerárquicamente sea más importante en estos momentos, él quiere alejarse de ella a causa de que la observa con cierta hostilidad e inestabilidad emocional.</p>

### CUESTIONARIO AUTODESCRIPTIVO DE FROST POST-TEST

La siguiente grafica permite ver los cambios obtenidos del paciente en cuanto a ansiedad y agresión se refiere.



Se le dificulta lograr un alto nivel de concentración, pero intenta no preocuparse para controlar su angustia, si no se sabe algo de lo que verán en clase.

Siente que no hace por sus papás lo que debiera, sintiendo que no se porta como tendría que portarse, lo que le genera sentimiento de culpa y preocupación por la gente que quiere.

Empieza a preocuparse por la apariencia que da ante los demás dado que si le sucede algo a su ropa cuando está arreglado le da pena, sin embargo, llega a sentir que si alguien hace algo bueno por él es porque posiblemente quiere algún beneficio de ello, aunque acepta la ayuda.

Si no entiende lo que sucede a su alrededor puede molestarse con las personas y es probable que llegue a golpear. Ha continuado practicando el futbol y ahora le ha dado un gusto especial por la natación.

### **5.1.7 Dibujos.**

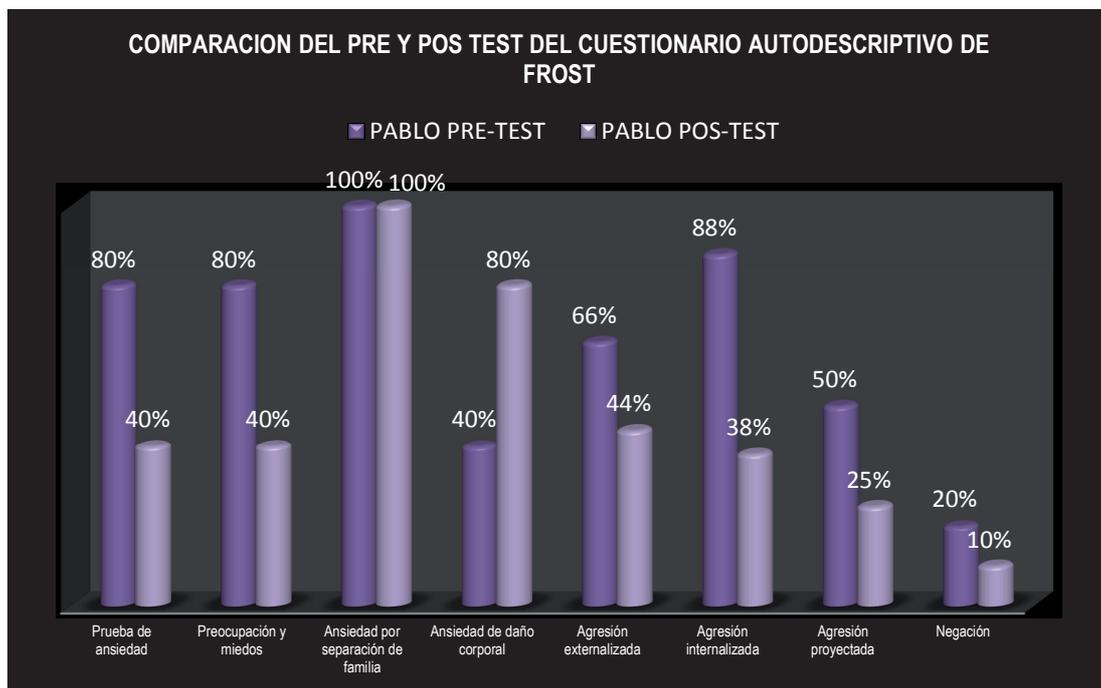






### 5.1.8 Cuadro comparativo de la prueba autodescriptiva de Frost.

En la siguiente grafica se puede observar los resultados del paciente del pre y post test de manera conjunta, se realiza a manera de comparación para ver los diferentes cambios que hubo en el sujeto, en especial de la agresión y ansiedad en la que se encontraba al inicio y declive de la terapia; además permite observar de una forma más global los resultados obtenidos y el distinto progreso que hubo el paciente.



## **5.2 ABRAHAM.**

### **5.2.1 Familiograma.**

## 5.2.2 Historia clínica.

### 1. Motivo de consulta.

Abraham es referido por su maestra y como motivo de consulta informa lo siguiente: *"Tiene problemas de conducta, no obedece, no se concentra, se distrae muy rápido, reniega cuando se le exige su trabajo, lo hace y bien pero tengo que estar junto a él porque si no se para a jugar, a pelear y platicar, platica mucho. No para de hablar, sabe entender cuando le pides que lo haga, interfiere cuando doy clase y me distrae a los demás"*.

### 2. Descripción del niño.

Es un niño robusto de piel morena, ojos grandes y oscuros, labios gruesos, nariz pequeña, cabello lacio muy corto. Su tono de voz es suave, bajo y medio ronco; habla poco en las sesiones, en ocasiones se expresa de manera monosilábica, siempre tiene algo en las manos y lo que traiga está moviéndolo constantemente, también llega a cambiar de posición corporal en varias ocasiones.

Es un niño que siempre llega desalineado, su higiene no es buena, su ropa por lo regular está sucia al igual que sus manos, la ropa que usa está parchada o deteriorada, el uniforme le queda pequeño, en especial el pantalón de uso diario.

Tiene una actitud pasiva en el consultorio, siempre está tranquilo y expresa pocas veces sus emociones, le es difícil reconocerlas y vivenciarlas. No mira a los ojos y no mantiene una conversación por tiempo prolongado, contesta lo que se le cuestiona mostrando poco interés por hacerlo, cuando se siente seguro de ser escuchado su conversación es fluida.

### 3. Antecedentes familiares e historia familiar.

Es el hijo mayor, tiene un medio hermano de 5 meses de edad. La familia del paciente es originaria de la ciudad de Uruapan, Michoacán, su madre vino a Morelia con su abuela desde hace 17 años, después de la muerte del abuelo del paciente. La madre del paciente vivió en unión libre durante 4 años con el padre del mismo hasta que él se fue a E.U. Abraham ha tenido una serie de pérdidas importantes, su padre emigró de manera ilegal a Estados Unidos para trabajar cuando él tenía 3 años de edad. De los tres a los cinco años el padre lo visitaba pero después de los 5 años dejó de hacerlo, sin tener noticia de él hasta la fecha y sin

conocer las razones del por qué dejó de venir. La madre comenta que mantenían comunicación por vía telefónica de manera frecuente, cuando el señor venía de E.U. no había problemas importantes que pudieran ser la causa de la ausencia del señor.

El embarazo del que nació Abraham no fue planeado, sin embargo, cuando se enteraron que la madre estaba embarazada existió disposición al proceso; desde el inicio los padres deseaban que fuera un niño, al cuestionar el porqué de ese deseo la madre comentó que simplemente les gustaba la idea, en especial por su esposo. El embarazo llegó a término, no se presentaron complicaciones durante la gestación, el parto fue por cesárea debido a que el producto no estaba en la posición adecuada, se utilizó anestesia de tipo raquia. La primera reacción de la madre al ver a su hijo fue de emoción e ilusión.

Se alimentó al paciente los primeros 10 meses vía pecho, se le administró alimento con biberón hasta los dos años y se le retiró cambiándose por vasos entrenadores, la madre del paciente comenta que no fue difícil retirarle biberón y pecho. El alimento sólido se le administró a los 3 o 4 meses, la madre no recuerda las fechas exactas del desarrollo del paciente.

Abraham para dormir es muy inquieto, durmió solo a los 4 años, después de ser internado cada fin de semana o en vacaciones que salía de la escuela dormía con su abuela. La madre sufrió un accidente por el que permaneció en reposo durante mucho tiempo, a partir de este suceso el paciente volvió a dormir con ella, comenta que lo hace porque teme que algo pueda pasarle; el paciente en ocasiones siente miedo a la oscuridad y al prender la luz se tranquiliza.

En cuanto al lenguaje, a la edad de un año dijo sus primeras palabras, a los tres años pudo decir oraciones completas y la primera que aprendió fue la oración del "*ángel de la guarda*". Llegó a tartamudear porque no podía pronunciar bien la letra R, pero poco a poco, comenta su madre, desde hace un año mejoró la pronunciación y su lenguaje, la señora explica que antes le daba mucha pena a Abraham hablar y trabarse. Las actividades favoritas del paciente eran el triciclo y la bicicleta, ahora es el son el jugar al fútbol.

En cuanto al desarrollo sexual no se ha profundizado al respecto entre la madre y Abraham, sin embargo, ella a los 7 años aproximadamente le obsequió una enciclopedia de educación sexual para niños, donde en video se les explican dudas por medio de caricaturas, ella refiere que sólo hizo eso y que él no se ha acercado a preguntar algo en cuanto a lo sexual. Comenta que como figura masculina solía copiar algunas actividades o actitudes de un tío, pero que nadie se ha acercado a resolver dudas o platicar de temas de sexualidad.

Lloró el primer día en que asistió a la escuela, la madre comenta que le explicó a profundidad las actividades que realizaría en ahí y él dejó de llorar eventualmente. El aprovechamiento escolar del menor en los distintos grados escolares lo define como bueno, no suele reprobar materias aunque sí llega a obtener bajas calificaciones. Habla mucho en clases y esa ha sido una razón para recibir llamadas de atención, solicitando en algunas ocasiones la presencia de la madre en la Institución. En lo referente a la relación con profesores la madre dice que considera que es buena porque no le dan muchas quejas.

Abraham no enferma con frecuencia, su salud es generalmente estable. En cuanto al desarrollo de la personalidad del paciente, su madre comenta que éste respondía con mucho afecto a cariños de los padres. A través del tiempo empezó a expresar sus emociones de forma ansiosa con sus maestros y lo manifestaba rayando sus libretas. En la actualidad la madre describe la personalidad de Abraham como tranquilo, reservado, resaltando que es muy afectuoso con su hermano menor pero con los padres no.

Con respecto a la disciplina, no se usa un método específico para educar al paciente, tiende a ser desobedecer órdenes, las únicas reglas en casa son el mantener limpia su habitación y respetar el horario establecido para llegar a casa cuando sale con sus amigos. Su madre es permisiva con él, su abuela era quien ponía más atención en las reglas dentro de casa y quien asistía con Abraham, pero desde que murió, comenta la madre que no se ha hecho cargo del cuidado adecuado de su hijo.

Abraham suele relacionarse de forma más cercana con su madre, porque no tiene algún otro familiar cerca. Su madre le dedica poco tiempo porque trabaja, generalmente se queda solo a cuidar a su hermano menor; en ocasiones hay una señora que cuida al niño mientras su madre no está, sin embargo, el paciente no se relaciona mucho con ella, la evita y

prefiere jugar fútbol en la calle o ver la televisión. Dado que no tiene muchas relaciones significativas, cuando hay alguna fiesta a él no le gusta asistir y prefiere quedarse en casa.

#### **4. Posibles influencias ambientales significativas.**

Hace 1 año la abuela del paciente murió a causa de diabetes, 1 año antes de que muriera le amputaron una pierna, situación que afectó al paciente ya que ella era quien cuidaba de él; así que se inscribió al paciente en el internado por falta de recursos económicos, los fines de semana su abuela era quien lo cuidaba.

La abuela de Abraham muere cuando éste se encontraba en el internado y su madre no le informó sino hasta dos días después de haber sucedido, la señora justifica esta acción diciendo que no quería preocuparlo y que no lo sacó del internado para no perder clases y así realizar los trámites del funeral. La madre refiere que Abraham reaccionó tranquilo, que "*si lloró pero sólo un par de lágrimas*".

La madre del paciente tenía una relación de pareja que duró aproximadamente tres años y tenía planes de conformar una familia, pero a su pareja la mataron después de salir de una corrida de gallos; en ese momento la madre de Abraham tenía dos meses de embarazo.

#### **5. Evaluación del desarrollo.**

A) Desarrollo de los impulsos.

3. Libido.

a) *Fase del desarrollo.*

La sensación que presentó Abraham en la fase oral no fue gratificante en cuanto al contacto con la madre, dado que ella siempre ha sido distante del paciente; satisfizo sus necesidades primarias pero sin hacer contacto emocional cercano, lo que creó frustración e inseguridad en esta fase reflejándose en las pocas relaciones interpersonales significativas que tiene el paciente y la dificultad del contacto emocional con los demás.

En general la madre de Abraham lo apresuró a pasar de una etapa a otra, sin dar espacio a que asimilara cada zona de placer, por ejemplo, el caso de la fase anal se le entrenó para el control de esfínteres a la edad de un año; cuando se cuestiona a la madre el porqué de

esa decisión, refiere que el paciente le mostraba actitudes con las que le avisaba que ya se había defecado, señalando su pañal o ir hacia ella cuando estaba sucio, etc. por lo que ella interpretó que era el momento adecuado para entrenarlo. La actitud rígida de la madre al adelantarlo en el proceso de desarrollo creó en el paciente un carácter destructivo, donde expulsa lo que siente y estos sentimientos los retiene hasta que explota actuando de manera imprudente, creando lo anterior consecuencias importantes a nivel psicológico en el paciente tales como egoísmo, terquedad, dificultad para reconocer errores y tener relaciones interpersonales.

Para la etapa fálica el paciente no tuvo una figura masculina que le facilitara la resolución del conflicto edípico, situación que se refleja en el rol que juega en casa dado que suele mostrar una actitud pasiva y de identificación con la madre, no se ha separado de ella. La madre representa una figura materna dominante y agresiva, Abraham se identificó con esta agresión actuándola tanto a nivel interno como externo. Esta imagen castrante genera en Abraham ausencia de expectativas de vida o metas personales, él se siente sin posibilidades de cambio y sin capacidad para lograr objetivos por esfuerzo propio.

Las dificultades con las que Abraham ha afrontado las etapas anteriores han desarrollado problemáticas al iniciar la adolescencia, por ejemplo, en la identificación sexual con figura de su mismo sexo propia de esta etapa, le es difícil socializar e involucrarse en actividades grupales.

El paciente muestra fijación en la etapa fálica, tiene a disposición para recibir ayuda, la rebeldía no se hace presente teniendo un impulso erótico aún dirigido hacia los genitales y sigue idealizando a la madre manteniendo un sentimiento de amor profundo hacia ella, ya que no hay una figura con la que rivalice para clarificar que ese amor no puede darse en el plano real. El conflicto edípico aún no ha sido resuelto, esto impide el desarrollo adecuado para la etapa en la que se encuentra.

Abraham ha vivido una serie de frustraciones y carencias de gratificación importantes en las diferentes etapas de su desarrollo, crecer para él ha sido doloroso porque no ha tenido un espacio adecuado para asimilar las vivencias por las que ha pasado, generándole

dificultades para interactuar adecuadamente en el ambiente, mostrando regresión a etapas donde podía sentirse seguro, aunque eso no sea benéfico para su salud emocional.

*b) Distribución de la libido.*

El yo de Abraham no se encuentra totalmente catectizado lo que se traduce en autoestima deficiente, inestabilidad emocional que le perjudica en todas las áreas de su vida; esta situación se debe al retraso en la etapa de narcisismo primario puesto que su madre no le proporcionó la libido adecuada, el paciente no se vivió como omnipotente en algún momento y la energía no fue dirigida a él. El proceso de narcisismo secundario también se retrasó y el yo no está investido de libido totalmente, lo que implica una integración deficiente del sujeto.

El yo tiene una identificación arcaica con el objeto debido a que está incorporando la imagen total de su madre, situación que se observa en las actitudes y conductas que comparten el paciente y ella. Abraham ha tenido pocos objetos con los que pudo identificarse, por lo que tiene pocas series de rasgos inconscientes que ha tomado de las personas con quienes se ha relacionado, además que ha interiorizado la relación distante y con pocas bases psicoafectivas proporcionadas por sus padres.

Luego entonces, si el yo ha tenido dificultad para desarrollarse, el superyó es débil y sólo llega a hacerse presente en el "deber ser" con respecto a su madre, sin embargo, en la escuela u otros lugares donde ella no está presente el superyó se desvanece.

*c) Libido objetal.*

El paciente sólo se relaciona con su madre y la libido objetal se observa en estado de regresión a fases anteriores del desarrollo, dado que pareciera que en este momento quisiera tener ese vínculo primario que en la primera infancia la madre no le proporcionó y que Abraham aún tiene la necesidad de recibirla, puesto que se percibe sin un objeto que le refleje sus emociones, sentimientos y acciones. La relación que existe es de tipo edípica, se observa con los roles que juegan tanto el paciente como su madre, teniendo el paciente el papel de cuidador de la familia, como si fuera "el hombre de la casa" por ese hecho él tiene que cuidar de ella y de los demás integrantes, sin importar lo que pase en él.

## 2. Agresión.

### *a) Cantidad*

En cuanto a lo manifiesto, Abraham muestra conductas agresivas pero no en altos niveles, aunque sí sobresale del resto de los alumnos, es un chico que tiene conductas hostiles con sus compañeros y profesor específicamente, se muestra muy impulsivo.

Cuando se le llama la atención suele controlar su agresión, sin embargo, con facilidad puede manifestar conductas inapropiadas como gritar en clase, empujarse con sus compañeros, distraer a los demás, éstas son situaciones que llegan a incomodar a los que se encuentran a su alrededor, incluso el ambiente se llega a tornar agresivo.

### *b) Calidad*

El Paciente se encuentra en la etapa de latencia, donde se esperaría que su yo se muestre fortalecido, situación que no se presenta en Abraham, esto se ejemplifica cuando rompe las normas morales que se le establecen en la escuela, la agresión no es sublimada aún y eso le está creando conflictos en su desarrollo, es decir, se observa un retraso en la etapa porque no logra llegar a la totalidad de la misma. La carencia de valores le ha afectado porque no consigue formar relaciones importantes con pares, dificultad en la interacción en la escuela y con adultos. En cuanto a sus estudios se ve perturbado dado que para él no representan importancia, esto es significativo ya que la etapa de latencia se caracteriza por el interés académico, logros, sobresalir y desarrollar habilidades. Su libido no está dirigida hacia la búsqueda de relación con pares lo que indica que aún se encuentra dirigida hacia la madre.

### *c) Dirección*

La dirección de la agresión se observa más hacia el propio yo porque llega a limitarla hacia lo externo, por tal motivo su ideal de yo es más agresivo, entonces, como Abraham intenta guardar la agresión, su ideal del yo agrede a su yo situación que perturba la regulación entre las instancias y en este sentido en la gran mayoría de las ocasiones el ello llega a predominar. Esto implica que la pulsión agresiva se hace presente en mayor medida en el mundo interno, esto se refleja en el exterior a partir de conductas hostiles con las que se relaciona y actúa.

B) El desarrollo del yo y del superyó.

a) *Normalidad y deficiencias del yo*

Abraham presenta una motricidad adecuada, practica fútbol y eso le refuerza su desarrollo físico; su percepción y memoria se encuentran muy desarrolladas, en especial la memoria a largo plazo. Su pensamiento no es muy desarrollado, así mismo distrae su atención muy fácilmente, este es uno de los factores por lo que es referido a terapia. No retiene atención por periodos prolongados de tiempo, por consecuencia su nivel de concentración se perturba dado que le resulta difícil mantenerse atento en tareas complejas o que requieran de mayor esfuerzo.

b) *Normalidad o anormalidad de las funciones del yo*

En las relaciones objetales le es difícil identificar las diferencias que existen entre él y los demás, las relaciones significativas que tiene (que son pocas) son superficiales pero Abraham no las percibe así. Él es sensible a rechazos y abandonos especialmente cuando no toman en cuenta su opinión, sin embargo, no suele demostrar emociones sino que las oculta y se somete a los deseos de los demás.

En la prueba de realidad suele tener respuestas rígidas, sólo observa lo que él quiere ver, es incapaz de encontrar más de una respuesta a situaciones que suceden a su alrededor o incluso si se le pide una explicación sus respuestas son cerradas, tales como "simplemente lo sé" o "no sé".

En su juicio se observa que suele interpretar las situaciones de tal manera que no le resulten amenazantes a su realidad. Tiende a racionalizar las situaciones y de esta manera no verse afectado. En el sentido de realidad suele requerir de mucho esfuerzo para integrar los roles sociales en los que está incluido, por lo que una vez que sabe cuál es el suyo le es difícil modificarlo. El sentido de identidad va a depender del apoyo externo que le proporcionen, identidad que en este caso es indefinida dada la falta de personas a su alrededor, situación que hace que su autoimagen se vea devaluada y poco integrada. Lo anterior lo hace susceptible a ser lastimado con facilidad, además que siempre intenta complacer a los demás.

En cuanto a la regulación y control de impulsos, Abraham requiere de esfuerzo y concentración dado que suele preocuparse por autocontrolarse, incluso puede llegar a evitar el conflicto verbal para que nadie salga lastimado, aunque no deja de ser agresivo y estas manifestaciones de agresión pueden tomar formas indirectas o simbólicas. Llega a mostrar rebeldía y alta excitabilidad de tal manera que muestra su inconformidad hostilmente. En el proceso del pensamiento de manera ocasional llega a presentar vaguedad y falta de claridad en su conversación, en otras ocasiones usos idiosincráticos del lenguaje pueden ser aclarados cuando se le solicita, por lo que frecuentemente es necesario pedirle que profundice en lo que está hablando.

En la regresión adaptativa al servicio el yo, Abraham es muy serio parece tener poco sentido del humor, le es difícil imaginar cosas o situaciones e incluso se le dificulta reírse de sí mismo de tal manera que si el humor o las situaciones se dirigen hacia él, suele ponerse inquieto. En la función defensiva el Paciente en cuanto a los estados disfóricos suele necesitar de mayor esfuerzo para equilibrarse puesto que su conducta defensiva es evidente, tiende a negar angustias, enojos o cualquier tipo de incomodidad. Las técnicas defensivas en ocasiones no suelen funcionar adecuadamente con los estados disfóricos significativos, estados depresivos crónicos y ansiedad de moderada a intensa.

De acuerdo a la función autónoma suele tener complicaciones con la concentración, atención, imaginación y pensamiento en especial cuando está ansioso o estresado, incluso cuando se encuentra en alguno de esos estados llega a tener dificultad para realizar alguna actividad porque se siente presionado. Tiene dificultad para mantenerse motivado e interesado en alguna cosa o actividad.

En la función sintético-integrativa suele presentar sentimientos mezclados los vive con cierta ambigüedad lo que le genera conflicto de indecisión, en varias ocasiones Abraham no es consciente de la ambivalencia emocional por la que está pasando, esto a él le implica mucho esfuerzo para los pensamientos, sentimientos y actitudes que debe manifestar o sentir.

En el dominio y competencia Abraham presenta enfrentamiento pasivo a los problemas, dejándose llevar por los demás o evitándolos, sólo resuelve los conflictos cuando se siente

presionado por circunstancias externas pero las vive sin sentimiento de logro, situación que hace que subestime la competencia o grado de control que tiene.

c) *Organización de las defensas*

Los mecanismo defensivos que con mayor frecuencia actúan en Abraham son la represión, la racionalización y el aislamiento, aunque suele usar pocas defensas, estas defensas son de carácter afectivo en especial en el control de la ansiedad lo que le ayuda a tener cierto equilibrio emocional que le ayude a incluirse en lo social. El superyó de Abraham no se encuentra firmemente instaurado por lo que estas defensas dependen del mundo objetal para poder actuar en el exterior.

Los tipos de mecanismos que utiliza van enfocados a regular sus impulsos como son la represión y el aislamiento dado que regulan todo impulso no aceptable para el superyó y borra ciertos fenómenos, además que en el segundo caso destruye las conexiones entre una causa y su consecuencia, los mecanismos son enfocados a lo afectivo porque hace uso de la racionalización para el control de las emociones que le generan ansiedad. Por lo que en gran parte los mecanismos que utiliza son avanzados además que se ven de manera indirecta y no interfieren de manera específica con el tratamiento.

La represión influye en la afectividad del paciente dado que suele almacenar emociones y cargas tensionales que le generan irritación, dudas, temor y ansiedad como forma de liberación de una excesiva contención. Todo lo que reprime lo expresa por medio de síntomas externos como lapsus, actos fallidos y dificultades en las relaciones.

Usa la racionalización constantemente para justificar de manera incorrecta pero lo ayuda a tranquilizarse de los deseos y afectos sin violentar los principios morales para cubrir las verdaderas motivaciones de los mismos, lo usa como negación y evitación mediante argumentos deformados de los conflictos, frustraciones, pasándolos al área intelectual y así convencerse de que no se tiene culpa por no percibir las verdaderas motivaciones. Lo anterior se refleja de manera específica en el núcleo familiar ya que niega y evade las disfunciones que hay, siempre justificando las malas acciones de su madre, dando la explicación de que todo se encuentra en orden.

El aislamiento lo utiliza para separar las situaciones afectivas y apegarse a los componentes cognoscitivos, de esta manera se protege de las heridas afectivas refugiándose en la pasividad que lo suele caracterizar y así evitar la carga afectiva dolorosa. Por lo que tiene dificultad en la memoria afectiva para separar los actos del yo y así actuar de manera indiferente a situaciones que impliquen afecto.

## **6. Evaluaciones genéticas.**

### *a) Formas de conducta*

Es un chico introvertido, le es difícil mantener relaciones significativas fuera de la familia, esta dificultad le crea sensaciones de incapacidad y baja autoestima, por lo que evita mostrar sus emociones. La poca atención de su madre hacia él provoca que se comporte inquieto para llamar la atención, sin embargo, tiene pocas habilidades para las relaciones interpersonales, además presenta pocas bases afectivas y se refleja en la incapacidad para mostrar afecto, es tímido. Así mismo muestra ambivalencia no resuelta dado que la única persona que pareciera que le puede dar cariño no se lo da, sino que le hace creer que así es.

Abraham muestra importante preocupación por la seguridad de su madre, esto le genera angustia y le lleva a estar apegado a ella. En la escuela demuestra su afecto con actitudes agresivas u hostiles al momento de querer relacionarse lo que provoca que la gente se aleje de él; la falta de atención que tiene en casa la consigue en la escuela actuando con indisciplina hacia sus profesores, además de manifestar irresponsabilidad en las tareas escolares.

### *b) Actividad de las fantasías*

Tiende a idealizar a su madre de manera importante, hace uso de su fantasía para protegerse del entorno, creándose una realidad propia en la cual él busca equilibrio puesto que tiene deseos insatisfechos que lo llevan a la creación de la fantasía para satisfacerlos imaginariamente, estos deseos de amor, de apoyo, donde él se siente fuerte ante las situaciones desfavorables por las que ha pasado, dando soluciones que no existen en la realidad pero que él convierte en goce que ha llevado al principio de realidad a ceder.

c) *Ítems de la sintomatología*

Abraham se siente en la obligación de tener un rol masculino en casa pero no como de hijo sino como de protector de la familia, situación que le genera angustia dado que sus capacidades no son las suficientes para cubrir un rol como ese. Además que llega a considerar que él es el culpable de las situaciones complicadas que suceden dentro de su familia, se percibe con una carga importante de responsabilidades, responsabilidades que él se adjudica y que no puede delegar a quien le pertenecen. Esto se ve reflejado en sus relaciones interpersonales, descargando dichas responsabilidades en otras personas que le brindan la confianza para mostrarse tal como es, pero en ese afán de mostrarse también afecta estas relaciones que logra fuera del hogar.

Abraham es un niño que muestra agresión contenida y cuando la llega a descargar no mide consecuencias. Su madre es una persona a quien también le es difícil mostrar emociones, en la familia de Abraham pocas veces se dedica tiempo para hablar de lo que sucede, más bien tienden a anularlo. Se observa que retienen emociones por mucho tiempo, él tiende a ser problemático específicamente en el salón de clases, destructivo y rígido al momento de comunicarse incluso es obstinado en sus decisiones y opiniones.

**7. Evaluaciones dinámicas y estructurales (conflictos).**

a) *Conflictos externos*

Abraham tiene un alto grado de energía agresiva y autodestructiva que se observa al momento en que se relaciona e interactúa en el ambiente dado que busca la satisfacción total e inmediata de sus impulsos destructivos y esto genera una falta de voluntad y organización en su estructura dinámica. Su inconsciente tiene objetivos muchas veces ajenos a la realidad, más bien fantasmagóricos, esto provoca temor a la agresión objetal que implica que su yo no lo proteja de esto y así tienda a utilizar actitudes impulsivas para protegerse.

b) *Conflictos internalizados*

El yo de Abraham no siempre realiza la función que le corresponde como mediador de las estructuras, dado que esta regulación de los instintos primarios y las exigencias del mundo exterior no son satisfechas adecuadamente, es decir, su yo no ha facilitado que el ello haga

contacto con la realidad lo que provoca que el paciente no demuestre sentimientos de culpa en varias ocasiones. La función conservadora que debe de cumplir el yo no está actuando debidamente porque el paciente muestra conductas autodestructivas con cambios que no le favorecen en la integración de la exigencias del mundo interno y externo, por lo que la búsqueda de soluciones, consecución de objetivos y control le resulta difícil, en la mayoría de las ocasiones al saberse sin posibilidades de lograrlo prefiere evadir. El superyó del paciente es débil, evita responsabilidades y anula sus emociones, por lo que más que ejercer el deber ser, actúa en base al momento, pero no necesariamente por los valores que le han impuesto dado que son pocos, además de no haber registrado la ley del padre que le impusiera reglas y límites.

*c) Conflictos internos*

El paciente suele actuar pasivamente cuando se ve inmiscuido en algún problema, no se detiene a pensar en soluciones sino que le resta importancia a las situaciones. Presenta ambivalencia que no ha podido resolver dado que las muestras de afecto y los roles en el hogar no son claros, situación que ha perturbado de manera importante la personalidad del paciente. Las fantasías y deseos reprimidos de él, por su carácter inaceptable para el sistema consciente han afectado para la conformación de una dinámica adecuada entre el ello, yo y superyó. Abraham sustituye deseando tener el control de las cosas a través de la hostilidad y mostrándose ambivalente con los demás a causa de la fuerza del ello y superyó débil impuesto en él, lo que le genera conflictos importantes internos, mostrando la poca fusión de las instancias psíquicas.

## **8. Evaluación de algunas características generales.**

*a) Tolerancia a la frustración*

Abraham pocas veces ha recibido lo que realmente quiere a lo largo de su desarrollo, carencias no sólo económicas, sino también afectivas. Cuando sabe que algo no puede llegar a él lo evade o actúa de manera hostil ante la situación generando ansiedad pero no de manera exagerada sino que el paciente trata de mostrarla lo menos posible, tratando de justificar las razones por las que no obtuvo lo que deseaba para así relajar su angustia. Esta manera hostil de actuar no suele representarla en el hogar sino que por lo regular la lleva a otras áreas en

las que se desenvuelve, como la escuela y con los amigos. Ante esta incapacidad de demostración de inconformidad el paciente desarrolla síntomas de inmediato a nivel somático como gripe o dolores de estomacales entre otros.

*b) El potencial de sublimación*

La capacidad de sublimación de Abraham se observa que en el momento de llegar a análisis no es adecuada dado que su agresión y hostilidad se hacen presentes a la brevedad posible, no obstante, se observa que sí tiene la habilidad de sublimar, ya que cuando se le proponen actividades donde puede descargar sus impulsos agresivos él accede, por ejemplo jugar fútbol y talleres que tienen en la escuela como herrería o peluquería. Al trabajar con él muestra una disposición a aceptar las gratificaciones desplazadas que se le proporcionan en terapia y que por ende tienen fines de inhibir o neutralizar los impulsos, dado que intenta adaptarse al encuadre haciendo uso de la reflexión y la dominación voluntaria de los afectos.

*c) La actitud general del paciente hacia la ansiedad*

Las defensas de Abraham intentan dominar las situaciones que le generan ansiedad y quiere hacer ver ante los demás que no le afectan, pero manifiesta síntomas como agresión, inconformidad, agresión verbal, psicológica y pocas veces física, en especial a sus compañeros. La estructura del yo no está totalmente saludable dado que su ello suele predominar en las acciones, lo que indica que presenta un superyó poco estructurado y desequilibrado. La ansiedad se manifiesta fácilmente y esto dificulta el adecuado comportamiento de Abraham teniendo temor tanto al mundo interno como al externo puesto que no hay una regulación o equilibrio entre las instancias psíquicas, generando así un intento de dominar el peligro interno, el externo lo controla de mejor manera dado que pocas veces muestra de manera verbal lo que le sucede sino que reacciona de forma inmediata.

*d) Fuerzas progresivas del desarrollo contra las tendencias regresivas.*

Se muestran tendencias regresivas en el paciente porque no ha pasado de una etapa a otra adecuadamente, tiende a usar mecanismos defensivos correspondientes a etapas anteriores del desarrollo. La formación de síntomas no es transitoria sino éstos que se mantienen por largo tiempo y de manera indefinida a causa de no cuenta con un equilibrio entre las fuerzas internas, por lo tanto suele ser resistente a las soluciones, lo que limita en

cierto modo el trabajo terapéutico. La lucha entre la fuerza progresiva y la regresiva en Abraham indican el deseo activo de crecer y su resistencia a renunciar a los placeres pasivos de la infancia, puesto que hace mucho uso de los últimos, esto también interfiere en el avance terapéutico.

## **9. Diagnóstico.**

A pesar de los síntomas manifiestos en su conducta y el desarrollo de su personalidad en el contexto en el que ha vivido Abraham se encuentra en una posición favorable para lograr salud y estabilidad emocional, estos síntomas con trabajo terapéutico pueden resultar transitorios y pasar a ser secundarios de las tensiones del crecimiento y de las situaciones que ha vivido.

Muestra regresiones permanentes de los impulsos hacia puntos de fijación que se han establecido con anterioridad que llevan al paciente a conductas destructivas, hostiles, de infantilismo y dificultades en la adaptación, teniendo en especial una agresión invertida, autopunitiva ya que siente temor más que agresividad. Esta agresividad en gran medida es revertida hacia sí mismo, por este motivo ha desarrollado una necesidad de apoyo importante que busca a través de condiciones desfavorables para poder atraer la atención de las personas que él quiere, esta es la forma en que aprendió a relacionarse, además que presenta falta de disciplina y pocos límites que dan por consecuencia conductas desaprobadas en el ambiente en el que está incluido.

Tuvo privaciones desde edades tempranas que le generaron perturbaciones en el desarrollo y estructuración psíquica, esto repercute en las tendencias progresivas de su personalidad, puesto que ha tenido situaciones que lo han llevado a actuar como adulto, esto lo ha confrontado ya que no está listo para comportarse como tal y a manera de protección después de estas situaciones, el nivel de regresión se ha manifestado de forma importante, creando un progreso destructivo en su mundo interno, pero usando mecanismos de funcionamiento a nivel neurótico por esta razón es que ha logrado mantenerse funcional en cierta medida y con un nivel de resiliencia que ayuda al proceso terapéutico.

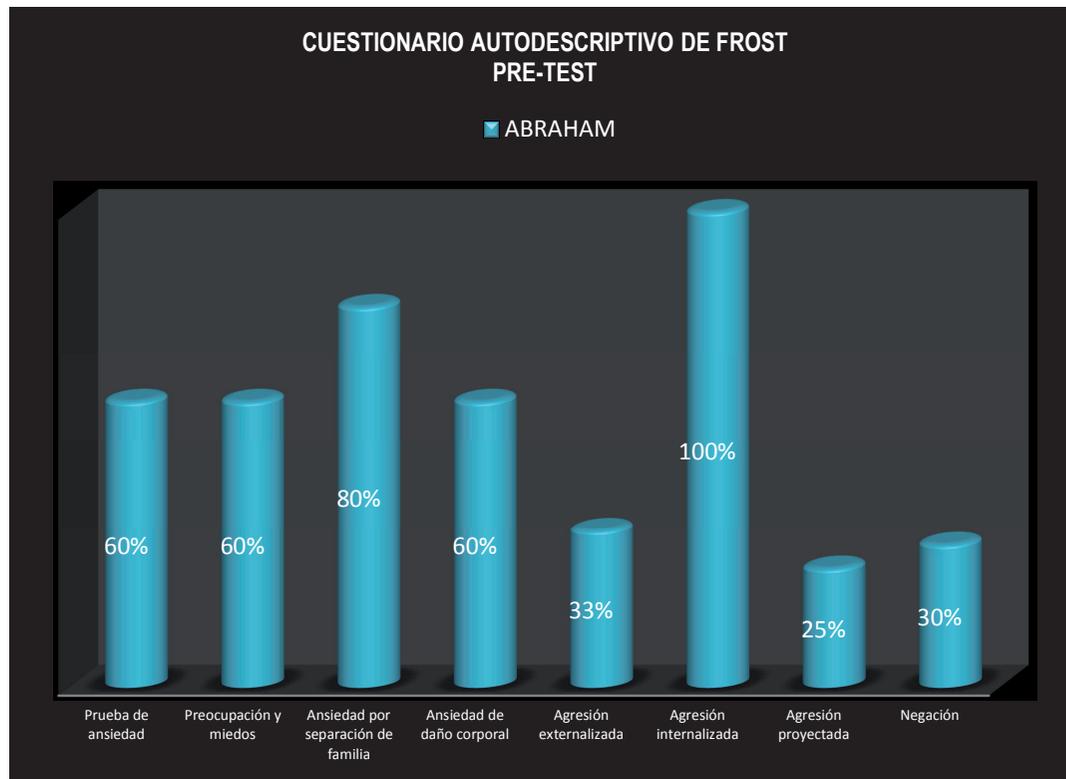
**5.2.3 Pre-test.**

<b>TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER). PRE-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
ABRAHAM	<p>Presenta baja autoestima, tiende a la represión por lo que suele actuar de forma insegura, además que muestra baja energía para realizar las cosas. Sin embargo, tiende a descargar su impulsividad de forma hostil sin pensar en las consecuencias de sus actos, por lo tanto, es una persona que le cuesta trabajo reconocer sus errores y con poco deseo de cambio. Es rígido con temor a sus propios impulsos lo que señala cierta inmadurez emocional con tendencia a la evasión de las situaciones que le generan molestia o ansiedad, incluso se siente con pocas capacidades de alcanzar sus objetivos por lo que evita tareas complejas o que sienta con pocas posibilidades de lograr a la perfección.</p> <p>Le cuesta trabajo interactuar en el ambiente debido a que tiende a ser desconfiado e impulsivo, de acuerdo a lo anterior intenta controlar estos impulsos a través de la inhibición de los mismos, aunque llega a sentir que el control que usa no le es suficiente. Manifiesta conflictos sexuales propios de la etapa en la que se encuentra dado que está en un proceso de cambio corporal.</p>

<b>PERSONA BAJO LA LLUVIA.</b>	
<b>PRE-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
ABRAHAM	<p>Suele desvalorizarse dado que presenta baja autoestima y timidez, lo anterior se refleja en la inseguridad que tiene para actuar. Es introvertido y en ocasiones pesimista dado que tiene traumas sin resolver, por lo que cuando se siente amenazado se defiende por medio de la agresión, se impacienta con facilidad lo que le provoca ansiedad y baja tolerancia a la frustración. Suele negar las presiones y conflictos del ambiente en el que se encuentra, pero intenta defenderse de las mismas aunque su principal temor son ante situaciones sociales donde pueda ser evidenciado por alguna equivocación y en especial por las figuras de autoridad, lo que le genera desconfianza de las personas que lo rodean.</p> <p>Por lo anterior Abraham tiene la necesidad de aferrarse a algo aunque no esté seguro de que le sirva como defensa; tiende a negar los conflictos que le acontecen generando así una dependencia materna que le impide el hacer las cosas por sí mismo, por tal motivo siente necesidad de apoyo para poder sobresalir.</p>
<b>TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA.</b>	
<b>PRE-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
ABRAHAM	<p>Está arraigado al núcleo familiar, sin embargo presenta conflictos emocionales dado que tiene conflictos con el hermano menor, debido a que Abraham siente que su hermano es el causante de algunos conflictos que hay en casa como la poca comunicación y atención que hay entre él y su mamá, lo que le genera tensiones emocionales importantes. En cuanto a los padres muestra desvinculación afectiva inclusive tiende a desvalorizarlos quedando roto el vínculo entre ellos, en especial de la madre. Abraham se siente con poca capacidad analítica para ver los problemas y dificultad para desarrollarse en el área académica, por lo tanto, suele depender de otras personas para sobresalir en el área intelectual y buscar estabilidad emocional.</p>

### CUESTIONARIO AUTODESCRIPTIVO DE FROST PRE-TEST

La siguiente grafica permite ver de manera individual cómo es que se encuentra el paciente al inicio de la terapia en cuanto a ansiedad y agresión se refiere.



Se le dificulta concentrarse en tareas escolares, en especial se pone nervioso cuando tiene exámenes. Busca relacionarse de forma agradable y amistosa para obtener buenas relaciones con pares y figuras de autoridad. Cuando alguien hace algo bueno por él siente que lo hace para obtener algo, por lo que prefiere que otros le digan lo que tiene que hacer.

Considera que no siempre actúa como debiera y que no hace por sus papás lo necesario, además por las noches tiende a preocuparse por lo que pasará al día siguiente.

Suele actuar de manera hostil con los demás, aunque después siente culpa, incluso llega a pensar que es una persona extraña.

Se angustia cuando piensa que puede morir alguna persona que él quiere y quedarse solo, por lo que le cuesta trabajo despedirse de las personas.

Le gusta el futbol, la música de moda y la natación, esto le ayuda a relajarse.

#### **5.2.4 Dibujos.**







**5.2.5 Sesiones.**

<p><b>DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES</b></p> <p><b>NOTA: Se denominará con la letra "T" a las intervenciones de la terapeuta y con una "P" a las del paciente, con el fin de que la información proporcionada sea más clara al momento de leerla.</b></p>	<p><b>INTERPRETACIÓN DE LA SESIÓN</b></p>
<p><b>SESIÓN 2</b></p> <p>Entra a sesión y pide jugar con el ajedrez nuevamente, su actitud es muy seria, reservado y le cuesta trabajo hacer contacto con los ojos.</p> <p>T: ¿Por qué te gusta jugar ajedrez?</p> <p>P: <i>"Pues es que lo jugaba con mi abuela y ella me enseñó a jugar todos los juegos de mesa que me sé".</i></p>	
<p>T: ¿Ya no lo juegas o por qué dices que lo jugabas? Contesta de forma fría, sin mostrar alguna emoción que indique tristeza.</p> <p>P: <i>"Pues es que ya se murió y ya hacía mucho que no jugaba, y antes de que se muriera cada que salía del internado jugábamos".</i></p>	<p>Hago un señalamiento sobre el jugar ajedrez es como recordar a su abuela.</p>
<p>T: ¿Cuánto hace que murió?</p> <p>P: <i>"Pues no me acuerdo hace como 4 meses, es que no me acuerdo bien".</i></p>	
<p>T: ¿Y cómo te sientes con esta situación tan difícil?</p> <p>P: <i>"Pues normal".</i></p>	<p>Lenguaje monosilábico.</p>

<p>T: ¿Cómo es normal? Él continua sin hacer contacto con los ojos, tiende a mover desde el inicio de la sesión los pies de manera constante, solo mantiene la mirada en el juego. P: <i>"Pues no sé, normal no estoy triste ni nada"</i>.</p>	<p>Aplanamiento afectivo, aun cuando no demuestra la emoción la manifiesta de forma verbal.</p>
<p>T: ¿De qué murió? P: <i>"No sé bien, creo que tenía diabetes y le cortaron una pierna hace mucho y luego se volvió a poner mala y creo que ya después no salió del hospital"</i>.</p>	<p>Dificultad para hacer contacto con emociones.</p>
<p>T: ¿Por qué no sabes con exactitud lo que paso, no estuviste con ella? P: <i>"No yo no, solo mi mamá"</i>.</p>	<p>Hago señalamiento acerca de que le cuesta trabajo hablar de las cosas.</p>
<p>T: ¿Por qué razón no estuviste ahí? P: <i>"Pues es que estaba en el internado y tenía que estar en clase"</i>.</p>	
<p>T: ¿Pero si fuiste al funeral? Cambia de posición en la silla recurrentemente. P: <i>"No, tampoco solo mi mamá. Hasta el fin de semana que salí del internado mi mamá me dijo lo que había pasado"</i>.</p>	
<p>T: ¿Y cómo te sentiste cuando te dio la noticia? P: <i>"Pues si sentí feo, solo le pregunte que qué fue lo que había pasado y ya me dijo y pues ya nos fuimos a la casa"</i>.</p>	<p>Poca comunicación con su mamá.</p>
<p>T: ¿Ya no hablaron más sobre el tema? P: <i>"No, ya no"</i>.</p>	
<p>T: ¿No quisiste ir a visitar a tu abuela?, veo que era muy importante para ti. P: <i>"Pues sí, pero mi mamá no me dijo que fuéramos y solo nos fuimos a la casa"</i>.</p>	<p>Poco contacto emocional con</p>

	su mamá.
<p>T: ¿Y por qué no le dijiste que querías ir a verla? Se toca la cara como si la tallara.</p> <p>P: <i>"Pues no sé".</i></p>	Resistencia a hablar.
<p>T: ¿Cómo te sentiste al llegar a tu casa y no ver a tu abuela?</p> <p>P: <i>"Pues raro porque ya no estaba, ni tampoco algunas de sus cosas".</i></p>	
<p>T: ¿Y tu mamá también pasa tiempo contigo como tu abuela lo hacía?</p> <p>P: <i>"No, es que ella trabaja todo el día y ella no sabe jugar estos juegos o luego tiene que cuidar a mi hermano".</i></p>	Soledad, dado que su mamá pasa poco tiempo con él. Poco contactos con otras figuras significativas.
<p>T: ¿Qué edad tiene tu hermano?</p> <p>P: <i>"Pues como 1 mes, bueno ella ahorita no lo cuida mucho porque casi se está muriendo".</i></p>	Angustia por su mamá, pero evade el sentimiento.
<p>T: ¿Cómo es que se está muriendo? Voltea a verme y hace un poco más de contacto olvidando un poco el juego.</p> <p>P: <i>"Pues es que como se acaba de aliviar, se estuvo desangrando como 15 días o más porque le dejaron la placenta adentro y ahorita ella está enferma y una vecina es quien le está ayudando porque la tuvieron que operar y pues yo escuche cuando dijeron que se estaba muriendo".</i></p>	Preocupación por la salud de la madre.
<p>T: ¿Y cómo te sientes con esto tan difícil que está pasando?</p> <p>P: <i>"Pues mal, porque si la vi enferma y pues no puedo estar ahí con ella, pero también dijeron que ya con la operación ella se recuperaría, aunque si está sangrando mucho".</i></p>	Deseo de estar en contacto con su familia.
<p>T: ¿Y tu papá donde esta?</p> <p>P: <i>"Pues no sé, no lo conozco".</i></p>	Sensación de abandono.

<p>T: ¿Entonces quién es el papá de tu hermano? P: <i>"Era el novio de mi mamá".</i></p>	
<p>T: ¿Ya no tiene novio? P: <i>"Es que lo mataron hace como 6 meses o no sé cuánto".</i></p>	
<p>T: ¿Y tu papá que paso con él? P: <i>"Pues se fue al otro lado y ya no regreso, yo tenía como 4 años eso me dice mi mamá".</i></p>	
<p>T: ¿Cómo fue que mataron al novio de tu mamá? P: <i>"Pues no sé, solo sé que lo encontraron en la calle muerto, pero no sé".</i></p>	<p>Duelos sin resolver. Pérdida de objetos significativos.</p>
<p>T: Veo que has pasado por situaciones muy difíciles, ¿Cómo te sientes después de todo esto? P: <i>"Pues normal, ya hace mucho que pasé".</i></p>	
<p><b>PARTE INTERMEDIA SESIÓN 28</b></p> <p>Entra a sesión emocionado y sonriendo.</p> <p>T: ¿Cómo te fue en la semana? P: <i>"Bien, vino a jugar otra escuela al internado para continuar con el torneo y ganamos, casi meto un gol pero se me cebo, pero si di un pase por la lateral y mi amigo si pudo meter un gol".</i></p>	<p>Le hago saber que en esta sesión se nota con mayor disposición al trabajo.</p>
<p>T: ¿Cómo quedo el partido? P: <i>"Pues quedamos dos cero y uno de esos goles fue de mi pase. Bueno también la escuela que vino no es muy buena".</i></p>	<p>Hago señalamiento de sus logros aun cuando el contrincante no sea el mejor.</p>
<p>T: ¿Y vino tu mamá a verte? P: <i>"Pues no, ella trabaja mucho y también tiene que cuidar a mi hermano, es mejor que se quede porque si no, no hay quien lo cuide, solo ha venido 2 o 3 veces cred".</i></p>	

<p>T: ¿Tú les has dicho que te gustaría que viniera a verte? P: "Sí, pero no puede, me dice que tiene que trabajar y ya solo me da para la combi cuando los juegos son los sábados".</p>	<p>Deseo de ser reconocido por una figura significativa, en este caso la terapeuta.</p>
<p>T: ¿Cómo te sientes al ver que no viene a verte? Cambia su postura, de tal manera que corporalmente se muestra la emoción. P: "Pus mal, porque no puede venir".</p>	<p>Inicia a reconocer sentimientos.</p>
<p>T: ¿Y le has dicho que te sientes mal porque no viene a verte? Contesta de una forma segura, cambia su postura se sienta más cómodo y su voz es un tono cálido. P: "Pus no, juego igual aunque no venga, pues como ya estoy acostumbrado porque también me voy solo a Uruapan a visitar a mis tíos".</p>	<p>Ausencia de figuras parentales.</p>
<p>T: ¿Cómo es eso que te vas solo a Uruapan? P: "Sí, desde hace mucho, solo me lleva al camión y yo me voy solo y ya mis tíos me recogen allá".</p>	<p>Justifica constantemente las acciones de su mamá.</p>
<p>T: ¿Y te gusta viajar solo? Trae un pedazo de papel y lo inicia a deshacer. P: "Pues ya me acostumbre, es que mi mamá no puede ir porque tiene que trabajar, además nunca hablo con extraños".</p>	
<p>T: ¿Y vas a Uruapan porque tú quieres visitar a tus tíos o porque tu mamá te manda? Contesta con un tono más suave, su cuerpo de hace hacia adelante, sube un pie a la silla y lo pone por debajo del otro. P: "Pues algunas veces sí voy porque yo quiero, pero luego mi mamá es la que me anda diciendo que si no quiero ir a Uruapan unos días y pus ya le digo que sí, aunque a veces no tenga muchas ganas de ir".</p>	<p>Dificultad para decir lo que piensa.</p>
<p>T: ¿Y por qué no le dices que no tienes ganas de ir? Baja la mirada y continúa deshaciendo el pedazo de papel. " P: "No sé, nunca le he dicho, ya luego cuando llego mis tíos me llevan a jugar futbol o vamos al campo o estoy con mis primos y también juego fut y ya me divierto".</p>	<p>Muestra ansiedad por los sentimientos que está manifestando.</p>

<p>T: ¿Qué posición juegas en el futbol?                  P: <i>"Soy defensa, pero pocas veces soy lateral, más bien siempre soy defensa"</i>.</p>	<p>Interpreto la posición que juega en el futbol con la manera en que justifica y defiende a su mamá.</p>
<p>Después de la interpretación, se queda callado y voltea a verme de forma lenta a los ojos deja de deshacer el papel además de tener un gesto que indica cierta sorpresa.                  T: ¿Cómo te sientes?                  P: <i>"Pus mal" hay una pausa de segundos y comenta "Luego me toca cuidarla porque no hay nadie más en mi casa y me toca hacer las cosas a mí. Y luego dejo de jugar o algo que esté haciendo y pus luego a veces no me pregunta si puedo o quiero hacerlo"</i>.</p>	<p>Capacidad de insight.</p>
<p><b>SESIÓN 41</b></p>	
<p>T: ¿Cómo estás?                  P: <i>"Bien"</i>.</p>	
<p>T: ¿Cómo te fue en la semana?                  P: <i>"Más o menos"</i>.</p>	
<p>T: ¿Por qué, qué paso?                  P: <i>"Pues me robaron mi x-box"</i>.</p>	
<p>T: ¿Cómo que te lo robaron?                  P: <i>"Sí, es que me quede en casa de un vecino a dormir y me lo lleve y después al día siguiente ya no estaba"</i>.</p>	<p>Preocupación por la reacción de su mamá a causa de que le robaron el x-box.</p>

<p>T: Entonces ¿Cómo fue que lo robaron?                  P: "Pues no sé, mi amigo dice que en la noche fueron unos amigos de él y que tal vez ellos se lo llevaron, que les iba a preguntar".</p>	
<p>T: ¿Y cómo te sientes con lo que paso?                  P: "Pues mal, porque mi mamá me regañó porque me había dicho que no lo sacara de la casa y yo me lo llevé".</p>	<p>Congruencia entre emoción y conducta.</p>
<p>T: ¿Y crees que tú tienes la culpa? Contesta con un tono ligeramente elevado y su cuerpo se pone rígido                  P: "Pues no, yo ya le dije que no fue mi culpa, que sí me lo lleve pero que no fue mi culpa que me lo robaran".</p>	<p>-Reconocimiento de sensaciones.                  -Deja de justificar las conductas de su mamá.</p>
<p>T: ¿Qué te contesto tu mamá?                  P: "Pues que ya no me iba a comprar nada y que a ver cómo le hacía yo pero que tenía que recuperar el juego".</p>	
<p>T: ¿Cómo te sentiste al decirle lo que sentías?                  P: "Pues normal, pus es que también me estaba regañando mucho y no me gusto".</p>	<p>Ansiedad al recordar la pérdida del X-box, por las consecuencias que podía generar el ya no aceptar responsabilidades que no le corresponden.</p>
<p>T: ¿Qué piensas acerca de la conducta de tu mamá?                  P: "Pus no sé, siento que no está bien".</p>	
<p>T: ¿Y le dijiste lo que sientes?                  P: "Pus no, me quede callado porque estaba enojada, pero voy a ir con mi amigo a ver si sabe algo,</p>	<p>Capacidad de pedir lo que necesita y expresar lo que</p>

<p><i>ahora que salga del internado</i>'.</p>	<p>piensa aunque no sea de la manera más fluida y espontánea.</p>
<p>T: ¿Le dijiste algo a tu amigo por lo que paso con tu juego? Trae una bufanda y la está metiendo constantemente a la boca, cambia de posición y se sienta de lado. P: "No, solo le dije que donde estaba, y ya me dijo que ni sabía que también iba a preguntar".</p>	
<p>T: ¿Qué piensas hacer? P: "Voy a ir con mi amigo y pues si él sabe que amigos fueron pues que me lo paguen o que me lo regresen".</p>	<p>Facilidad de adaptarse a las situaciones.</p>
<p>T: ¿Piensas ir solo a decirle o con tu mamá? P "Yo solo, luego mi mamá se enoja, aunque creo que ya fue a decirle también que lo regresará".</p>	
<p>T: ¿Tú qué sospechas que sucedió? P: "No sé, que tal vez los amigos de mi amigo se lo llevaron porque ya no estaba pero también que mi amigo puede saber que sucedió, siento que no me lo van a devolver porque ya paso una semana y mi mamá me dijo que no sabía nada".</p>	
<p>T: ¿Por qué te quedaste en otra casa? P: "Mi mamá me deja a veces ahí porque le toca trabajar en la noche y luego no quiere que me quede solo, y como la señora es su amiga y su hijo es mi amigo y nos ponemos a jugar".</p>	<p>Establecimiento de otras personas significativas fuera del hogar.</p>
<p>T: ¿Y te gusta quedarte ahí? P: "A veces sí y a veces no".</p>	
<p>T: ¿Por qué si o por qué no? Su cuerpo esta como aflojerado. P: "Es que a veces me aburro y me gusta quedarme más en mi casa pero antes no me hablaba con su hijo pero ahora si me hablo y pus ya por eso a veces si me gusta ir. Ya casi se acaba el tiempo verdad".</p>	<p>Señalo que con anterioridad no había hecho referencia al tiempo. Señalo que hacia un</p>

	par de sesiones habíamos hablado del término del proceso y la posible relación con su comentario.
<p>T: ¿Ya quieres que termine la sesión? Deja de usar la bufanda, recarga sus manos en la silla y balancea sus pies.</p> <p>P: <i>"Pues no, o como sea está bien, solo que sentí como que ya pasó".</i></p>	Deseo de controlar. Situación positiva en el sentido de que ahora busca situaciones en las que se vea beneficiado y sentirse bien.
<p>T: ¿Te preocupa que termine?</p> <p>P: <i>"No".</i></p>	
<p>T: ¿Ya no quieres seguir hablando?</p> <p>P: <i>"Sí, pero ya te platique lo que me paso y sentí que ya se acabó el tiempo, pero no sé".</i></p>	Conciencia del trabajo en sesión y tiene más estructurado lo que hablará en la misma.
<p>T: Sí, ya casi se termina pero tenemos unos minutos más. ¿Te gustaría agregar algo?</p> <p>P: <i>"Pues no, bueno ojala me regresen mi juego, porque si me gusta mucho".</i></p>	
<p>T: ¿Qué pasará si no te lo regresan?</p> <p>P: <i>"Voy a tener que ahorrar para comprar uno yo, aunque tarde mucho porque mi mamá ya no me va a querer comprar uno".</i></p>	<p>-Capacidad de ver las cosas de manera positiva y con esperanza de algo.</p> <p>-Capacidad de buscar soluciones para sentirse bien con él mismo.</p>

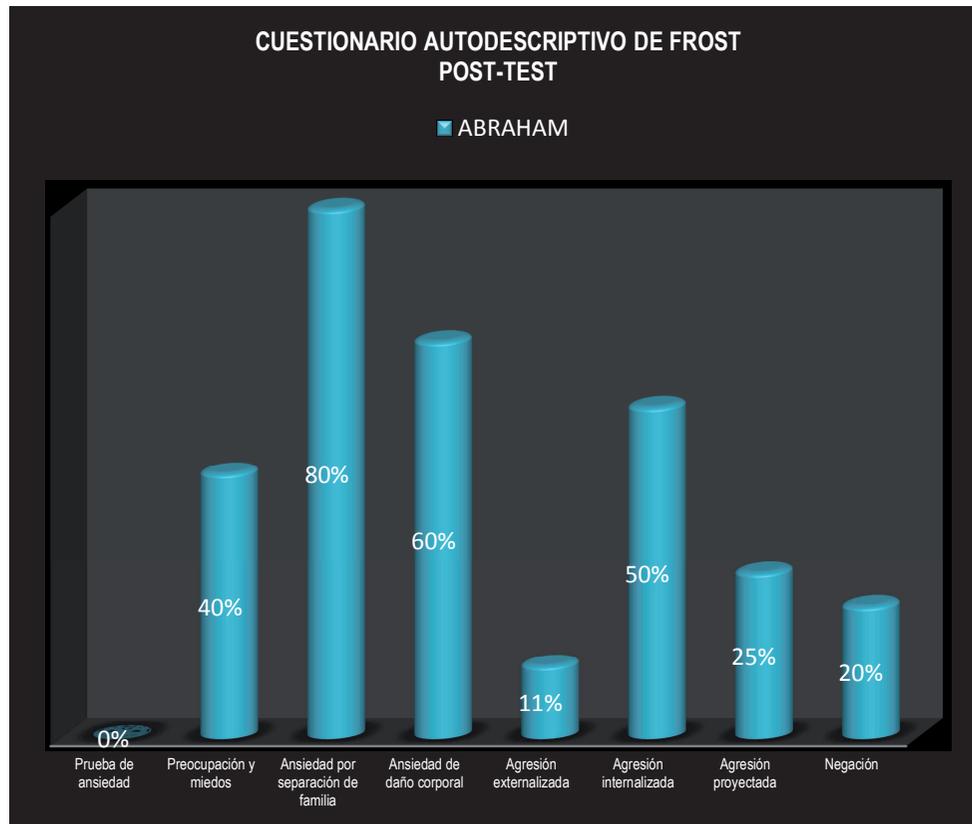
**5.2.6 Post-test.**

<b>TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER). POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
ABRAHAM	Se encuentra orientado hacia el ambiente, es idealista y optimista además presenta excesiva actividad motora como síntoma de agresión, cuando algo no le gusta tiende a expresar su incomodidad, incluso suele defenderse del ambiente que reprime sus emociones, así mismo, este ambiente lo percibe como frío y distante por tal motivo él suele actuar con poca espontaneidad y poco contacto afectivo con las personas, solo se muestra cuando las personas le proporcionan confianza. Llega a guiarse por el impulso y optar por una actitud terca, no obstante, cuando actúa lo hace seguro de sí mismo y de forma consciente.
<b>PERSONA BAJO LA LLUVIA. POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
ABRAHAM	<p>Tiene cierto conflicto con la figura paterna, es extrovertido e intenta tener buena comunicación con los demás, por el contrario se siente amenazado por la figura femenina a causa de los deseos edípicos propios de la edad.</p> <p>Presenta adecuadas defensas ya que se observa con confianza en sí mismo y afronta los conflictos sin exponerse a riesgos innecesarios, por esta razón presenta posibilidades de defenderse de las presiones ambientales. En ocasiones tiende a aferrarse a algo sin saber si le servirá de defensa en el momento, así mismo, puede llegar a actuar con cierta agresión, sin embargo, esta agresión en la gran mayoría de ocasiones la puede reprimir. Tiende a actuar hostil sino se siente seguro de las acciones a realizar, regularmente se muestra alegre y animoso ante los conflictos que se le puedan presentar.</p>

<b>TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA. POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
ABRAHAM	<p>Tiene sentimientos de indefensión y desvalorización hacia la familia, lo que en ocasiones le genera temor al mundo exterior, aunque siempre muestra voluntad y tenacidad para adaptarse al ambiente, además se esfuerza por entenderlo. Siente distanciamiento de la madre y suele anular a su hermano menor a causa de posibles celos, así mismo desea alejarlo física y emocionalmente del núcleo familiar.</p> <p>Tiene necesidad de crecer y controlar a los demás o a las situaciones, a causa de que en ocasiones tiene dificultad para comunicarse o establecer relaciones interpersonales. Presenta insatisfacciones corporales propias de la edad ya que se encuentra en un proceso de cambio físico; de igual manera tiene cierto temor a la agresión en especial de la figura paterna por lo que no se siente cómodo con el rol que debe de tener en la casa.</p>

### CUESTIONARIO AUTODESCRIPTIVO DE FROST POST-TEST

La siguiente grafica permite ver los cambios obtenidos del paciente en cuanto a ansiedad y agresión se refiere.



Busca relacionarse con los demás mostrándose amable y amistoso, considera que la gente habla de él cuando no está presente porque no les cae bien, esto le genera conductas impulsivas diciendo lo que piensa tal como lo siente. Sin embargo, está consciente que su conducta en ocasiones no es adecuada ya que puede llegar a ser hostil con los demás, incluso puede tener sentimientos de enojo y odio hacia las personas.

Le preocupa su rendimiento académico ya que en los exámenes considera que no sabe lo suficiente y esto le genera sentimientos de fracaso. Busca su bienestar aunque llegar a mentir para encontrarlo.

Sus angustias se manifiestan en sueños que le dan miedo. Le preocupa que le suceda algo malo a su familia y no tener a alguien a su lado que lo apoye.

Le gusta el ajedrez, el futbol, la música moderna y coleccionar cosas, esto le ayuda a relajarse cuando se siente mal.

### **5.2.7 Dibujos.**

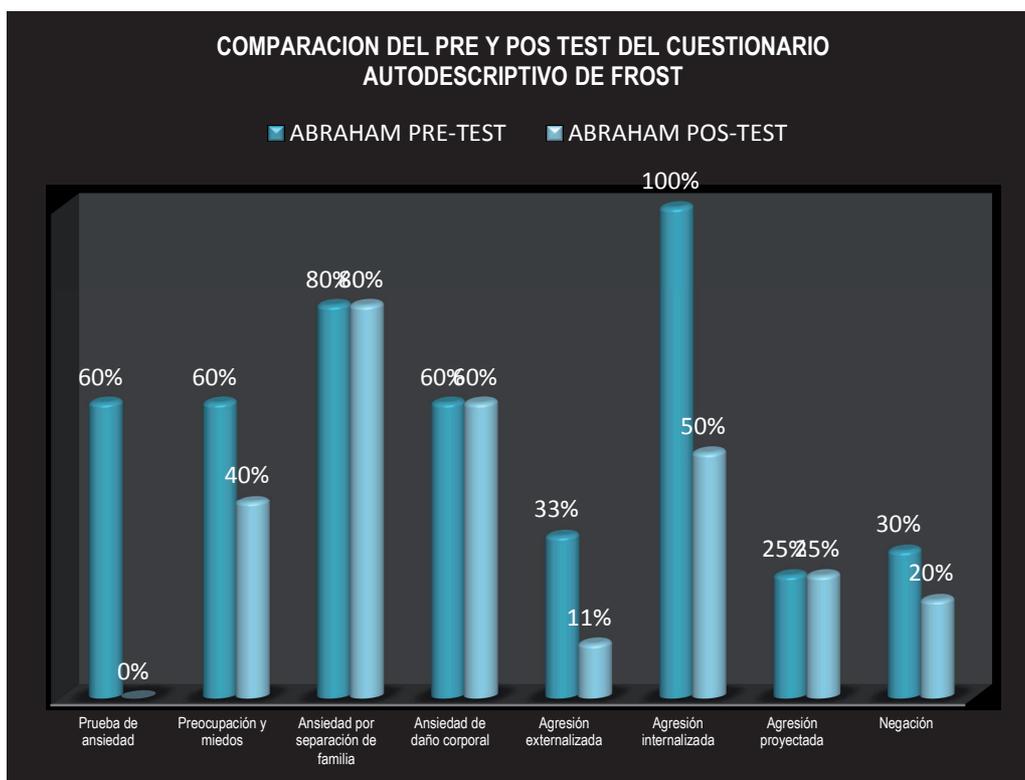






### 5.2.8 Cuadro comparativo de la prueba autodescriptiva de Frost.

En la siguiente grafica se puede observar los resultados del paciente del pre y post test de manera conjunta, se realiza a manera de comparación para ver los diferentes cambios que hubo en el sujeto, en especial de la agresión y ansiedad en la que se encontraba al inicio y declive de la terapia; además permite observar de una forma más global los resultados obtenidos y el distinto progreso que hubo el paciente.



### **5.3 LUIS.**

#### **5.3.1 Familiograma.**

### **5.3.2 Historia clínica.**

#### **1. Motivo de consulta.**

Es referido por su profesora por el siguiente motivo: *“Es hijo de una familia disfuncional, su aprendizaje es lento y en ocasiones cuando se enoja es agresivo. La mamá fue drogadicta, tengo entendido que estuvo en un anexo. En la actualidad Luis vive con su papá”.*

#### **2. Descripción del niño.**

Luis es un chico que actualmente está mudando dientes, tiene ojos grandes y pestañas risadas, cabello chino y oscuro, tez moreno claro, nariz recta y un poco chata, boca mediana, es de complexión delgada, su tono de voz es adecuada, su lenguaje es fluido, siempre tiene disposición al trabajo, es muy observador y participativo, suele decir lo que piensa, trata de compartir lo que tiene. Su higiene no es buena, generalmente tiene las manos y nariz sucias, la piel de las manos por lo regular esta reseca, es desaliñado, siempre trae los zapatos sucios, la ropa rota y un tanto sucia.

#### **3. Antecedentes familiares e historia personal.**

El padre de Luis es quien contestó la historia clínica y quien acude a las sesiones cuando se requieren entrevistas con los padres, por lo que se sabe poco del desarrollo del paciente, situación que es importante dentro de la historia de desarrollo del menor.

La madre de Luis es divorciada, de ese matrimonio tuvo una hija, después conoció al padre de Luis y decidieron vivir en unión libre, así vivieron por 10 años, decidieron hacerlo porque se embarazaron de su primer hija, después de estos años decidieron casarse sólo por la iglesia y tres años más tarde se separaron por problemas económicos, de comunicación y de atención entre ellos. Ella un día se fue y dejó a los niños en casa (la casa donde viven es de tres plantas y en los niveles de abajo vive la familia del padre, los abuelos paternos y algunos tíos de Luis), después llamó por teléfono para decir que ya no estaría con él por las razones anteriores, que sólo se llevaba a su hija (producto del primer matrimonio) y que en algunos días regresaría por sus otros tres hijos, los que son el resultado de este matrimonio.

Ella fue por sus hijos días después pero ellos no quisieron estar con ella, el padre de Luis comenta que no quieren estar con ella porque los golpeaba frecuentemente y los trataba muy mal, no los alimentaba, no los atendía, resalta que los niños le dicen que le tienen miedo a su madre, que incluso cuando va a visitarlos ellos se esconden para que no los vea y por temor a que quiera llevarlos con ella.

Actualmente ella trabaja como seguridad privada, pero explica el padre de Luis, que no suele durar en los trabajos, ya sea por su carácter o porque es muy exigente que incluso tiende a tener muchos problemas con su propia familia porque no logra establecer relaciones importantes. Él trabaja para una empresa refresquera, dice que a causa de sus horarios rotativos muchas veces no les presta la atención necesaria a sus hijos.

Luis es el segundo de tres hermanos y una media hermana mayor. Actualmente su padre vive en unión libre con otra persona, quien tiene una hija de 2 años de edad, comenta que ahora que ella está en casa ha mejorado un poco la estabilidad de sus hijos niños porque les brinda esa atención que no tenían. Antes de que ella llegara a la familia quien los cuidaba era la abuela paterna o una hermana del padre, ya que viven en la misma casa.

Al enterarse del embarazo del que fue producto Luis, su padre describe la situación familiar como estable, dado que ambos trabajaban. Su situación económica era regular, aunque Luis no fue planeado sí fue deseado, los padres reaccionaron de manera efusiva ante esta noticia. Como era su segundo hijo y la primera fue niña ahora querían que fuera varón, refiere el padre.

El embarazo llegó término, la salud de la madre de Luis durante el mismo fue buena, no tuvo complicaciones, pero aumentó mucho de peso. En ocasiones tuvo infecciones vaginales porque que llegaban a tener relaciones sexuales sin procurar higiene.

El parto de Luis fue espontáneo, su padre no recuerda si se utilizó anestesia; comenta que al momento del nacimiento hubo alguna complicación con el niño pero no recuerda cual fue, al parecer no respiró pronto por lo que permaneció una semana en incubadora.

El paciente fue alimentado con pecho materno durante dos meses porque la producción de leche era insuficiente, por tal motivo se comenzó a alimentar con biberón y se le retiró hasta los dos años de edad, su padre no recuerda cual fue el método para hacerlo.

En la alimentación considera que no tuvo problemas, pero cree que por comer frecuentemente los mismos platillos eso le enfadaba y no comía adecuadamente, en la actualidad Luis es vegetariano, sólo pide para comer verduras y frijoles, en ocasiones huevo. Sin embargo, su padre considera que esta conducta se origina por influencia de la televisión y por estas razones lo obliga a comer carne.

El padre de Luis no recuerda si éste tuvo problemas para dormir cuando era bebé, pero que en la actualidad se mueve mucho y habla durante el sueño, comenta que dice ver cosas extrañas, como si viera fantasmas. Luis durmió hasta los 6 años en la misma habitación que sus padres pero en distinta cama, actualmente en algunas ocasiones ha mostrado miedo para dormir solo, pero después de un rato se tranquiliza y logra dormir, el paciente llora cuando no hay alguien más en casa.

A los dos años de edad aproximadamente se le entrenó para el control de esfínteres, su padre no recuerda a qué edad fue para cada área, pero sí que aproximadamente a los dos años ya lo sabía hacer solo, no recuerda exactamente de qué manera lo enseñaron, pero sí recuerda que los imitaba a ellos cuando iban al sanitario y después el paciente pedía ir solo baño.

A los tres años pudo unir palabras y lograr una frase, pero no recuerda las primeras palabras ni a qué edad las dijo. A los 8 meses aproximadamente el paciente logró sentarse sin ayuda, recuerda que sus movimientos siempre han sido fluidos. Lo que más le gusta hacer es jugar fútbol y andar en bicicleta, él solo aprendió a andar en bicicleta.

A los 5 años aproximadamente Luis percibió la diferencia de sexos, su padre comenta que nunca los cuestionó con dudas acerca del desarrollo sexual, sino que en la escuela, él supone, le enseñaban algo y cuando estaba en la casa sólo confirmaba lo que había aprendido. Luis siempre imitó a su padre.

El paciente ingresó al preescolar a los 5 años y le gustó mucho, él ya quería asistir a la escuela desde tiempo atrás. El nivel de su aprovechamiento escolar disminuyó en primer y segundo grado de primaria cuando ingresó al internado, actualmente ha mejorado, tiene una tía que es educadora y en ocasiones le ayuda en las dudas y tareas escolares. Explica el padre de Luis que en esos grados donde bajó de calificaciones fue porque se distraía mucho, lo reportan frecuentemente por peleas con sus compañeros y no trabajar en la clase; pocos son sus compañeros con los que se relaciona bien, sus compañeros se burlan de él por la situación de relaciones de pareja de sus padres.

Con sus maestros suele tener fricciones, no les respeta, su padre desde hace un año le ayuda con sus tareas y se ha percatado de notas en sus libretas por no trabajar en clases, después de que el padre se enteró de esta situación Luis arrancaba las hojas con las notas para que no los viera, pero la profesora se lo hacía saber en persona cuando acudía a la escuela. Incluso Luis le mentía a su padre diciéndole que no habría clases, datos que desmentía corroborándolos con una compañera de clase que vivía cerca de su casa.

Para los éxitos o fracasos de Luis, su madre no solía felicitarlo si lograba algo positivo, pero si se equivocaba lo castigaba sentándolo en una silla de la que no debería levantarse hasta que ella lo decidiera, cuando ella quería que Luis guardara silencio le contaba hasta tres y si no lo cumplía le golpeaba con la mano, su padre ante esta situación no intervenía. Su padre intentaba felicitarlo si lograba algo positivo y si Luis se equivoca plática con él, no considera que lo que hacía su esposa fuera lo correcto; los castigos consistían en privaciones, a veces golpes y amenazas verbales.

De acuerdo al desarrollo de la personalidad de Luis su padre no recuerda varios momentos, sin embargo, considera que los berrinches del menor no eran frecuentes cuando era más pequeño pero que en la actualidad los presenta con mayor frecuencia. Considera el carácter de Luis como tranquilo, se enoja poco, considera que en un futuro será muy paciente.

Antes su madre es quien imponía los castigos, en la actualidad la nueva pareja de su padre es quien se encarga de hacerlo y quien al parecer ha impuesto normas en el hogar, el padre de Luis confirma que cuando su ex esposa se fue él no mantuvo regla alguna y todo era un desorden, ahora que su pareja está con ellos le ha ayudado a lograr orden en casa y mayor

disciplina a todos incluyéndolo a él mismo, por lo que señor es quien suele ser más comprensivo y flexible ante la conducta de Luis. En el transcurso en el que el padre de Luis vivió sin pareja, la abuela del paciente es quien se hacía cargo de su educación, no obstante, cuando el padre intentaba marcar algún límite amenazaba a sus hijos diciéndoles que si no se portaban bien le iba a llamar a su mamá para que se los llevara, de esta manera lograba que le obedecieran, después de un tiempo consideró que eso no era saludable porque se asustaban mucho y dejó de amenazarlos de esa forma.

En el juego, Luis suele compartir, en casa tiene un lugar específico para jugar, aunque no suele ser cuidadoso con sus juguetes; en la colonia donde vive tiene pocos amigos, sólo juega con su hermano porque no hay otros niños cerca. Sus juguetes preferidos fueron unos guantes de box que usaba frecuentemente entre los 4 y 6 años de edad aproximadamente, esto hizo que él y su hermano jugaran a las luchas, juego que su padre compartía, aunque generalmente terminaban enojados entre ellos y en especial Luis quien después de un rato de juego se enojaba y peleaba realmente, ante esta situación su padre los obligaba a pedirse perdón para que no hubiera problemas después, pero les permitía jugar a lo mismo más tarde. Actualmente un balón es de sus juguetes preferidos, practica el fútbol, también juega con "tazos", trompos y canicas.

Luis suele relacionarse de forma más cercana con su abuela paterna ya que es con quien ha tenido una mejor relación, con su padre la relación es buena siempre han tenido una adecuada relación y muy cercana, situación que no se comparte con su madre con quien la relación es distante y conflictiva, incluso éste se esconde de ella, a pesar de eso ella lo busca para llevarlo con ella contra su voluntad. Luis tiene mejor relación con su hermano menor ya que es varón. Participa en actividades religiosas como el catecismo preparándose para su ceremonia de primera comunión.

En caso de asistir a alguna fiesta el paciente asiste con su abuela materna ya que a su padre no le gustan las fiestas, en otras ocasiones va con su tío porque suele ser animador en fiestas de niños y se disfraza como payaso, esto al paciente le divierte.

#### **4. Posibles influencias ambientales significativas.**

Los padres de Luis se separaron hace un año aproximadamente a causa de diferencias económicas y dificultades en la negociación de las actividades que deseaban llevar a cabo, en un principio la señora abandonó a sus hijos, incluyendo al paciente, después los llevó con ella a la fuerza, posterior a un año optó por devolverlos con su padre en vista de que manifestaban total incomodidad; actualmente ellos viven con su padre.

El padre de Luis fue dependiente a la cocaína durante unos dos meses y la consumía cada quince días (duda cuando dice que fueron dos meses, como si sintiera pena al hablar de ello, pareciera que la consumió por más tiempo), estuvo internado en un centro de rehabilitación durante dos meses. Comenta que desde hace dos años no consume la droga y también reconoce que consumía alcohol con mucha frecuencia, la cantidad de alcohol que consumía aumentó significativamente después de la separación con su ex esposa. Comenta que esta situación le generó depresión y que actualmente se encuentra estable (al hablar acerca de este tema su semblante cambia, muestra gestos de tristeza y sus ojos se tornan llorosos).

Luis siempre ha vivido al lado de la familia de su padre, esto ha afectado la claridad de los roles de cada uno, ha tenido varias figuras de autoridad que lo han educado pero ninguna ha sido definitiva.

#### **5. Evaluación del desarrollo**

A) Desarrollo de los impulsos.

1. Libido.

a) *Fase del desarrollo.*

Luis en la fase oral registró frustraciones, dado que sus necesidades no fueron satisfechas adecuadamente. De su madre no obtuvo muestras de seguridad como caricias, besos, incluso no lo alimentó por medio del pecho por el tiempo recomendado, es decir, estos actos placenteros para él no sucedieron en proporción adecuada, dado que el contacto con la madre fue muy poco. Aunque la seguridad identificada por el paciente resultó suficiente para pasar esta etapa.

En la etapa anal, recibió poca atención, el paciente aprendió a partir de la imitación, tuvo un exceso de libertad puesto que no hubo una figura que le regulara el entrenamiento, por ese motivo la fijación en esta etapa se manifiesta con la actitud violenta, destructiva, agresiva y no solamente hacia el exterior sino hacia él mismo.

La fase fálica no ha terminado todavía, se registra un retraso, Luis manifiesta miedo hacia su madre por lo que la identificación con la figura materna no se dio en tiempos regulares, esta identificación propia de la fase se fue formando a partir de su relación con la abuela materna. Este periodo se ha fortalecido a partir de que el padre de Luis vive con su pareja actual, quien ha comenzado a ayudar en este proceso al paciente.

*b) Distribución de la libido*

El proceso de narcisismo primario se desarrolló de manera tardía a causa de la falta del reflejo de la madre de este amor hacia el paciente a partir de la satisfacción de sus necesidades, por lo que esta actitud de omnipotencia se presentó más tarde. Su yo y superyó no se encuentran suficientemente investidos de narcisismo primario y secundario para protegerse de agresiones provenientes del exterior, por lo que carece de un sentimiento de seguridad y respeto hacia él mismo, además de la relación distante que existe con las figuras significativas en su vida; sin embargo, ha logrado establecer un ideal del yo con las figuras importantes que lo rodean. Se ha percatado de que él no representa la figura más importante para su madre, eso ha herido su narcisismo secundario llenándolo de lagunas de afecto repercutiendo en su autoestima y retrasando parte de su desarrollo.

En este desarrollo del yo, Luis está enfocando su energía para lograr la atención de sus objetos de amor, está en búsqueda de seguridad con el uso de sus pulsiones yoicas hacia la autoconservación, a su vez se ha fortalecido su superyó haciendo presente su conciencia moral de manera importante al aparecer la nueva pareja de su padre.

*c) Libido objetal.*

Luis se ha visto retrasado en el tipo de relaciones objetales puesto que sus figuras primarias no le han brindado el soporte necesario para el adecuado tránsito de una a otra, el

periodo narcisista se retrasó en su desarrollo a partir de que no fue satisfecho adecuadamente negándosele el estado de omnipotencia que es propio de la primera infancia.

La etapa edípica apenas inicia, ya que en el momento que debía llevar el proceso de manera normal la figura materna con la que contaba no tenía características adecuadas para que Luis se acercara a ella, bajo estas condiciones el paciente estuvo poco tiempo con su madre pues prefería mantenerse cerca de su figura paterna.

## 2. Agresión.

### a) *Cantidad.*

Suele ser impulsivo en sus reacciones cuando algo no le agrada, pero no siempre se muestra agresivo, le es difícil reconocer sus errores, esto dificulta su relación con algunos de sus compañeros y profesora. Tiende a ser necio lo que disminuye su capacidad de negociación con las personas, se molesta con facilidad, generalmente agrede verbalmente.

### b) *Calidad.*

Tiende a ser impulsivo y agresivo de forma más regulada a partir de que su libido se está canalizando para obtener gestos de cariño de los demás, partiendo de que está retrasado en su desarrollo y que se sitúa actualmente en la etapa edípica. Por lo anterior Luis presenta mayores problemas de conducta en la escuela que en su casa puesto que es el lugar donde más tiempo pasa y donde está siendo representado su deseo de ser aceptado.

### c) *Dirección.*

Aunque la agresión externalizada es evidente en el paciente, es mayor la agresión que canaliza hacia el interior, en muchas ocasiones para evitar conflictos prefiere callar lo que piensa o siente y cuando lo expresa lo hace de manera explosiva sin control.

B) El desarrollo del yo y del superyó.

a) *Normalidad y deficiencias del yo.*

Luis presenta una motricidad e imaginación adecuadas a su desarrollo, la memoria a corto, mediano y largo plazo son adecuadas, sus funciones de concentración y atención se ven afectadas puesto que no están totalmente desarrolladas ni estimuladas y esto le perjudica en el área académica. Su lenguaje es fluido y su tono de voz es adecuado, su pensamiento es coherente y congruente. Por el contrario la capacidad de solución de conflictos se observa con ciertas dificultades y prefiere evadir las situaciones de este tipo en las que se ve relacionado, cuando se involucra suele reaccionar de manera impulsiva y hostil.

b) *Normalidad o anormalidad de las funciones del yo.*

En relaciones objetales el paciente tiene al menos una relación cercana y positiva, pero presenta rasgos simbióticos y conflictivos con la misma. Tiene dificultades recurrentes en las relaciones importantes e incluso llega a tener expectativas irracionales acerca de los demás.

En la prueba de realidad, muestra construcciones rígidas de la realidad formulando hipótesis sin justificación, ofreciendo respuestas como: "*solamente lo sé*". En cuanto al Juicio, suele hacer malas interpretaciones que le provocan malos entendidos, infortunios sociales e incidentes que implican castigos. Necesita de mayor esfuerzo para integrar los roles sociales, incluso hay momentos en que llegar a sentirse falso. Pueden llegar a afectarle comentarios de los demás ya sean positivos o negativos, su autoestima está regulada para estar bien con las demás personas y tratar de satisfacerlos.

En cuanto a la regulación y control de sus impulsos, Luis tiende a ser muy inquieto, siempre está en actividad, en muy pocas ocasiones logra controlar sus impulsos ante situaciones conflictivas. De acuerdo a los procesos de pensamiento la comunicación que presenta es clara, precisa y flexible, su pensamiento es lógico, además responde con detalles y sin ayuda en particular. En la regresión adaptativa al servicio del yo, Luis se adapta adecuadamente. Tiene capacidad limitada para usar el humor en la resolución de conflictos. En cuando a la función defensiva el paciente presenta niveles moderados de ansiedad y pueden interferir ocasionalmente en su funcionamiento, tiende a evitar o negar lo desagradable.

En la función autónoma presenta dificultades que van de ocasionales a frecuentes en la concentración, en especial cuando se encuentra ansioso o requiere de esfuerzo para realizar alguna actividad en la que podría sentirse presionado. A él le gustaría realizar más actividades pero tiene dificultad para mantener el interés y la motivación. En cuanto a la función sintético-integrativa presenta sentimientos de ambigüedad y dificultades para tomar decisiones importantes, requiere de esfuerzo para integrar pensamientos, actitudes y sentimientos.

En el dominio y competencia, enfrenta pasivamente sus problemas, dándoles solución sólo cuando está presionado por circunstancias externas sin alcanzar un sentimiento de logro, llega a subestimar su capacidad para competir y controlar.

*c) Organización de las defensas.*

Las defensas tienden a estar equilibradas ya que generalmente utiliza mecanismos que le protegen de la angustia; las defensas han sido efectivas en el control de la ansiedad y le da cierto equilibrio en su estructura yoica. Los mecanismos que utiliza con mayor frecuencia son la represión, introyección e intelectualización, tienden a depender de su mundo objetal ya que se han generado a partir del ambiente y de la relación que tiene con las figuras primarias.

La represión se representa almacenando emociones o cargas tensionales que le generan irritación, temores y ansiedad. Lo reprimido es expresado por medio de síntomas externos en forma de fantasías, exageraciones y dificultades para relacionarse.

La introyección queda ejemplificada en la tendencia a imitar las cualidades psíquicas y de prestigio que poseen las figuras importantes para él.

Usa la Intelectualización porque suele justificar mediante explicaciones intelectuales situaciones con el objetivo de neutralizar los afectos reprimidos y minimizar los que le generan malestar.

## **6. Evaluaciones genéticas.**

### *a) Formas de conducta.*

Es un niño que tiende a ser activo, sensible al rechazo, muestra sus conflictos de forma impulsiva e irresponsable, presenta poca tolerancia a la frustración, conductas hostiles y agresivas, además de una actitud necia, llega a mentir. Es perezoso cuando se le solicita la realización de alguna actividad, revela dificultades al demostrar sus emociones positivas y suele apearse a las personas que le demuestran afecto.

### *b) Actividad de las fantasías.*

Utiliza la fantasía como una expresión de los instintos, frecuentemente fantasea con brujas que pueden hacerle daño e imagina formas para defenderse de ellas, esto lo realiza con la finalidad de lidiar con el entorno en el que se encuentra y solucionándolo por medio de la fantasía para reducir la ansiedad que le genera, las brujas representan simbólicamente a su madre. Luis ha logrado mantener su yo estructurado a través de la fantasía, al ser funcional a pesar de las carencias psicoafectivas que ha vivido y del ambiente agresivo que le han proporcionado sus figuras significativas; en conclusión usándola como defensa a la realidad interna.

### *c) Ítems en la sintomatología.*

El paciente ha tenido terrores nocturnos y aunque no son frecuentes le generan angustia, cuando está en casa no le gusta estar solo de ser así se pone triste o angustiado. Tiene poco interés por trabajar en las clases, busca estar en actividades constantes que impliquen diversión. Enferma de gripe con frecuencia, miente a las figuras de autoridad, se muestra inseguro para tomar decisiones importantes pero cuando tiene una idea fija es difícil que cambie de opinión. Es impulsivo ante situaciones adversas, tiende a desvalorizarse y dar prioridad a actividades que puedan llegar a lastimarlo, presenta poca tolerancia a la frustración, si las cosas no salen como él quiere reacciona de forma hostil y agresiva.

## **7. Evaluaciones dinámicas y estructurales.**

### *a) Conflictos externos.*

Muestra energía destructiva, siempre busca lograr sus objetivos sin importarle las consecuencias de sus actos, ignora los juicios de valor que los demás puedan tener acerca de él, no logra mantener el equilibrio de estas fuerzas pulsionales. Cuando el yo logra hacerse presente Luis llega a sentir culpabilidad y logra llegar a acuerdos, solucionando conflictos aunque sea de forma temporal, sublimando de esta manera sus impulsos agresivos.

### *b) Conflictos internalizados.*

El paciente se encuentra en proceso de asimilar las normas culturales con el objetivo de lograr la autoconservación a pesar de las dificultades familiares y escolares por las que ha pasado. En esos momentos, aunque con dificultad, logra observar sus errores con la ayuda del débil superyó que presenta. Cabe recordar que el paciente tuvo poca represión de su ello en edades más tempranas a causa de la limitada educación por parte de sus padres, esto ha dificultado el adecuado sostén del yo y superyó, que por ende ha afectado el desarrollo adecuado del paciente manifestándose en conductas inapropiadas.

### *c) Conflictos internos.*

Luis presenta ambivalencia a causa del desequilibrio existente en las instancias psíquicas, el ello es quien en gran medida guía las acciones del paciente, los síntomas que muestra representan un intento de conciliación entre las satisfacciones de las pulsiones del ello y la seguridad del yo marcada por las exigencias del superyó que hasta el momento no se logra integrar totalmente, por esta razón, Luis se vive en constante fracaso y con dificultades para establecer relaciones interpersonales.

## **8. Evaluación de algunas características generales.**

### *a) Tolerancia a la frustración.*

Luis tiende a desanimarse con facilidad si algo no le sale bien con prontitud y cuando es obligado a realizar alguna actividad reacciona con una actitud negativa e impulsiva. Lo anterior se puede entender ya que en la primera infancia sus deseos no fueron satisfechos de

inmediato generando en el paciente bajo nivel de seguridad e inestabilidad emocional. La capacidad de demora no ha sido regulada totalmente y por lo tanto crea una actitud hostil cuando no obtiene lo que desea.

*b) El potencial de sublimación.*

Sublima su agresividad realizando actividades deportivas u oficios como la herrería.

*c) Actitud general del niño hacia la ansiedad.*

Le preocupan los daños que pudiera sufrir estando en la escuela, evita situaciones que de algún modo le signifiquen separación de su familia, estas situaciones las refleja de manera clara en pesadillas en las que observa cosas extrañas como muertos, estos miedos o ansiedades han provocado que el paciente actúe de una forma precavida, cuidándose del ambiente donde se siente agredido. Son ansiedades que forman parte del desarrollo y la fase por la que está pasando. Tiende a enfermarse, sentirse triste o fatigarse con facilidad cuando presenta algún de estos factores que le crean ansiedad.

Más que dominar las situaciones externas lo que intenta es relajar las situaciones que para el indiquen peligro de forma interna, está intentando constituir una estructura más sólida de su yo aunque ha sido un proceso muy lento debido al retraso en su desarrollo psíquico.

*d) Fuerzas progresivas del desarrollo contra las tendencias regresivas.*

Las tendencias progresivas en este momento están predominando, aunque en poco grado ya que presenta disposición al tratamiento y parece ser que la formación de síntomas es de carácter más transitorio ya que los movimientos pronunciados hacia el siguiente nivel del desarrollo llegan a alterar la estabilidad de las fuerzas internas, lo que está generando un desequilibrio importante dado que este progreso no ha sido acorde a su edad ni con el suficiente sustento emocional. No obstante, Luis se desplaza hacia situaciones que le generan angustia a causa de su desarrollo, hay momentos en los que manifiesta terquedad para buscar soluciones y cierta resistencia a renunciar a los placeres de etapas anteriores.

## **9. Diagnóstico**

Luis presenta un desequilibrio de adaptación manifestando generalmente un estado de ánimo inestable y con tendencia a la irritabilidad, presenta agresividad en torno a las relaciones primarias carentes de sustento emocional, teme a su propia violencia, esta agresión en gran medida la desplaza a otras personas en especial a mujeres dado que su principal conflicto se encuentra con la figura materna, la agresión también suele volcarse hacia sí mismo llegando a mostrar miedo de manifestarla en el exterior para evitar las consecuencias. Estas perturbaciones también se vinculan con algunas dificultades del sueño ya que le es difícil descansar de manera profunda, además que manifiesta pesadillas de tipo persecutorias.

Llega a tener regresiones de sus impulsos a puntos de fijación establecidos con anterioridad y que lo llevan a presentar conflictos con un funcionamiento a nivel neurótico con rasgos de tipo regresivo, dado que tiene ciertas conductas paralizadoras para el adecuado desarrollo que lo guían a mostrar actitudes peyorativas que limitan el desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones desagradables. Se siente desprotegido y con pocas posibilidades para defenderse del medio.

Le es difícil mostrar sentimientos afectivos hacia su familia ya que ha crecido carente de bases psicoafectivas lo que provoca dificultades para adaptarse a la realidad. Tiende a actuar bajo la influencia del ello lo que le obstaculiza resolver conflictos con facilidad y postergar deseos inmediatos, esta falta de estructura yoica es lo que provoca una lucha para manejar las dificultades en las que se encuentra. Varios de los síntomas que presenta también llegan a ser parte normal del desarrollo en el que se encuentra, Luis muestra disposición al trabajo terapéutico favoreciendo el pronóstico para lograr una mejor adaptación al ambiente.

**5.3.3 Pre-test.**

<b>TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER). PRE-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
LUIS	<p>Está orientado hacia lo social, es soñador aunque tiene baja estimación de sí mismo, presenta tendencia a reprimir sus emociones y actuar de forma insegura teniendo como consecuencia bajo nivel de energía en ciertos momentos, no obstante, cuando la energía se encuentra estable presenta una descarga de agresión importante sin tener límites, tornándose inquieto, ansioso y con el objetivo de mostrar su insatisfacción, por lo tanto, reacciona a cualquier señal de descontento.</p> <p>Se siente con pocas posibilidades de lograr sus objetivos, tiende a ser rígido consigo mismo por lo que suele evitar tareas complejas o que se le dificulten. Le cuesta trabajo aceptar sus deficiencias lo que le provoca características destructivas hacia el mundo interno y externo; se observa que esta regresionado dado que sus acciones tienden a ser de etapas anteriores a la que debería encontrarse.</p>
<b>PERSONA BAJO LA LLUVIA. PRE-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
LUIS	<p>Tiende a autodesvalorizarse, presenta temores en cuanto a su mundo interno lo que le genera un retraimiento social y sentimiento de inadecuación. Posee problemas con la figura materna desde edades muy tempranas que ahora se ven reflejadas en los miedos del paciente. Suele encerrarse en sí mismo teniendo actitudes pesimistas, desalentadoras y que se reflejan en cierta debilidad para actuar, además se relaciona de forma hostil y fría, al mismo tiempo presenta varias tensiones que ha reprimido.</p>

	<p>Le cuesta trabajo hacer uso de la imaginación lo cual ha frenado su crecimiento psíquico, a pesar de ello muestra algunas posibilidades de defenderse de las fuertes presiones ambientales que presenta, en especial de la figura materna y de los deseos edípicos y pulsionales infantiles, esto le crea dificultades para relacionarse con figuras de autoridad.</p>
<p><b>TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA.</b> <b>PRE-TEST</b></p>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
LUIS	<p>Existe sobreprotección por parte de la madre hacia el paciente, además tiene sentimientos de indefensión, desvalorización y desconfianza por parte de la familia. Lo anterior indica cierta ansiedad y pocas ganas de incluirse en los roles sociales que le corresponden, sin embargo, cuando se le explica lo que sucede a su alrededor ya sean problemas familiares o académicos intenta afrontar los problemas y entender el porqué de los mismos.</p> <p>Se siente identificado con su mamá en las actitudes hostiles que llega a mostrar al momento de relacionarse, inclusive estas situaciones le llegan a generar distanciamiento emocional y repercute en él cuando muestra celos hacia sus hermanos a causa de que siente que le puede robar el cariño de sus papás y la atención de los mismos, por lo que llega a desear que sus hermanos se alejen física y emocionalmente de ellos.</p> <p>Percibe a sus papás como personas de carácter fuerte y expansivo, con facilidad reaccionan a señales de descontento. Esta situación hace que Luis sea aislado y en ocasiones tenga sentimiento de timidez para expresar lo que siente y piensa; lo anterior repercute en su estabilidad emocional por lo que llega a dudar de sí mismo.</p>

#### **5.3.4 Dibujos.**







**5.3.5 Sesiones.**

<p><b>DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES</b></p> <p><b>NOTA: Se denominará con la letra "T" a las intervenciones de la terapeuta y con una "P" a las del paciente, con el fin de que la información proporcionada sea más clara al momento de leerla.</b></p>	<p><b>INTERPRETACIÓN DE LA SESIÓN</b></p>
<p><b>SESIÓN 2</b></p> <p>Entra a sesión emocionado y pregunta "¿Podemos jugar con la baraja?"</p> <p>T: ¿Te gusta la baraja?</p> <p>P: "Sí mucho, es que en mi casa jugamos pero también apostamos dinero y luego yo gano ¿Podemos apostar?"</p>	<p>Competencia en el juego.</p>
<p>T: ¿Por qué te gustaría apostar conmigo? Sonriendo con cierto aspecto de pena responde.</p> <p>P: "Pus no sé, es que en mi casa así jugar".</p>	
<p>T: ¿Es por qué en tu casa así juegan o porque quieres ganar algo?</p> <p>P: "Mejor ya vamos a jugar sin apostar, aunque si me gustaría que me prestaras los tazos que tienes y te los regreso la próxima semana, te prometo que los voy a cuidar" Deja la baraja en la mesa y va por los tazos que estaban en un estante y los acomoda al lado de su lugar en la mesa.</p>	<p>Deseo de tener algo que sea representativo de la sesión.</p>
<p>T: Sabes que no te puedo prestar ningún juguete para que te lo lleves, pero si puedes usarlo cada vez que vengas. Mientras él barajea las cartas y reparte el juego, se nota muy concentrado.</p> <p>P: "O bueno, puedo invitar a mi mejor amigo a que juegue conmigo porque está bien padre lo que hacemos".</p>	<p>Transferencia positiva ya que desea compartir su diversión con personas significativas.</p>

<p>T: ¿Qué es lo que más te gusta de lo que has hecho?</p> <p>P: <i>"Pus jugar a como juego en mi casa, nada más que aquí si hay muchos juguetes y todos los puedo usar y platicamos. ¿Si sabes jugar 21 o te explico? es muy fácil".</i></p>	<p>Bienestar de sentirse como en casa.</p>
<p>Me incluye en el juego con facilidad, intenta que interactuemos constantemente a lo largo del juego, aunque le dije que sí sabía cómo jugar, me recordaba las reglas o la forma del juego.</p> <p>T: ¿En tu casa no puedes usar los juguetes?</p> <p>P: <i>"Pus no todos porque luego mi mamá Laura nos dice que no todos porque hacemos un relajo con mi hermano y no recogemos".</i></p>	<p>Deseo de controlar el juego y minimizar a la terapeuta.</p>
<p>T: ¿Quién es Laura?</p> <p>P: <i>"Es la novia de mi papá".</i></p>	
<p>T: ¿Y tu mamá?</p> <p>P: <i>"Se fue de la casa, es que nos pegaba y no nos daba de comer y también nos encerraba, que bueno que ya se fue porque si me daba miedo y luego también se peleaba con mi papá".</i></p>	<p>Angustia por el trato de su madre biológica.</p>
<p>Gane en dos ocasiones seguidas, así que él trato de hacer trampa tapando una carta haciéndome pensar que no había salido y le explique que con trampas no podemos seguir jugando. Responde con una sonrisa y con cierta pena <i>"si perdón es que pensé que no la habías visto".</i></p>	<p>Dificultad para aceptar derrotas.</p>
<p>T: ¿Tú siempre ganas los juegos en tu casa?</p> <p>P: <i>"No siempre solo a veces".</i></p>	
<p>T: ¿Qué haces cuando no ganas?</p> <p>P: <i>"Pus nada le doy mi dinero a quien gano y vuelvo a jugar para ver si gand".</i></p>	<p>Acepta reglas aunque puede intentar romperlas.</p>

<p>T: Sale un Joker en las cartas le da un poco de risa, se hace hacia atrás como pegándose al asiento y dice: P: <i>"Hay ese está bien feo a veces me da miedo"</i>.</p>	
<p>T: ¿Cómo quién te da miedo ese Joker? Se levanta del asiento, se rasca la cabeza y sin perder de vista el juego contesta: P: <i>"Creo que a veces, como mi mamá Rosario, aunque a veces también sueño con brujas y también me dan miedo"</i>.</p>	<p>-Miedo a la imagen materna. -Uso del sueño para elaboración de la angustia.</p>
<p>En ocasiones pausa el juego y se pone a platicar y es cuando realizo intervenciones a partir de sus comentarios; respeta los turnos e incluso esta alerta de a quién le toca.</p> <p>T: ¿Las brujas también se parecen al joker? P: <i>"No, están más feas, esas si se parecen más a mi mamá Rosario, tienen el cabello negro y feo. No que mi mamá Laura, ella si tiene el cabello bonito lo tiene casi como tú"</i>. Después de un breve silencio pregunta <i>¿La próxima vez podemos jugar con los tazos? Los voy a guardar bien para que no se vayan a perder.</i> Pone los tazos en la parte más baja del estante casi pegada el piso y hasta el fondo.</p>	<p>-Desplazamiento de la agresión hacia la mamá, a la terapeuta. -Celos de los otros pacientes y de que lo desplace como su mamá biológica lo ha hecho con él.</p>
<p><b>PARTE INTERMEDIA SESIÓN 20</b></p> <p>T: ¿Cómo estás? P: <i>"Bien, hoy quiero jugar a actuar y después serpientes y escaleras"</i>.</p>	<p>Iniciativa al juego.</p>
<p>T: Recuerda que para iniciar un nuevo juego debemos terminar el anterior. P: <i>"Sí, si me acuerdo, primero jugamos a actuar"</i> Saca el juego y lo empieza a acomodar en la mesa y me cede el primer turno a mí, me toca actuar al</p>	<p>Trata de desafiar reglas, sin embargo al ver que no puede ser lo que él quiere acepta lo</p>

<p>cantante Pedro Infante cantando la canción que indicaba la tarjeta. Posteriormente a él le toca actuar a un borracho y comenta:                  P: <i>"Es que me da pena, mejor otra tarjeta"</i> se talla la cara y se dobla en la silla.</p>	<p>que se le dice o las reglas impuestas.</p>
<p>T: No podemos saltar las tarjetas, tenemos que hacer lo que toca en el juego. ¿Por qué te da pena actuar como un borracho? Habla con tono de pena y mueve la cabeza.                  P: <i>"No sé, es que es muy chistoso ser como borracho"</i>. Sin embargo se levantó y actúa solo por unos segundos y se sienta comentando <i>"Hay es que luego así llegaba mi papá y pus ya se me cómo actuar"</i>. Después le toca actuar como un licenciado defendiendo un caso en la corte, <i>"espérame me voy a voltear para cambiar mi cara"</i>. Se pone de pie y cambia su voz como si fuera un adulto, pone la boca dura para forzar su voz y realiza un gesto serio, sus maños las pone rígidas a los costados. <i>"Señoras y señores no es justo que este niño le pegue a los niños porque son más chiquitos, debe de ser castigado porque no se ha portado bien. También a sus papás porque no lo regañar"</i>.</p>	<p>Conciencia de lo que está bien y de lo que está mal.</p>
<p>T: ¿Tú crees que los niños que les pegan a otros deben de ser castigados?                  P: <i>"Sí, porque también luego molestan a otros, por eso yo ya no me porto mal para que no me castiguen, solo a veces no le hago caso a la maestra o no hago la tarea"</i>.</p>	<p>Acepta errores.</p>
<p>T: Veo que te gustan los licenciados.                  P: <i>"Sí cuando sea grande voy a ser licenciado para defender a los buenos"</i>.</p>	
<p>T: ¿Tu a quien defenderías?                  P: <i>"A mi papá, a mi mamá Laura, a mis hermanos, a todos, también a tí". ¿Oye porque no viniste la semana pasada, te espere y no llegaste?</i></p>	<p>Identifica a las personas que son significativas para él.</p>
<p>T: Explico que estuve enferma y que el director le tenía que haber avisado, pausa el juego y pone mucha atención cuando le estoy explicando. ¿Qué pensaste acerca de que no vine?                  P: <i>"Pensé que ya no ibas a venir nunca, ¿De qué te enfermaste?"</i>.</p>	<p>Transferencia positiva</p>

<p>T: Me dio gripa. ¿Por qué pensaste eso?                  P: "No sé, fue lo que pensé porque ya no viniste otro día de la semana".</p>	<p>Angustia de que la terapeuta lo abandone como otras personas lo han hecho.</p>
<p>T: ¿Cómo te sentiste porque no llegue?                  P: "Triste porque también quería jugar y después platicar". Continúa con el juego y después de 2 tiros de él y uno mío se termina el juego de las actuaciones dado que las tarjetas se repetían y pide jugar con la tarjeta de serpientes y escaleras.</p>	<p>Preocupación por la salud de la terapeuta.</p>
<p>Él iba ganando en el juego porque hubo dos ocasiones que las escaleras lo hicieron subir casi a la meta y se mostró muy emocionado, se levantaba de la silla y brincaba y me decía "tú también ya casi ganas" en un tono de felicidad, sin embargo, cuando le faltaban tres casillas para ganar le toco una serpiente que lo bajo hasta las casillas del inicio y su conducta fue notablemente triste.</p>	<p>-Congruencia entre emoción y acción.                  -Hago interpretación de que las serpientes son malas como la terapeuta lo fue al no ir a sesión.</p>
<p>T: ¿Así como te sientes ahorita es como te sentiste la semana pasada que no vine?                  P: "Sí. Híjole las serpientes son malas". Después su actitud mejoro se volvió a poner contento y emocionado cuando tiraba los dados y dijo "No le hace ahorita me recupero, voy a caer en esta escalera y voy a llegar así al final y así vamos a ir juntos otra vez". Entonces señala la escalera más larga que llevaba a las casillas de la meta y cada vez que se acercaba a mí en el juego repetía, "ya casi vamos juntos".</p>	<p>Hago señalamiento de que las serpientes y las escaleras pueden ser como emociones, a veces te sientes mal o a veces muy bien.</p>
<p>T: ¿A quién se parecen las serpientes? Se rasca la cabeza, voltea a ver el juego y mira a las serpientes.                  P: "No sé, a la gente mala".                  Se termina el juego y él gana, comenta "ya vez casi me ganas ¿por qué no hay juegos en los que</p>	<p>Asociación de las serpientes con las personas que le han hecho daño.</p>

<i>ganen los dos?</i>	
T: ¿Te gustaría que ganáramos los dos? P: <i>"Pus si, para quedar empates y que las serpientes no nos bajen hasta abajo".</i>	Desea compartir las cosas positivas con la terapeuta.
<b>SESIÓN 45</b>  T: ¿Cómo estás? P: <i>"Bien y tú".</i> Se sienta en la silla para platicar y no en la silla donde está la mesa de juegos.	Deseo de cambiar la modalidad de la sesión.
T: Bien gracias. ¿Qué te gustaría hacer hoy? P: <i>"Hoy no tengo muchas ganas de jugar, ya jugué mucho fut".</i>	Capacidad de expresar lo que necesita.
T: Entonces, ¿Qué hacemos hoy? P: <i>"Ya no me estoy quedando en el internado".</i>	Necesidad de hablar del nuevo cambio que hubo en su casa.
T: ¿Cómo es eso de que no te estás quedando en el internado? P: <i>"Sí, es que me enferme la semana pasada y me mandaron a mi casa y luego cuando me compuse le dije a mi papá que me dejara quedarme más días en la casa y pus me dijo que igual mejor ya todos los días iba a venir por mí y pus ya me voy a dormir a mi casa".</i>	-Deseo de estar en casa con su familia. -Felicidad al ver que cumplen lo que le han prometido.
T: ¿De qué te enfermaste? P: <i>"Es que me moje y estuve jugando con lodo y me dio calentura y estuve todo el día con el doc y por eso me ful".</i>	
T: ¿Cómo te sientes al estarte quedando en tu casa? P: <i>"Pues bien porque así estoy con mi papá y con mi mamá Laura todos los días. ¿Ya te dije que vi a mi mamá Rosario?"</i> .	Identificación de emociones positivas hacia su mamá biológica.

<p>T: No me dijiste, ¿cuándo la viste?</p> <p>P: "La vi el domingo me parece, fuimos al auditorio y estaba con mi abuela vendiendo las plantas y ya mi papá fue por mi ahí y me dijo que íbamos a ir a comer carnitas y ya luego que salimos de comer ella nos estaba esperando en la esquina y pus mi papá me había dicho que a lo mejor iba porque otros días decía lo mismo pero no llegaba".</p>	
<p>T: ¿Y qué sentiste al verla?</p> <p>P: "Pues contento porque ya tenía mucho que no la veía, como meses".</p>	<p>-Deseo de estar en contacto con su mamá biológica.</p> <p>-Deseo de vínculos seguros.</p>
<p>T: ¿Qué paso ese día? Se notaba algo cansado pero mantenía un buen contacto visual y lenguaje fluido, solo en ocasiones volteaba a ver los juguetes pero no hacía referencia a querer jugar con alguno.</p> <p>P: "Pues me dijo que como estaba y que si no la extrañaba y ya le dije que sí y que también la quería mucho y pus ya me dijo que a ver si el otro domingo iba por mi pa ir al zoológico".</p>	<p>Expresión de emociones positivas hacia figuras que habían dejado de ser significativas.</p>
<p>T: ¿Y tú si quieres ir con ella al zoológico?</p> <p>P: "Pus sí, tengo ganas de ir a verla pero eso si ya no quedarme a vivir con ella, solo verla".</p>	<p>Claridad de los roles y conductas que tienen las figuras maternas que lo rodean.</p>
<p>T: ¿Por qué ya no te gustaría vivir con ella?</p> <p>P: "Es que me cae mejor mi mamá Laura, ella si me cuida y me da de comer, aunque también quiero a mi mamá Rosarid". Se nota más tranquilo que en sesiones anteriores, su actitud es más relajada y atenta. "Si te dije que mi amigo del salón me quería quitar mis monedas".</p>	
<p>T: No, no me dijiste, ¿Por qué te las quería quitar?</p> <p>P: "Es que yo estaba jugando solo al voló y de repente él llego y las agarro y no me las quería devolver".</p>	<p>Capacidad de controlar impulsos.</p>

<p>T: ¿Qué hiciste? Cambia de posición corporal, se pone más derecho y cuando habla mueve sus manos para darse a entender con facilidad, frunce las cejas cuando habla de lo que le había molestado.</p> <p>P: <i>"Pues le dije dos veces que me las devolviera y no quiso y le dije no manches vas a ver y que le digo a la maestra para que se las quitara y también para que no le pusiera el sello de buena conducta, si me enoje y le dije que no eran sus monedas, que era un ratero"</i>.</p>	<p>Deseo de que lo defiendan y diferencias las conductas negativas de las positivas.</p>
<p>T: ¿Y la maestra si se las quito?</p> <p>P: <i>"Hay pus al inicio no me hizo caso y me estaba enojando porque luego no hace nada cuando me dicen algo, pero luego él me las devolvió porque vio que si le dije a la maestra"</i>.</p>	<p>Molestia hacia la indiferencia de la maestra.</p>
<p>T: ¿Qué hubiera pasado si no te las hubiera devuelto?</p> <p>P: <i>"Ya estaba pensando en decirle a mi papá a la salida"</i>.</p>	<p>Identificación de figuras de autoridad.</p>
<p>T: ¿El sello de buena conducta es importante para ti? Contesta levantando las cejas y sonriendo al mismo tiempo que mueve la cabeza indicando un sí.</p> <p>P: <i>"Sí, es que esta semana me lo gane dos veces y mi papá me llevo a cenar tacos, aunque otras dos veces no hice la tarea y me toco lavar los trastes"</i>.</p>	<p>Identificación de los beneficios de una conducta positiva.</p>

**5.3.6 Post-test.**

<b>TEST DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER). POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
LUIS	<p>Se encuentra orientado hacia sí mismo como si aún deseara que lo tratarán como un niño de menor edad, presenta rigidez contra la libertad de los estados emocionales en especial tiende a reprimir la hostilidad y la agresión e intenta protegerse de un ambiente amenazador, por tal motivo, tiende a distanciarse de su familia. Suele actuar muy educado, en ocasiones raya en una actitud de rigidez moral.</p> <p>Siente que las aspiraciones que tiene en cuanto a lo intelectual no le son suficientes para lograr lo que desea, esto en ocasiones le genera sentimientos de fracaso. Luis está constantemente en actividad lo que indica una forma de descarga de ansiedad y en ocasiones insatisfacción consciente de las cosas que le molestan. Presenta ansiedad en cuanto al área sexual, de hecho presenta cierto temor a que le pongan límites por el amor que siente hacia su madre y tener que estar en competencia con su padre por el cariño de ella.</p>
<b>PERSONA BAJO LA LLUVIA. POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
LUIS	<p>Le preocupa el pasado y las dificultades conscientes e inconscientes que ha tenido, suele ser introvertido lo que en ocasiones le crea una actitud pesimista, pero generalmente se encuentra alegre, entusiasmado con tendencias a la idealización. Tiende a defenderse de la figura materna ya que la percibe con cierta hostilidad, le conflictúa los deseos edípicos que implican las pulsiones infantiles hacia ella.</p>

	Suele estar ubicado en el espacio y con buen autoconcepto, por lo que presenta defensas sanas y confianza en sí mismo con seguridad de actuar y decir lo que piensa, además sabe enfrentar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios dado que tiene capacidad de prever las situaciones. Él se siente con posibilidades de defenderse frente a las presiones ambientales que suele tener.
<b>TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA. POST-TEST</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
LUIS	<p>Tiene seguridad para dar su opinión o disconformidad, así mismo suele hacer las cosas con disposición y entusiasmo. Posee mayor identificación con su padre aunque existe un mejor vínculo con su madre, tiende a anular a sus hermanos por posibles celos o miedo de que ellos le quiten el cariño de sus padres lo que le genera en ocasiones inseguridad y necesidad de estabilidad en el hogar.</p> <p>Se siente con ganas de realizar las actividades que le tocan en casa, tiene curiosidad por las cosas nuevas lo que lo lleva a tener ganas de aprender y comprender lo que lo rodea. Se observa con cierta insatisfacción hacia los cambios corporales que está teniendo, ya que le genera cierta pena con los pares.</p>

### **5.3.7 Dibujos.**

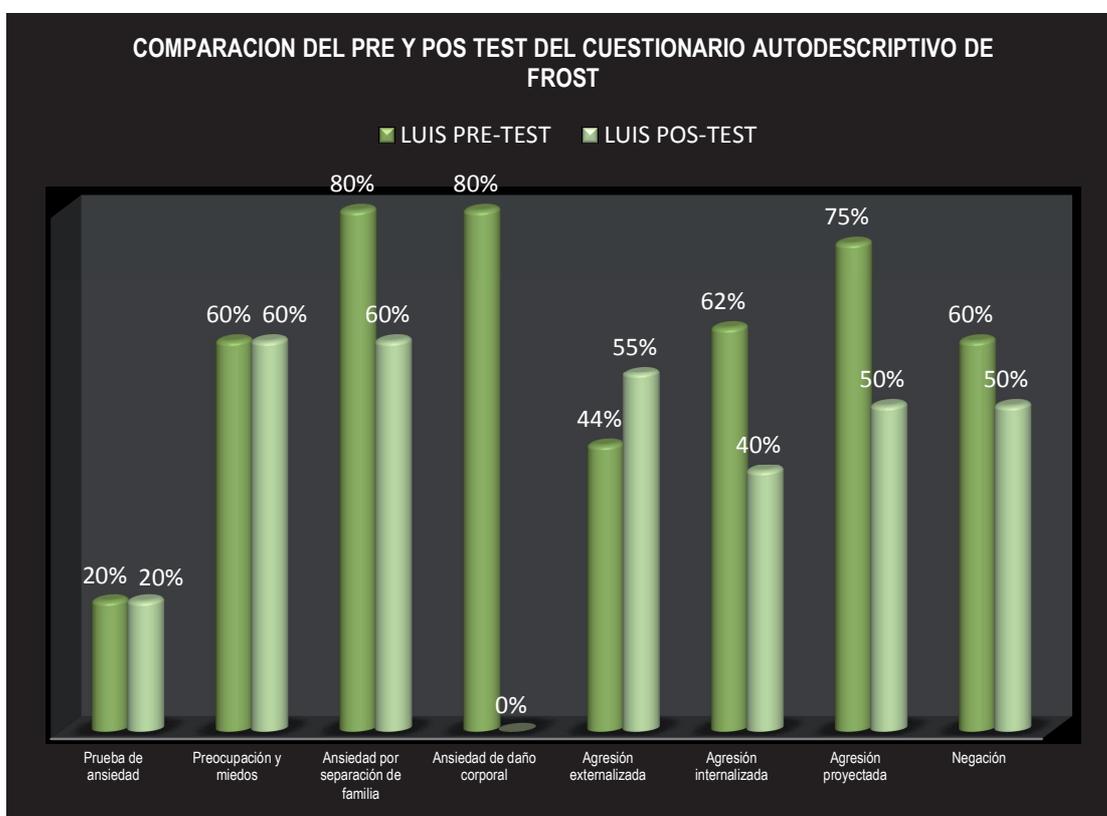






### 5.3.8 Cuadro comparativo de la prueba autodescriptiva de Frost.

En la siguiente grafica se puede observar los resultados del paciente del pre y post test de manera conjunta, se realiza a manera de comparación para ver los diferentes cambios que hubo en el sujeto, en especial de la agresión y ansiedad en la que se encontraba al inicio y declive de la terapia; además permite observar de una forma más global los resultados obtenidos y el distinto progreso que hubo el paciente.



# **CAPITULO VI**

# **DISCUSIÓN DE**

# **RESULTADOS**

## **6.1 PABLO.**

Al inicio del tratamiento Pablo mostraba agresión, manifestándola a través de golpes a sus compañeros, insultos hacia los demás, rompimiento de reglas, bajo desempeño académico y poca conciencia de que sus conductas fueran equivocadas. Solía encontrar una excusa y justificación para cada una de las conductas anteriores, aunque siempre aceptaba su responsabilidad de la acción, esta iba acompañada de una justificación.

Había poco control hacia el paciente por parte de las autoridades de la escuela, dado que regularmente era sancionado, reportado o suspendido; sus padres no siempre acudían al llamado de la institución, situación que era significativa para Pablo ya que se sabía que muchas de esas veces sus padres no se enterarían y de manera más profunda representaba el abandono que ha tenido desde edades tempranas. Al igual que Pablo sus padres cuando no acudían a la institución, daban justificaciones para sus inasistencias tales como tenían trabajo, estaban fuera de la ciudad o simplemente no contestaban el teléfono, cabe destacar que su padre nunca asistía y su madre de forma irregular lo hacía.

Por lo que el trabajo en sesión fue reducir esta agresión y lograr que el paciente fuera capaz de crear una relación significativa sin necesidad de agredir. Se nota en las primeras pruebas que no tenía capacidad de contener estos impulsos, que se frustraba si no obtenía lo que deseaba y además percibía que el ambiente en el que se relacionaba estaba bien, en especial el ambiente familiar ya que pocas veces vislumbraba que existía algún problema.

Es evidente que existe distancia emocional con su familia y que esto influye en las conductas hostiles que el paciente presenta. Parecía en un primer momento que Pablo no cooperaría en el tratamiento ya que mostraba cierta resistencia a la aplicación de pruebas porque llegaba a referir cansancio, dificultad para dibujar, sueño, entre otras cosas. Sin embargo, cuando se inician las sesiones donde él tiene que hablar de lo que le acontece, se nota que fluye su necesidad de expresarse y comentar lo que le sucedía, cada sesión hablaba sin complicación de lo que le molestaba del profesor, de los maestros y de algunos integrantes de su familia; de otros integrantes llegaba a justificar sus conductas aun cuando estas conductas a él lo lastimaran. Lo anterior empezó a dar señales de la alianza terapéutica positiva que se había logrado, se notaba su interés por asistir a terapia. Al inicio del

tratamiento se habló de los conflictos que tenía, de las repercusiones que habría si continuaba con esas actitudes de terquedad y de los benéficos que podía obtener de ser el caso contrario.

Siempre mostró capacidad de insight, a la mitad del proceso terapéutico la manera de expresar lo que le sucedía era mucho más estructurado, además que la manera de hablarlo ya no era tan acelerado como si sintiera que el tiempo se le acabara, como en un inicio lo hacía. Ahora se observaba que hablaba sus enojos y los actuaba menos que antes, ya que se dio cuenta que cuando se portaba mal sus padres le ponían atención pero cuando se portaba bien no le hacían caso, sin embargo, en la escuela noto los beneficios que obtenía al tener buena conducta y que de forma indirecta repercutían de manera favorable en casa, se notaba un sentimiento de culpa mucho más desarrollado, situación que dio pie a disminuir la conducta agresiva y reconocer las emociones que le generaban las actitudes de las demás personas.

La forma de dirigirse a los maestros ya contenía respeto además de identificar a las personas de autoridad, Pablo notó que el hablar las cosas con los demás, como lo hacía en terapia le restaba problemas y además le ayudaba a lograr beneficios y reconocimientos, como el que lo llevarán continuamente a los partidos de fútbol o el que le dieran responsabilidades que le ayudarán a ver la importancia y dificultad de ser una figura de autoridad, como ser jefe de grupo o el ayudar a preparar alguna clase.

En esta mitad del tratamiento fue necesario hablar con su profesor constantemente ya que al ver los cambios de Pablo, el maestro no ayudaba a la continuidad de ellos, dado que no reconocía los logros que había tenido, situación que a Pablo le molestaba, ya que el maestro a Pablo le representaba la figura masculina con la cual ha tenido enojo contenido y más aún que ha estado ausente y distante emocionalmente. El profesor llegaba a sabotear las sesiones ya que no lo dejaba salir del salón para ir a sesión o no le creía que tenía que ir a su hora de terapia. Así que se tuvo que hablar con el profesor para que comprendiera que las agresiones que Pablo llegaba a tener no eran propiamente hacia él sino para la figura que él representaba para el paciente, esta situación al profesor le dio más tranquilidad aunque si fueron varias sesiones las que se invirtieron para que el profesor comprendiera el proceso que el paciente llevaba.

La anterior situación ayudó al progreso del paciente ya que logró tener una relación mucho más cordial, Pablo empezó a tener relaciones significativas donde él ya era más consciente de las actitudes que tenía, de lo que podría generar si actuaba de forma negativa, dado que existía el deseo de reparación de las actitudes pasadas con sus compañeros y con las figuras de autoridad, inclusive aunque no se trabajó mucho con los familiares por las condiciones del internado y de la poca colaboración, Pablo pudo llevar a casa este deseo de arreglo y mejoría, aunque el proceso no fue fácil y en algunos casos, algunos integrantes no cooperaban para que esto se diera, Pablo era consciente del porqué de estas respuestas.

Al declive del análisis Pablo empezó a ser más independiente de sus decisiones y elaboraba sus soluciones, estaba más consciente de sus actitudes y las habilidades con las que contaba para la resolución y control de los conflictos. La agresión pudo ser más contenida sin llegar a internalizarla y que se volcará contra él, sino más bien pudo lograr el reconocimiento de emociones que sentía con ciertas situaciones que se le presentaban entre ellas reconocerse enojado o triste, puesto que esto en un inicio no lo podía hacer, inclusive llegaba a ser incomprendible para él las emociones que sentía, es decir, ahora le ponía nombre a sus sentimientos y más aún lo podía hablar.

La ansiedad continuó en cuanto a lo que pudiera pasar en casa, en especial porque ya estaba finalizando la primaria y al parecer en un inicio regresaría a una escuela regular donde solo iría en el día a clase y por la noche o el resto del día estaría en casa, sin embargo, al final le dan la noticia de que iría nuevamente a un internado a estudiar la secundaria, la causa es porque los papás no tienen suficiente dinero para que esté en una escuela regular, esta situación lo perturbo y angustio, no obstante, lo asimilo de manera mucho más clara y no tan impulsivamente como en otros momentos lo hubiera hecho. Aunque sí es notoria la angustia que le acontece; se habló con la madre sobre los riesgos que tendría el llevarlo nuevamente a un internado y de la importancia del trabajo continuo para reforzar las habilidades que Pablo había adquirido, aunque su madre estaba consciente de esto, se pudo trabajar sobre las cosas que debían hacer en casa para que el trabajo terapéutico no se detuviera o se viera afectado.

Así mismo, en esta última etapa del proceso terapéutico Pablo reedita el proceso edípico, situación que lo lleva a posponer la terapia ya que empieza a transferir el complejo edípico hacia la terapeuta y al ver que ella no responde a dicha transferencia llega a un estado

de molestia ante ello, pero es una incomodidad mucho más elaborada y no tan primitiva. Esta situación se trabajó en sesión, sin embargo, haciendo revisión y análisis de dicha situación se nota que es una de las razones por las que Pablo decide postergar el tratamiento para otro momento. Para este tiempo el paciente contaba con más fortalezas para lograr un vínculo seguro con otras personas ya que el trabajo terapéutico en sí funcionó como modelo de aprendizaje para lograr un adecuado vínculo sin el uso de la agresión.

## **6.2 ABRAHAM.**

Abraham llega a sesión con una actitud muy seria y ecuánime, le costaba trabajo hablar en terapia, sus respuestas se limitaban a ser concretas y específicas, tales como un “sí, no o no sé”; esto al inicio no ayudó al proceso, no hablaba de lo que le sucedía, aunque se hizo el encuadre donde se retomaba que para poder avanzar en el proceso era necesario que se hablara, tenía muchas resistencias para comunicar lo que le acontecía.

Cuando empezó a comunicar un poco más pero sin profundizar en detalles, se observó que solía justificar todas las actitudes que su mamá tenía hacia él, aunque muchas de las actitudes de su madre no fueran correctas él buscaba una justificación de la actitud o de las acciones que ella tenía. En la escuela él tenía una conducta impulsiva hacia sus compañeros y hacia los profesores, no propiamente que reaccionará de forma agresiva sino más bien con tintes hostiles, con terquedad y necesidad para realizar alguna cosa o respetar alguna norma que se le pedía. Estas reacciones de Abraham no siempre se manifestaban, pero cuando las hacía eran difíciles de controlar por parte de los maestros o directivos.

Al realizar la primera evaluación Abraham se nota con una agresión internalizada sumamente alta a diferencia de la agresión externalizada por la cual había sido referido, fue entonces que se comprendió el porqué de sus actitudes impulsivas aunque no frecuentes y la justificación de las acciones de su mamá. Tuvo pérdidas de personas significativas para él, pérdidas que no estaban resueltas dado que nadie hablaba con él respecto a ello, esto le generó molestia, incluso la introyectó; esta incomodidad se fue manifestando en el área social porque se le dificultaba establecer relaciones dado que él se caracterizaba por cierta inseguridad y desvalorización hacia su persona.

Al inicio de las sesiones, se trabajó con los duelos que no había resuelto ya que en las primeras sesiones traía a terapia temas y juegos relacionados con su abuela materna, la cual había fallecido hacia un par de meses. Esto se fue transformando en una transferencia positiva ya que la relación de él con su abuela era sumamente estrecha, por lo que sus proyecciones en la terapeuta eran respecto a esos momentos que había vivido con ella y que quería revivir a manera de asegurarse que ella, aunque no estuviera en presencia había dejado huellas en él que harían que no se fuera totalmente. Esto a él le ayudo a reintegrarse y aceptar las circunstancias por las que había pasado pero de una manera más tranquila, ya que no lo había hablado con nadie y el hecho de tocar el tema fue importante para él, lo anterior ayudo a que abriera otros temas que le estaban generando angustia y aunque no manifestaba en palabras esta angustia, la hacía visible al momento en que platicaba cada situación por la que había pasado.

Cuando se habló por primera vez con la mamá del paciente se notó que se encontraba en una actitud similar a la de Abraham, es decir, muy reservada y con emociones reprimidas, situación que me llevó a recomendarle que fuera a terapia además de hacerle la observación de que Abraham era un reflejo de lo que estaba sucediendo en casa. Se le pidió que asistiera a verlo jugar en los partidos de futbol y que el tiempo que pasara con él platicara ya que podían estar juntos pero ninguno de los dos podría comunicarse. Estas situaciones tardaron mucho en suceder y cuando así fue se notó un avance en Abraham ya que por fin se sentía integrado en el primer núcleo, lo que le facilito incluirse en el núcleo escolar, aunque la madre no fue constante en las indicaciones sí había más contacto entre él y ella.

Cuando se vio a la madre se pudo entender que Abraham se estaba comunicando en la manera en que en casa se hacía y que no había un buen modelaje para las relaciones interpersonales, mucho menos para la manifestación de emociones, así que la maestra del grupo de Abraham y la terapeuta estuvieron ayudando como guías para un mejor desempeño social en Abraham.

A la mitad del proceso Abraham hablaba más de lo que le sucedía, se notaba que sabía lo que hablaría en sesión, ya que al inicio podía haber sesiones en las que fuera de poca a nula la plática, es decir, el encuadre que en un inicio se tuvo que ajustar varias ocasiones ahora parecía haber sido entendido. Aunque seguía con un lenguaje concreto su fluidez era mejor y

el contenido de lo que platicaba tenía más información, esto ayudaba a realizar los señalamientos e interpretación de lo que le pasaba, lo anterior se fue dando a partir de que él preguntaba cosas personales a la terapeuta como ¿Vives lejos? o ¿Trabajas en otro lugar? aunque se señalaron estas preguntas, se observó que lo que buscaba era seguridad de que ella estaría ahí y de saber quién era, más no en un tono de llevar la sesión hacia a terapeuta; lo anterior le ayudo como modelo de lo que se tenía que realizar en sesión. Se notó una mayor mejoría en la manera de expresar lo que platicaba, ya que agregaba palabras que implicaban emociones inclusive corporalmente lo manifestaba, puesto que en un inicio ni corporalmente lo podía realizar ya que solo mostraba la ansiedad que tenía y no las emociones que sentía.

Lo anterior fue ayudando a que Abraham viera los conflictos que tenía en casa y que le estaban afectando de manera importante en su vida, esto fue algo que le costó mucho trabajo ya que no aceptaba los señalamientos que se le hacían con respecto a los errores que su madre cometía y que él justificaba constantemente, por ejemplo que viajara solo a Uruapan o que lo dejará solo en casa el fin de semana. Desde la mitad del proceso y hasta el final del mismo, fue algo que Abraham pudo observar y que le ayudó a poder decir “no” cuando algo no le gustaba, no le parecía o inclusive para decir lo que necesitaba, ya que en un primer momento se sometía a lo que los demás decían sin dar su opinión o manifestar su desacuerdo. Ahora se notaba que el enojo lo mostraba y no lo introyectaba como al inicio lo hacía. Esto fue de las cosas más importantes que Abraham logró ya que le daba miedo o lo angustiaba el hablar de lo que pensaba y sentía.

Aunque ahora tiene posibilidades de defenderse ante ambientes hostiles, es importante mencionar que no dejó de ser reservado y poco accesible, sin embargo cuando se siente en confianza con otra persona se abre un más pero sin perder esa peculiaridad en su personalidad. Ahora es más activo y las decisiones que toma lo hace de forma más segura, puede llegar a preocuparse de las cosas que pasan en casa, aunque ya no le angustia lo que pueda suceder, sino que puede observar de manera más realista los situaciones y estas generarle emociones que ahora puede manejar de una forma más elaborada y no anulándolas como en un inicio.

### **6.3 LUIS.**

Era un paciente que a pesar de la edad que tenía no usaba en totalidad el juego para el trabajo terapéutico, sino que sólo lo usaba como un medio para canalizar su ansiedad y así poder hablar, se notaba que para su edad era más razonable en cuanto algunas actividades que no son comunes a su edad, por ejemplo pensar en trabajar para darle más dinero a su abuelita para que ella no gaste tanto dinero en él o buscar situaciones que lo llevarán a tener un rol de mayor edad; por lo que en todas sus sesiones se trabajó con asociación libre y parte del juego. Es un paciente que trata de desafiar las reglas que se le imponen, usa los métodos que tenga a su alcance para lograrlo, sin embargo, cuando ve que la autoridad no accede acepta lo que se le pide aunque no siempre con una actitud adecuada dado que tendía a ser necio e impulsivo. Él intentaba controlar el medio en el que estaba para su beneficio y si en ocasiones tenía que ser hostil para lograrlo accedía a actuar de esa manera a pesar de que sabía que le afectaría.

Desde el inicio de la terapia predominó la transferencia positiva, me incluía en su juego aunque en ocasiones intentaba sabotear las reglas, pero comprendía que eso no se podía hacer al momento que se le hacía el encuadre nuevamente. Este intento de probar el lugar y las condiciones de la terapia se comprende cuando se habla de las distintas figuras femeninas que hay en su vida, es el caso de su madre biológica la cual se caracteriza por ser agresiva con él y la nueva pareja de su papá a la cual también llama mamá, pero que a diferencia de su madre biológica ella cumple con el rol de una madre que brinda apoyo y sustento emocional, luego entonces, él con la terapeuta en este inicio se nota que intenta averiguar qué tipo de rol tomará ella con él y Luis con sus actitudes en sesión busca la respuesta. Al ver que la terapeuta no accedía ni respondía a sus impulsos él empieza a relajar su conducta y su forma de juego, ya que al inicio se caracterizaba por la competencia y al pasar de las sesiones se volvió más en un juego de alianza y cooperación, así mismo se volvió más consciente de las cosas que estaban bien y las que estaban mal, incluso si se equivocaba podía aceptarlo.

En el salón de clase era muy inquieto y no obedecía a la maestra, no obstante cuando empezó a tener mejor relación con la pareja de su padre, en la escuela se empezó a reflejar dicha situación ya que ahora podía identificar cuales personas eran importantes para él; por lo tanto a mediados del proceso podía pensar en cosas que ayudarán a un vínculo más seguro

con las personas que él quería sin hacer uso de la agresión, pues veía que su madre sustituta no lo aceptaba cuando se comportaba de esa manera sino que lo premiaba por las cosas positivas. Esto implicó un buen avance en Luis porque en un inicio no podía establecer contacto emocional ya que por mucho tiempo se vivió desvalorizado y pocas veces se le reflejaron las cosas positivas que realizaba, lo anterior a causa del poco contacto que había principalmente con su madre biológica, su padre también se encontraba distanciado pero no tanto como ella, pues como él veía este distanciamiento él intentaba hacer este contacto con su hijo pero solo por lapsos muy cortos de tiempo a causa de que trabajaba la mayor parte del día y los fines de semana también, es decir, que cuando Luis estaba en casa el señor estaba en el trabajo.

El padre de Luis es quien asistía los días de visita o iba algún otro día de la semana que pudiera a ver al paciente, también él lo llevaba a la escuela cuando podía e iba por Luis los viernes que salía del internado. Esta actitud del padre también favoreció a que se fortaleciera la seguridad del paciente. La madre biológica nunca acudió a los llamados de la terapeuta, así que el padre es quien estuvo cooperando con el trabajo, ya que siempre que se le llamaba asistía o incluso se tomaba el tiempo para preguntar sobre el proceso del paciente y qué cosas él necesitaba realizar para ayudar al mismo. Esta actitud del señor benefició el proceso ya que le ayudó a Luis a identificarse con esta figura masculina y no tan hostil como percibía a su madre biológica, por lo tanto, el padre de Luis se mostraba interesado en los señalamientos que la terapeuta le hacía para la mejora del comportamiento del paciente.

Cuando Luis empezó a notar la presencia de su padre de manera constante se notó mayor autonomía y entusiasmo en las cosas que realizaba, además sus deseos impulsivos y destructivos disminuyeron, en especial la agresión internalizada que tenía, pues ahora manifestaba su incomodidad de una manera más procesada, por ejemplo si alguien lo molestaba ya no respondía la agresión o no se culpaba de algo que él no había hecho, sino que ahora iba con su maestra o algún directivo para reportar el enojo, claramente en la actitud que tenía cuando sucedía algo similar se notaba su molestia, sin embargo, ya no la actuaba o en todo caso simplemente la expresaba en palabras, aunque su temor aún existía en cuanto a lo que podía pasarle a las personas que quería o las consecuencias de decir lo que pensaba, ahora tenía valor de enfrentar las situaciones de forma más elaborada y tranquila que en otros momentos.

Otra de las cosas que se notó de la mitad del proceso hasta el final es que ya no hacía uso de las mentiras, él empezaba a notar la deshonestidad de sus compañeros o de la gente a su alrededor y los evidenciaba, esta situación hizo ver a la terapeuta el sentimiento de culpa que aparecía y que estaba ayudando a la reparación del ambiente en el que se encontraba, esto generó que el enojo que sentía en un primer momento hacía las figuras significativas que tenía, se fuera transformando y ayudar a tener vínculos más estables y constantes.

Se habló con el padre para ver la posibilidad de que en vez de dejarlo en el internado, usará la modalidad de "entrada por salida" en la cual Luis solamente iría a clase pero no se quedaría a dormir ahí, esto con el fin de ayudar a que se formará una relación más cercana, además que Luis manifestaba este deseo desde hace tiempo; el señor pensó por varios meses la situación y llegó el momento en que el paciente se enfermó de gripa y le salieron piojos, esto implicó que tenía que llevarse a su casa hasta que se mejorara de ambas cosas, situación que duró aproximadamente un mes, no obstante, después de eso el señor tomó la decisión de que Luis se quedará por un tiempo más largo en esa modalidad aun cuando Luis ya estaba curado de ambas cosas. Al ver el señor que esto ayudó al comportamiento y mejoramiento del paciente y a partir de que la terapeuta le señalaba las cosas que se habían fortalecido, como la confianza en el paciente, menos ansiedad familiar en cuanto a lo que pudiera pasar en casa, además de que el juego iba disminuyendo y su lenguaje se iba estructurando de una manera más elaborada, el señor vio los beneficios de la situación y optó con confirmar su decisión de ir a dejarlo a la escuela y recogerlo por la tarde, puntualizando que la situación familiar en cuanto a lo emocional se notaba más estable, ya que también se refirió al padre a terapia para que resolviera situaciones de su pareja anterior que le estaban impidiendo lograr establecerse como una figura de autoridad.

Durante las sesiones se estuvo trabajando en la identificación que Luis estaba teniendo con su madre biológica y que no le estaba beneficiando pues la figura masculina no se veía presente, este rol se fue desarrollando en la medida en que se habló con el padre para que se acercara a Luis y le proporcionara lapsos de tiempo, la inseguridad que manifestaba y la desvalorización hacia sí mismo se trabajó a la par con sus maestros en el internado ya que pocas veces se hacían notar sus logros, además que en esa misma plática con ellos se ajustó la poca atención que en ocasiones daban al paciente y que se notaba al momento en que él

manifestaba sentirse excluido de su grupo y por lo tanto estar siempre a la defensiva ya que no se sentía protegido por nadie.

Cuando él en sesión empezó a notar que las sesiones pasadas se retomaban y que la terapeuta se acordaba de lo que se había platicado en ocasiones anteriores, él se sorprendía ya que emitía comentarios como "oye te acuerdas de todo" "también te acuerdas a lo que jugamos", esto ayudó a la alianza y además a reflejarle la importancia que él tenía en la sesión, así mismo que ese tiempo que él estaba ahí era exclusivo para él. Esta situación auxilió a que el paciente abriera situaciones que le molestaban y que antes no decía porque no le hacían caso, esto fue fortaleciendo la transferencia positiva y disminuyendo las agresiones que en al inicio de la terapia hacia a la terapeuta, por ejemplo el querer controlar las sesiones y no dejar que la terapeuta pusiera las normas por imaginar que no sabía nada de los juegos que había en el consultorio o hacer algunas comparaciones de las personas que aparecían en sus pesadillas con ella, aunque eran agresiones, eso era un signo de avance dado que las llevaba a sesión y no las manifestaba fuera del set, por consiguiente estas situaciones se elaboraban y se le regresaban al paciente de una manera más digerible para que le ayudará a relajar la angustia.

Al final se notó la capacidad de relacionarse con los demás a través de acciones positivas y no llamando la atención con actitudes hostiles o golpeando a sus compañeros, se le recomendó a su padre que lo llevará a actividades extraescolares para que Luis fuera reconociendo y fortaleciendo sus habilidades positivas, después de esto él participaba de forma más activa en los partidos de futbol además entró a clases de natación lo cual ayudó a la canalización de energía y un trabajo más fluido. Al final la triada que se buscaba encuadrar con Luis se logró, dado que la relación con las figuras femeninas lograron importancia pero sin tintes de miedo o angustia, además de identificarse con el rol masculino que estaba insípido, las relaciones interpersonales aumentaron gracias a que la agresión interna disminuyó y ahora poder decir su opinión cuando algo no le gustará.

# **CAPITULO VII**

# **CONCLUSIONES**

Retomando el planteamiento del problema de esta investigación es importante referir que la principal manifestación del abandono no solo fue la agresión que se propuso desde el inicio, sino que a la par se observó que existía altos grados de ansiedad en los pacientes, por lo que el tratamiento no solo ayudo a la reducción de esta agresión tanto a nivel externo como interno, sino que también se redujeron los niveles de ansiedad presentados. El poseer esta agresión y tener la necesidad de expresarla generaba ansiedad a causa de que no había un adecuado manejo de la misma, ni situaciones que ayudarán a relajar los niveles de angustia que presentaban los pacientes.

Se podría pensar que la agresión externalizada en los varones es más alta, no obstante este no es el caso de los pacientes que se abordan en este trabajo, dado que los tres aun cuando manifestaban un alto grado de agresión externa era mucho mayor la agresión internalizada que padecían. Por lo tanto, si el paciente manifiesta un alto grado de agresión externa no se puede llegar a inferir que por el hecho de expresarla internamente se relaje, sino que se necesita confirmar que la agresión es adaptativa y está ayudando al individuo a canalizar su energía pulsional.

La agresión internalizada es una de las principales características de la agresión que presentaron los pacientes del internado, situación que lleva a deterioros en la actividad social y académica por episodios de rabia, no logran tener satisfacción aun cuando las cosas tengan la posibilidad de satisfacerlos, presentan conflictos con la autoridad dado que no han tenido una figura constante que la imponga, buscan tener el control en el exterior para poder compensar el que no tienen de manera interna.

La agresión internalizada que presentaban los pacientes tiene particularidades como baja autoestima, desvaloración de su persona, autosabotajes y poca confianza en sus logros ya que no los ven y se minimizan ante personas que consideran mejores que ellos, por lo que intentan destruirlos con sus agresiones para que no representen una amenaza, tal como lo manifiesta Melanie Klein en su teoría en cuanto a la envidia.

Es necesario proporcionar al paciente una base segura a partir de la cual pueda explorarse a sí mismo y explorar sus relaciones con todos los que haya establecido una relación. Por lo que se deben rescatar y promover figuras dignas de confianza y ayuda constante para evitar situaciones de abandono.

Es importante ampliar la capacidad de expresión para mejorar sus capacidades y potencialidades interpersonales por medio de un vínculo seguro que afirme la individualidad de cada sujeto, además de promover hábitos de confianza y seguridad en cada relación primaria que el paciente tenga ya que se puede ver que en el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta, sin el calor afectivo del amor, el cual debe ser proporcionado y modelado por las primeras figuras significativas, los progenitores.

El apego que la madre principalmente proporciona en un primer momento al niño es el que promueve el establecimiento de un tipo particular de vínculo entre ellos, por lo que este vínculo funge como sistema de regulación emocional, ya que su principal objetivo entonces será la experiencia de seguridad y de un sistema regulador de dicho vínculo para mantenerlo en equilibrio. En los pacientes hubo poco apego desde la infancia dado que no tuvieron constancia de amor, seguridad y apoyo, consecuentemente desarrollaron en gran medida un vínculo ansioso, evitativo y ambivalente, por lo tanto, se infiere que la sombra del vínculo afectivo, es la sombra del nacimiento y esto hace que el niño se conciba abandonado desde antes de su nacimiento hasta su desarrollo, situación que se va alimentando o disminuyendo de acuerdo a las características afectivas que proporcionan los padres de familia y allegados significativos.

Por lo que el abandono que presentaron los pacientes más que físico fue emocional, esto desde la teoría de Bowlby (1953) ya que aun cuando los padres de los pacientes estaban presentes, no había contacto con emociones, demostraciones de afecto, reconocimiento de logros y empatía, situación que llevó a que presentarán un marcado aislamiento, caracterizado por la deficiencia al momento de relacionarse, poco reconocimiento de emociones y contacto con las mismas.

En base al predominio de abandono que presentaron los pacientes, es decir, el emocional, se detonó una agresión interna más que proyectada, con esto no se pretende

inferir que el abandono físico y la agresión externalizada no exista, sino que en mayor medida aun cuando éstas son evidentes en lo social, las situaciones internas manifiestan síntomas de mayor gravedad dado que no son evidentes a simple vista, y por ende implica un trabajo laborioso para identificar las emociones reprimidas, las cuales repercuten a nivel físico y en el mundo externo.

Los vínculos que presentaban los pacientes no se caracterizan por ser consolidados ni seguros, sino que son inseguros evitativos e inseguros ambivalentes a causa del apego que los padres formaron en sus hijos, condicionalmente había poca disponibilidad para satisfacer las necesidades del paciente y por ende poca empatía para comprender las insuficiencias físicas y emocionales. Esta pobre constancia y atención por parte de los progenitores llevó a que los pacientes fortalecieran sus inseguridades.

Los pacientes mostraron abandono desde la primera infancia y esta se fue cosechando a través de la experiencia que se obtuvo con los vínculos y el tipo de apego, en los casos que aquí se muestran hubo factores predisponentes, desencadenantes y detonantes de dicho abandono, la agresión externalizada y el ingreso al internado comprenden a la categoría de detonante ya que antes de ingresar al internado se podía disfrazar y justificar el vínculo que había entre hijo-padres. Consiguientemente, el hecho de estar en la casa aún cuando no hubiera ningún contacto podía mantener cierto equilibrio, porque el tener cerca a los padres ayudaba a no ver de manera tangible la ausencia afectiva, y por ende no había necesidad de mostrar agresión ante el mundo externo, además que sería poco probable porque la agresión era prácticamente interna.

Factores predisponentes del abandono es que los padres a su vez tuvieron un apego y vínculo similar, separaciones constantes, de igual manera no poseer el deseo de tener al niño y por tal motivo no dan las herramientas necesarias para el óptimo desarrollo del mismo, por último tener carencias económicas; lo anterior limita el construir una relación fortalecida entre padre e hijo. Por otro lado, el hecho de no fomentar la comunicación, tener poco seguimiento en el desarrollo del niño tanto académico, emocional y físico, síntomas de depresión por parte de los padres, muerte de alguno de ellos, una familia numerosa que implique poca atención a cada integrante de la familia, poco interés por las actividades de los hijos y el que no tomen en cuenta la opinión de los mismos, forman parte de los factores desencadenantes del abandono.

El hecho de que se detone el sentimiento de abandono en los pacientes cuando entran al internado es por el hecho de que se evidencia el alejamiento y ausencia de los padres, ya no solo de manera emocional, sino que ahora el abandono se percibe de manera clara, es decir, ya no se puede fantasear ni justificar la ausencia de alguna de las figuras porque los familiares aun cuando tienen un día para visitar a los niños y adolescentes, no asisten y justifican sus inasistencias dando prioridad a sus actividades personales. Es importante destacar que puede llegar a suceder que el sujeto ingrese al internado y no se detone el abandono dado que los familiares son constantes en las visitas y en las muestras de atención y afecto. Sin embargo, no fue el caso de los pacientes que estuvieron en tratamiento dado que sus padres o hermanos pocas veces asistían a las visitas, incluso los fines de semana que los pacientes se iban a casa y que era donde se podía reforzar el lazo afectivo también se veía afectado a causa de que los familiares no apoyaban en esta actividad ya que no asistían en el hogar o eran pocas las veces que lo hacían.

Al igual que en la investigación que realizó Bowlby (1953) con los niños evacuados a Cambridge, en este trabajo también se comprueba la importancia de las visitas de los padres, así mismo el valor que tiene el que los fines de semana que están en casa los familiares interactúen con ellos. Estas acciones son realmente convenientes para la adaptación del niño a este nuevo lugar que forma ahora parte de su hogar, ya que a diferencia de los sujetos que son totalmente separados de cualquier contacto, a causa de que no son visitados por los familiares se crea en estos niños y adolescentes conductas complejas e inseguras.

Lo anterior nos lleva al supuesto tres donde se evidencia la disfunción familiar en cada uno de los hogares de los pacientes, estas situaciones en gran medida imposibilitan el cuidado de un niño o adolescente, incluso hay situaciones en casa que los llevan a tomar la decisión de que solo de forma temporal dejarán al niño o adolescente en el internado. Menciona Bowlby (1953) que algunos padres poco responsables prefieren dejar pasar las cosas en cuanto a la decisión temporal de la estancia del niño o adolescente en el internado y si es el caso se descuida en un largo periodo de tiempo, incluso llegan a adaptar su modo de vida con la ausencia de este, dificultando cada vez más su regreso.

Otra característica de los padres que dejan a los niños en este tipo de instituciones es que tienen una mentalidad vaga, ya que se sienten impresionados por las mejores condiciones

de vida materiales en las que están los niños y humildemente piensan que es mejor dejarlos ahí a regresarlos al mundo de carencias en el que se encuentran, dejando de lado la necesidad básica que tiene el niño de una relación afectiva, cercana y constante que muy difícilmente encontrará fuera de su propio hogar.

Esta disfunción familiar puede hacer que los padres piensen que por la condición de ser niños, no ven estas cosas o son incapaces de ver lo que pasa alrededor y que además en ese nuevo lugar puede iniciar su vida de una mejor manera.

Para los niños o adolescentes que saben que estarán en un lugar desconocido separados de sus familiares pero por un tiempo corto, no genera conflicto dado que no tienen que establecer una relación con las figuras sustitutas que son desconocidas para el sujeto, sin embargo, la situación cambia cuando el tiempo se extiende de manera indefinida ya que provoca ansiedad, enojo, inseguridad e incertidumbre.

Retomando a Winnicott D. (1990) para sustentar lo antes dicho, él refiere que el niño aunque sea en la fantasía debe de tener una ilusión de que alguien lo quiere cuando no está cerca del núcleo familiar, lo más difícil es que después de un tiempo puede descubrir que ya no tiene sentimientos intensos de ningún tipo por nadie. Si durante toda su vida ha tenido sentimientos de amor y de pronto lo dejan en otro lugar fuera del hogar que además es desconocido, se sentirá sin el apoyo de nadie lo que le provocará un sentimiento de temor, angustia y cólera.

En el internado los profesores así como algunos de los compañeros de estos niños que se caracterizan por ser agresivos, se muestran fatigados por el gran conflicto que representan estas conductas, pues es cansado para ellos estar tratando de controlar en todo momento estas situaciones, lo que generó un impacto de mayor importancia para la realización de este proyecto.

De acuerdo al proceso terapéutico lo que ayudo al mejoramiento de los pacientes en cuanto al abandono fue el fortalecer los vínculos con los que se encontraban, es decir, ayudarlos a que pudieran lograr tener un apego seguro y por ende un vínculo que se caracterizará de la misma manera, en este caso la constancia que la terapeuta tuvo por el

simple hecho del horario y día específico con cada paciente ayudó a proporcionar seguridad, así mismo, el hacerles ver que lo que ellos hacían aun cuando no fuera lo correcto era de suma importancia, esto en la sesión fortaleció el sentido de pertenencia y de reencuentro con ellos mismos ya que se sentían valorados, escuchados y con un espacio que solo les pertenecía a ellos. La sesión era un modelaje de la forma adecuada para establecer relaciones fuera del set, dado que eso que vivían lo llevaban a la vida diaria, lo que ayudó a que ellos pudieran lograr relaciones significativas basadas en la confianza, la comunicación y la negociación.

Así mismo, se trabajó en gran medida con señalamientos e interpretaciones para esclarecer los conflictos que les acontecían y lograr el insight, por otro lado las confrontaciones no eran benéficas con estos pacientes ya que las vivenciaban como agresivas, en el sentido de que es una herramienta que como su nombre lo dice enfrenta al paciente de manera directa y más fría al conflicto, además que los rasgos de personalidad que caracterizaban a estos pacientes no eran de gran ayuda para hacer uso de esta herramienta ya que el confrontarlos para ellos les resultaba agresivo, situación que no era conveniente para lograr un avance en cada uno de ellos.

En terapia se les permitía realizar algunas cosas que en el psicoanálisis ortodoxo podría inferirse como resistencia, esto retomando a Kohut (1986) ya que menciona que los silencios o mentiras que llegan a presentar los pacientes más que resistencias son una manera de marcar su individualidad en el consultorio, es decir, aunque el consultorio pertenezca al terapeuta y él sea quien conduce la sesión, el paciente necesita sentir que algo puede manejar y controlar y que además le implique individualidad. La manera de hacerlo es dejando silencios prolongados en la hora de terapia, mentiras o evasión de ciertos temas, sin embargo, aunque se retomaban en otro momento, en la primera ocasión se permitía que se actuara de esa manera para proporcionar seguridad; el propio paciente tiempo después traía el materia pero para ahora abordarlo y trabajarlo en sesión, esto con ayuda de las señalizaciones e interpretaciones que se hacían. Se observó que a los paciente les daba confianza y confort el hecho de que la terapeuta se acordará de sesiones pasadas y palabras específicas, dado que se vivían abandonados, sin embargo, ahora había alguien que proporcionaba interés.

La agresión se trabajó con las interpretaciones, se les ayudó a que pudieran verbalizar lo que sentían y hacer contacto con eso, los pacientes en un primer momento se les pedía que describieran lo que sentían y poco a poco las descripciones aumentaban de contenido, posterior a eso se les pedía que le pusieran un nombre a esa descripción y a partir de sus conocimientos de lo que son las emociones ellos inferían lo que sentían. Después sus discursos contenían emociones y sentimientos, éstas emociones se fueron señalizando cuando las actuaban de manera física, dado que ellos no identificaban la manera en como lo manifestaban físicamente, por lo que empezaron a reconocer los síntomas que aparecían cuando empezaban a sentir su molestia y desde antes de actuarla prevenirla, más aún hablarla.

Con lo anterior se logró la capacidad para concebir estados mentales conscientes e inconscientes en el self y los objetos, para reivindicar el falso self con el que contaban los pacientes al inicio del tratamiento, partiendo de que el self se desarrolla a través de la percepción de uno mismo en la mente de otra persona, como un ser que siente y piensa. Los pacientes se vieron reflejados en la mente de la terapeuta como en un primer momento se vieron con sus progenitores. Esta mentalización de sus conductas ayudó a simbolizar las experiencias mentales que han tenido desde la primera infancia, como diría Sigmund Freud transformar aquello que no es mental en algo que lo sea, el recordar, repetir y elaborar estas nuevas formas de conducta en el paciente ayudó a sentar las bases para comprender cómo aquello no elaborado se repite bajo la forma de actos en la transferencia.

El fortalecer la tolerancia a la frustración con las reglas que se ponían en el encuadre fue un factor que permitió a las psiques de los pacientes a continuar formando pensamientos que hacían más tolerable la frustración que vivían en sus hogares y en el internado, disminuyendo así sus angustias y ansiedades.

El hecho de que la terapeuta proporcionará seguridad emocional debido a la proximidad física y mental favoreció al desarrollo en los pacientes de la capacidad para reflexionar sobre sus propios estados mentales y sobre los estados mentales de los otros, además de predominar la transferencia positiva. Por lo que se facilitó la diferenciación entre un estado actual y un estado deseado entre presente, pasado y futuro, es decir, podían relacionar la mente con la realidad.

En el caso de Pablo la ansiedad por separación de la familia se mantuvo en el mismo porcentaje, cabe destacar que a la mitad del proceso sus padres le comentaron que entraría a una escuela regular para cursar la secundaria, pero al declive de la terapia los padres le comentan que no será así, sino que entraría a otro internado para seguir sus estudios, esta situación aun cuando se habló con los padres no cambió la decisión, consecuentemente se tuvo que retomar con Pablo las habilidades y capacidades que había logrado en terapia para que eso a su vez le fortaleciera su estancia en cualquier lugar. Aunque se trabajó esta situación fue algo que inevitablemente generó tristeza y angustia en él, además que se encontraba en un proceso de cierres y despedidas por el ciclo escolar.

Pablo aumentó su ansiedad por daño corporal, se infiere que es porque ahora era consciente de las consecuencias físicas que podría generar alguna situación de riesgo, dado que al inicio de la terapia se aborda la situación en la que apareció colgado de un árbol, esto para él era insignificante parecía que no tenía importancia, inclusive era anulado, de la mitad de la terapia en adelante Pablo empezó a mostrar actitudes con tintes de angustia y prevención para la realización de ciertas cosas, como por ejemplo no salir de noche por los riesgos que podía haber, no pelear porque un mal golpe puede generar consecuencias graves, etcétera. Lejos de que sea algún parámetro negativo este disparo de ansiedad en cuanto a daño corporal indica la consciencia de las repercusiones de situaciones de riesgo, es decir, beneficio al paciente.

Abraham también presenta ansiedad por separación de la familia en el mismo porcentaje que al inicio del tratamiento, debido a que su madre le comentó que lo sacaría del internado en el siguiente ciclo escolar para que terminará la primaria estando con ella en casa y tener una mejor convivencia, pero esta decisión era algo que cambiaba constantemente, es decir, en lapsos de tiempo la sostenía y en otros lapsos de tiempo decía que no sería así, al final a su mamá le ofrecieron otro trabajo que de acuerdo al discurso de ella le era difícil cuidar al paciente y esa situación la detenía a sacarlo del internado porque implicaría menos atención escolar, atención que ella considera que en la escuela se la proporcionan. Esta ambivalencia en la madre repercutía en la ansiedad que manifestaba Abraham ya que no le daba estabilidad en cuanto al hogar. Esto al final del proceso ayudó a que Abraham hiciera consciente los daños que le causaban estas actitudes no solo a nivel emocional sino que ahora veía los malestares físicos, por lo que la ansiedad por daño corporal para él fue más evidente,

lo que ayudó a que empezará a cuidarse así mismo antes de preocuparse por las otras personas que lo rodeaban. Aunque es bajo el porcentaje de ansiedad en esta área es significativo ya que en un inicio evadía las causas, sin embargo, ahora las acepta y busca darles salida.

Luis es un niño que se encuentra viviendo parte del Edipo ya que está retrasado en las etapas de desarrollo, en esta etapa es típico la presencia de miedos y angustias por los deseos de querer destruir al oponente, no obstante él está intentando identificarse con la figura masculina para ahora poder ser visto por su madre sustituta, la cual si lo provee de cariño y atención, es por ello que esta característica se eleva al finalizar el proceso, dado que se hizo lo posible para que esa etapa la pasara lo más sano posible.

La situación anterior repercute al momento de que Luis externaliza su agresión y ya no la presenta tan elevada de forma interna, aun cuando externa su molestia lo hace de una forma más elaborada y evolucionada, ya que aprendió a comunicar su incomodidad. Esta situación se ve reflejada en el aumento de agresión externalizada y disminución de la internalizada, incluso su comunicación con las figuras femeninas y figuras de autoridad mejoró bastante gracias a esta resolución edípica.

En el caso de Abraham y Pablo existió una regresión temporal como la denomina Anna Freud, una regresión temporal en el desarrollo de los impulsos y de la libido, esta afecta por un lado la elección de objetos y las relaciones con ellos, con el consiguiente retorno de lo que jugó un rol inicial importante y a las expresiones más infantiles de dependencia, esto porque al final del proceso se notó que para poder despedirse tenían que utilizar herramientas momentáneas que en el pasado les había funcionado para poder canalizar la incertidumbre de qué es lo que pasaría después de terminar la terapia. Teniendo manifestaciones simultáneas de regresión sexual del objeto, del fin y del método de descarga, dado que en estos dos pacientes se estaba reeditando el complejo edípico de manera normal.

La regresión funcional se da por sentada como una característica común de la conducta infantil, se puede demostrar que las tendencias regresivas están relacionadas con todos los logros importantes, que es el caso de las funciones del yo que se fortalecieron en el proceso terapéutico de estos pacientes, ahora controlaban la prueba de realidad, la integración, los

procesos secundarios del pensamiento, el dominio de la ansiedad y la agresión, se mejoró la adaptación social, tolerancia a la frustración y control de impulsos. Es decir, no es garantía que un niño que tiene un nivel alto de desarrollo tenga un redimiendo estable y continuo, sino que el retorno ocasional a una conducta más infantil debe ser aceptada como signo normal, de hecho lo que nos debe de asombrar no son las regresiones que lleguen a presentar los pacientes sino los logros repentinos ocasionales y los avances. Para ello se retoma a Anna Freud quien menciona que de acuerdo a la experiencia, el método lento de ensayo y error, la progresión y la regresión temporaria son más convenientes para el desarrollo de la salud mental.

Anna Freud (1992) menciona que la agresividad patológica en los niños pequeños se origina en algunas ocasiones dentro del hogar pero con mayor frecuencia en niños huérfanos, criados en hogares destruidos o incluso que tienen padres sustitutos cambiantes, instituciones residenciales etcétera. Situación que se evidencia en los casos de esta investigación, los pacientes aun cuando tenían su familia, se vivenciaban con altos grados de soledad y ansiedad lo que les generaba incertidumbre hacia el futuro, el tener una familia no es garantía de estabilidad emocional a lo largo de la vida, sino que se necesita más que la presencia del objeto para alcanzar seguridad y bienestar emocional.

Los niños que son demasiado violentos presentan temperamentos agresivos muy activos, pues la falta de paternidad provoca manifestaciones de estas respuestas ya que el niño trata de registrar una protesta violenta y al mismo tiempo manifestar sus sentimientos de sentirse amenazado y vulnerable por instintos de lucha para proporcionarse al menos cierta sensación de poder. Por lo que el efecto acumulativo de estas experiencias puede ser la afirmación de un sentimiento de excesiva soledad y con la necesidad de apoyarse en sus instintos auto preservativos para auto proveerse de seguridad, por consiguiente a *mayor abandono paterno, menor capacidad de planeación.*

Se puede decir que si el niño o adolescente no tuvo las bases psicoafectivas suficientes cuando las necesitaba ahora ellos se vuelven voraces, esto de acuerdo a Melanie Klein (1988), quien menciona que a raíz de este deseo de voracidad el sujeto cada vez ambicionará más, por lo tanto, cada intento de satisfacción por parte de él provoca rechazo de las personas a las que les exige que le satisfagan estas necesidades, es decir, como si se volviera un deseo

arcaico a manera de compensar la falta de atención, amor y aceptación que en mayor o menor medida antes tuvo.

En el caso de Luis y Pablo se trabajó de manera activa con el padre y con el profesor que tenían respectivamente, esto ayudó significativamente a lograr la sensación de protección que proporciona la figura paterna, tanto en el área emocional y económica, esto dio como resultado una adecuada autoestima en los pacientes, fomentando el control de impulsos ya que en la fantasía el padre supera los impulsos del niño. De esta forma los pacientes aprendieron a regirse y a adaptarse a la realidad a causa de que el padre ha creado los límites y normas sociales.

La presencia de figuras sustitutas que proporcionen seguridad y puedan otorgar bases psicoafectivas en el niño y adolescente es funcional como para lograr estabilidad, aunque sean figuras rescatadoras no será lo mismo que cuando ese amor y seguridad lo proporcionan los progenitores, sin embargo, a falta de ellos es necesario hacer alianza con las personas que estén dispuestas a tener este papel y ayudarlos a que lo desempeñen de la mejor manera. En el caso del internado se tuvo que trabajar a la par con los pacientes y con los profesores que estaban a su cargo dado que en ellos, en gran medida se veían desplazados los impulsos que los pacientes tenían hacia sus padres. Gracias al apoyo de estas figuras rescatadoras, se pudo lograr una triangulación adecuada en pro del bienestar psíquico de los pacientes.

Los pacientes al iniciar el proceso terapéutico entraron con una agresión destructiva como diría Sigmund Freud, con un alto impulso de muerte, sin embargo, durante la terapia se logró que esta agresión fuera adaptativa tal como refiere Kohut (1986) y Anna Freud (1965), ya que ayuda a lograr objetivos; ella explica que cuando la curiosidad del niño es traída nuevamente a la conciencia implica que es aceptada y por lo tanto están aceptando la agresión implícita, es decir, necesita de esa agresión que lo moverá para cumplir lo que quiere. Kohut agrega que la rabia y destructividad no deben considerarse como la expresión de un instinto primario que tiene una meta, sino que debe tomarse como productos de regresión o fragmentos de las disposiciones psicológicas más amplias que constituyen el self nuclear. Por lo tanto, la agresividad no es lo que la persona destruye, sino que debe verse como agresiones que forman un elemento constitutivo de la firmeza y de la seguridad con que expresa sus necesidades frente a los self objects que le proporcionan un medio de

responsabilidad empática. Es decir, estos pacientes gracias a esta agresión pudieron dar un gran avance en su proceso terapéutico, ya que fueron movidos por objetivos claros, además que fueron haciendo consciente los beneficios obtenidos a partir de su evolución, situación que los llevó a esforzarse cuando la energía fue canalizada hacia otros objetivos más funcionales.

Se puede decir que la agresión patológica se encuentra en una falta de fusión entre las tendencias agresivas y los impulsos individuales por la ausencia de objetos amorosos, la falta de respuesta empática por parte de sus padres y la deficiencia del desarrollo emocional debido a razones innatas.

Francoise Dolto (1988) refiere que en la vida del niño hay tres continuidades, la del cuerpo, la de la afectividad y la social, por lo que cuando los papás no están juntos el niño o adolescente debe tener la posibilidad de permanecer en el espacio en que sus padres han estado juntos para continuar con cierta seguridad, de no ser así, como su cuerpo se identifica con la casa que habita, si él se va del hogar o este se destruye debido a la ausencia de un progenitor o si el niño es abandonado, el niño va a conocer dos niveles de desestructuración, el nivel espacial, que repercute en el cuerpo y el nivel de la afectividad con disociación de sentimientos. Ambas situaciones se manifestaron en los pacientes dentro del internado ya que era poco el contacto con padres y más aún cuando estaban juntos los padres eran ausentes emocionalmente, esto repercutió en la dificultad de los pacientes para expresar sus emociones en las sesiones.

Es importante que los niños y adolescentes que entrarán al internado estén informados de lo que les espera en este nuevo lugar, el niño o adolescente debe estar de acuerdo y llegar a consensos para la decisión que se tomara, de no ser así ellos pensarán que los padres no sólo anulan su opinión sino también el amor hacia él. Por lo tanto, es importante recordarle que él/ella fue concebido con amor y deseo para así evitar que el niño o adolescente sea empujado a imaginar que sus padres ya no lo aman.

Es necesario que los niños, los fines de semana que salen del internado para estar en sus hogares, vean a toda su familia para continuar su desarrollo, en especial en edades pequeñas, esto para que se dé el proceso de identificación incluso si no son los progenitores, es necesario que sean figuras del mismo sexo y que además sean allegadas a la familia. Así

mismo, es necesario que el niño y adolescente aun cuando están en el internado estén informados de lo que acontece en su hogar, ya que esto les ayuda a continuar con un sentido de pertenencia en su familia.

Como terapeuta hay que identificar a las madres que viven según Françoise (1988) como falsas viudas o falsas solteras ya que estas con el pretexto del "tener" y no del "querer" cuidar a los hijos han vivido como eso y por ende generarán en los hijos pensamientos de haber ejercido un sadismo contra su madre, por el hecho de que sienten que ha sido su culpa que vivan en esa condición. Es decir la madre vive con todos los poderes y todos los deberes y vive esto como si no dispusiera de ninguna libertad y aunque el padre esté presente ella lo anula para vivir en una constante victimización que ella inventa.

Por lo anterior, suele pasar que el deber del padre se debilita, es decir el deber de responsabilidad desaparece, consecuentemente el deber del hijo desaparece porque no hay nadie que lo modele para él. Es una obligación del padre acompañar a su hijo en su desarrollo, escucharlo en su manera de sufrir y de expresarse para lograr una empatía y congruencia entre lo que siente y piensa.

Todos los niños y adolescentes necesitan seguridad de espacio y de tiempo, ya que son referentes de un ser humano vivo, estos referentes en los niños se asociarán a las relaciones humanas precisas y a manifestaciones verbales que respetan ese espacio y ese tiempo, sin embargo, en los pacientes aquí analizados estos referentes no se vivenciaban ya que no sentían un espacio donde se pudieran manifestar tal como se sentían, porque incluso no sabían cómo se sentían. Al momento de tener un tiempo específico y especial para ellos eso fue un referente para identificarse como seres importantes y vivientes.

Por lo anterior se puede decir que toda violencia deriva de la ausencia de palabras para expresar el desacuerdo entre las personas y por consiguiente lo actúan; se detona un sentimiento o una emoción, es decir, cuando no puede expresarse en palabras lo que siente, el individuo usará su cuerpo, ya que el objeto primario le enseñó con el objeto del otro a realizarlo de esa manera, ese objeto de rechazo y rivalidad que será preciso vencer o que en todo caso se debe aceptar para amortiguar el dolor.

De acuerdo a Kohut (1986) se alcanzó tardíamente el establecimiento de las estructuras del self edípicas, es decir, esta sexualidad incestuosa y destructiva se sustituyó por un self edípico integrado, afectuoso y autoafirmativo generando en el paciente una vida significativa, con ayuda de su capacidad de llevar a la práctica el programa de su self nuclear por los medios que le ofrece el trabajo y el amor. Luego entonces, las vidas más productivas y creativas son las de aquellos que a despecho de los numerosos traumas de su niñez, pudieron adquirir nuevas estructuras en su búsqueda de nuevos caminos hacia la plenitud interior, situación que se manifiesta en los casos analizados, dado que la capacidad de disminuir las angustias y relajar su mundo interno los llevó a lograr una actividad creativa y productiva caracterizándose por una escases de estructuras defensivas, ahora los analizados podían responder a traumas de sus necesidades mediante una vigorosa búsqueda de nuevas soluciones, gracias al self cohesivo y con un continuo cúmulo de energía potencialmente eficiente que se logró establecer a lo largo del proceso terapéutico.

Está en nosotros como profesionistas el buscar el bienestar comunitario suprimiendo la agresión por medio de la armonía, concientización de las propias responsabilidades y de los alcances reales, con el objetivo de lograr una sociedad con mayor educación en toda la extensión de la palabra y en todas los lugares que se dedican a la educación ya sea de manera profesional o empírica (es decir, los hogares) con identidad propia que pueda transferirse con seguridad a las generaciones venideras y con un sentido de pertenencia que genere confianza y vínculos seguros, pues de eso dependen las relaciones interpersonales.

# **CAPITULO VIII**

# **LIMITACIONES Y**

# **SUGERENCIAS**

Es importante que las instituciones de este tipo cuenten con un departamento psicológico para dar un seguimiento personal a cada alumno, además de realizar un trabajo de integración con la familia del mismo, esto con el fin de que la estancia del niño en la institución sea lo más ligera posible sin llegar a niveles de angustia que perturben la estabilidad emocional.

Es recomendable que antes de que el niño sea ingresado a la institución se le instruya de los cambios que habrá, de las nuevas actividades que tendrá, del cambio en su estilo de vida y del por qué se realizará. Se puede sugerir que semanas antes de que el niño o adolescente ingrese a la institución vaya a conocer el lugar acompañado de sus progenitores e incluso ellos se queden un par de días con él, para que este cambio lo viva lo más natural posible donde los padres sean los promotores de seguridad y confianza. Por lo tanto, es importante que el personal de la institución esté capacitado para proporcionar información y seguridad adecuada tanto al estudiante como al padre, con el objetivo de que este cambio no se viva como un castigo ante alguna situación, sino resaltando los beneficios que se obtendrán. Así mismo, se recomienda que la institución para que pueda aceptar al alumno comprometa al tutor a cumplir con los requisitos de constancia y seguridad hacia el niño y así prevenir manifestaciones de abandono u otras emociones que puedan perturbar la estancia del menor en el instituto y más aún perjudiquen su adecuado desarrollo y estado emocional.

Debe ser responsabilidad de los profesores y de los padres de familia promover una conducta de apego seguro, caracterizado por ser sujetos accesibles y sensibles a los sentimientos de seguridad que exige el niño, por lo tanto poder lograr relaciones significativas y de alto valor teniendo como resultado el logro y conservación de la proximidad del niño con los sujetos que sean importantes para él. Se sugiere que para que los padres eviten conductas agresivas o sentimientos de abandono, cumplan siempre las promesas que le hacen al niño ya sea este un premio o un castigo, con esto se promoverá la congruencia; así mismo, es importante que si el progenitor piensa castigar o llamar la atención a su hijo lo haga a solas para no evidenciar y poner en riesgo la seguridad psíquica del infante o adolescente ante los demás. Para continuar con el concepto de congruencia es aconsejable que si el padre o tutor se ha equivocado en alguna conducta o decisión lo acepte, con ello apoyará a que el niño o adolescente genere una buena imagen de las figuras de autoridad. De igual manera es de suma importancia que los padres demuestren sus afectos tal como los sientan y espejen a sus

hijos emociones adecuadas, así mismo que tengan identificaciones y comportamientos apropiados para que estos repercutan en pro de sus hijos.

Se propone que con este tipo de niños se induzca la individualidad y confianza en sí mismos a través del reconocimiento de sus habilidades, de igual manera proporcionando comportamientos alternativos para que cumplan sus objetivos sin necesidad de sobrepasar el bienestar de los demás. El individuo generalmente imita los comportamientos de los que están a su alrededor, es por ello importante que en terapia se generen patrones de conducta en pro de la seguridad psíquica del sujeto. En especial es trascendental promover la autoestima para que logren un bienestar consigo mismos y por lo tanto emprendan relaciones basadas en la seguridad, amor y confianza. Despreciables

Para lo anterior es trascendente recordar que un enfoque firme pero justo para poner límites en la conducta del niño y adolescente en todas las esferas que lo comprende es lo que logrará un trabajo y relación exitosa, esto se obtiene promoviendo comunicación clara y directa, haciéndole saber al niño o adolescente que se está enterado de sus gustos, aficiones y actividades de sus tiempos libres. Lo que implica fomentar el reconocimiento positivo hacia el niño mediante el compromiso de sentimientos, sin dejar de lado la firmeza ante las decisiones tomadas por las figuras de autoridad, con ello se podrá prevenir conductas ambivalentes y destructivas tales como hurtos, hostilidad, crueldad ante los demás y violencia en varias modalidades, conductas que ponen de manifiesto una dolencia psíquica.

Es importante que los padres provean una sensación de seguridad en el niño y adolescente la cual comprenda el área emocional y económica, así mismo reforzar esta seguridad con la constancia y estabilidad materna para así generar un mundo interno seguro y estable donde el niño se sienta importante y valorado. De igual manera la inclusión de valores en la educación de los individuos es primordial ya que la escases de estos hace susceptibles a los niños y adolescentes a los mensajes de los medios de comunicación masivos, puesto que hacen uso de pseudovalores indignos por su contenido limitado y muchas veces destructivo del entusiasmo humano, por lo tanto, crecen con pocas herramientas para substituir emocionalmente. Finalmente los padres son personas vitales en la vida de los niños y adolescentes, por eso es que deben ser partícipes activos en la planeación de su futuro.

La permisividad social respecto al castigo físico a los hijos, la tendencia a no meterse en los asuntos familiares de los demás aunque se den comportamientos violentos y el hecho de percibir a los hijos como algo que se pertenece, puede aumentar la violencia hacia los niños, así mismo, es importante que la ciudadanía en general se concientice que el hecho de ser observadores de las carencias antes mencionadas también es un signo de agresión, clasificada como pasiva y aunque no pareciera ofensiva implica el mayor número de repercusiones emocionales a nivel social reflejándose en el silencio colectivo de las inconformidades.

Se recomienda retomando la teoría de Josselyn I. (1969) que la terapia analítica se aplique cuando exista un yo fuerte que a través de la terapia logre fortalecerse y prepararse aún más para continuar un análisis, por lo que la terapia debe de llevarse de manera cautelosa y con un criterio muy conservador. Se recomienda que el analista realice comentarios que tengan un significado más profundo que lo que impliquen las propias palabras, si la capacidad del yo del adolescente le permite enfrentarse con el significado de estas, se hará notorio en las conductas del paciente o de manera inconsciente, en sus sueños. De la misma manera es recomendable que el terapeuta proporcione un yo que sea flexible, agradable pero sin la posibilidad de corromperse ante los deseos del paciente.

La presente investigación tuvo ciertas limitantes partiendo de la disposición y desorganización en la institución donde se realizó la intervención terapéutica, dado que al momento de entrar a laborar ahí, el internado sufría de un desequilibrio en la cuestión administrativa ya que el director de la misma se encontraba en problemas con la demás administración a causa de inconformidades en la manera de trabajo. Esta situación impidió en varios momentos del proceso terapéutico la fluidez y apoyo por parte de la escuela, además del poco compromiso que en un inicio había por parte de los docentes y trabajadores sociales a causa de que las prioridades que se tenían, las cuales se basaban en mantener su trabajo y despojar de la dirección al dirigente en curso.

En ese lapso también hubo paros por parte de los profesores a manera de protesta por las inconformidades existentes y huelgas por parte de los padres de familia para manifestar su inconformidad por las constantes suspensiones que se tenían en el internado y exigiendo que se reanudaran las clases. Esta situación llevó a los directivos a tomar la decisión de despedir o suspender temporalmente a los profesores que tenían estas actitudes y recontratar a

profesores más jóvenes que los que en un inicio había; situación que movió a todo el internado, en especial la dinámica que había en la relación estudiante-docente dado que los anteriores docentes en su mayoría tenían una edad oscilante entre los 40 y 60 años, pocos eran los que no entraban en ese rango de edad. Este movimiento de profesores se realizó aproximadamente a la mitad del proceso terapéutico que se llevaba con los pacientes, situación que en un inicio se pensaba afectaría, sin embargo, fue lo contrario dado que los alumnos lograron con el paso del tiempo una mejor identificación con sus maestros, aunque fue un proceso difícil el volver a realizar dicho encuadre, se logró un mejor trabajo multidisciplinario para el óptimo desarrollo del alumno. Por lo anterior es importante verificar desde el inicio del proceso la situación en la que se encuentra el lugar donde se realizará la investigación, así como la importancia de establecer un buen encuadre con los dirigentes de los mismos para que en un futuro no implique la obstrucción o dificultad del proceso.

Es sustancial instruir al personal desde el comienzo del trabajo sobre la importancia del apoyo que se debe de tener para el proceso terapéutico, además de explicar en qué consiste y los cambios que pueda haber en el paciente para evitar confusiones o falsas percepciones de las conductas que se puedan generar en el alumno, es decir, trabajar con el docente como una figura significativa del paciente y concientizarlo del papel que tiene como padre sustituto dentro de la institución.

Para una mejor evolución en el desarrollo del proceso en caso de ser un internado se recomienda tener sesiones más frecuentes con el docente que con los padres, dado que los docentes son quienes en gran medida fomentan las conductas y actitudes del paciente a causa del elevado número de horas que pasan con él. Lo anterior porque al inicio del trabajo con los pacientes los profesores llegaron a sabotear el proceso, ya que llegaban a retrasar al paciente para que no llegara puntual a la sesión, no les creían que tenían terapia aun cuando ya se había hablado con ellos, esperaban a que la terapeuta fuera por ellos al salón y no ayudaban a fomentar el sentido de responsabilidad en el paciente. Por lo que en varias ocasiones se tuvo que realizar el encuadre con ellos, situación que fue mejorando a partir de incluirlos en el proceso y que curiosamente a través del tiempo también demandaban ser informados, a la par es importante tener sesiones constantes a diferencia de cuando es un profesor de una escuela regular, es decir, de manera inconsciente se tomaron el papel de un padre sustituto lo cual ayudó y reforzó en un primer momento los vínculos con los pacientes.

Es importante aclarar con los responsables de la institución desde un inicio los alcances que se tendrá en el trabajo y las aportaciones a la institución, dado que puede ocurrir que los docentes o directivos a partir de que observan cambios positivos en los pacientes, intenten dar otras responsabilidades al terapeuta y esto pueda llegar a desviar el objetivo inicial del proyecto de investigación. El terapeuta debe informarse desde antes de iniciar el proyecto de las características que tiene el internado o el lugar del trabajo de campo ya que puede ocurrir que sea un lugar carente de ayuda o con trabajadores poco profesionales y eso pueda envolver al terapeuta a tener una conducta que se caracterice por el llamado “furor curandis”, que en breve consiste en una insistencia a querer encontrar el origen histórico, familiar o traumático de la afección que tiene el paciente e intentar curarlo de la manera que sea posible, sin poder ver las limitaciones que el propio ambiente te impone.

Los niños del internado pasan poco tiempo con sus padres dado que toda la semana están en la institución, por este motivo es importante realizar una labor de concientización con los padres de la importancia de que estén presentes con sus hijos a lo largo de la estancia en la escuela, al igual de las sesiones que se deben de tener con el terapeuta, ya que en este trabajo fue difícil lograr esta constancia a causa de que los trabajadores sociales tenían poco contacto con los mismos y por tal motivo fue complicado el trabajo activo con algunos padres porque no se tenían datos personales de los familiares o pocas veces no le daban la seriedad necesaria al trabajo que se estaba realizando por esta delegación de responsabilidad de sus hijos a la institución.

Se sugiere que para próximas investigaciones se aborde una población basada en niñas o que también sean incluidas en la muestra dado que los pacientes referidos en este trabajo solo fueron varones, por lo que se considera importante realizar una comparación entre hombres y mujeres o exclusivamente mujeres para verificar si hay alguna varianza entre las conductas, actitudes y manifestaciones tanto del abandono como de la agresión. Además de verificar si la agresión sería constante en mujeres y contrastar qué resultados arrojaría, incluso analizar si la agresión que en ellas existe es exclusivamente internalizada como se pudiera pensar a causa de la forma de educación que se le da a la mujer en México y por ende se instala un sentimiento de culpa más profundo que en el varón, por lo tanto sería interesante identificar de qué manera se aprende esta agresión y cómo se va desarrollando el abandono.

En esta investigación se trabajó en niños de nivel primaria, sin embargo, sería interesante abordarlo desde un nivel más alto como la secundaria en la que las pulsiones están más desbordadas y la agresión en sus distintas modalidades se hace manifiesta, así mismo, es característico que el adolescente se sienta solo y sin ningún apoyo, es decir, abandonado o ausente de figuras significativas.

Se propone que en otras investigaciones se tome la opción de realizar dos grupos de población más amplios y con las mismas características para así poder generalizar los resultados obtenidos, donde a uno de los grupos se aplique el proceso terapéutico por un tiempo más prolongado y así verificar los cambios que el psicoanálisis puede hacer en el trabajo con la agresión y el abandono, teniendo como referencia a otro grupo que no se le haya dado el proceso terapéutico, confirmando o refutando los beneficios y aportaciones que el psicoanálisis puede realizar con las técnicas que propone.

En este proyecto se aplicó una batería de pruebas al inicio y al final del proceso terapéutico, sin embargo, se sugiere que se realice una batería de pruebas en la fase intermedia de la terapia y así comparar los resultados, dado que al final del análisis por la ansiedad normal que implica la culminación del mismo se pueden ver sesgados algunos de los resultados, pudiendo llegar a supuestos negativos de los mismos.

En la actualidad se vive en una sociedad donde los padres son más ausentes y por lo tanto tienden a abandonar con mayor frecuencia a sus hijos ya no sólo físicamente sino de manera emocional a causa de los pocos recursos y posibilidades de una vida relajada o con pocas preocupaciones, las carencias económicas, afectivas, falta de seguridad y autoridad en los hogares son un parte aguas para que este fenómeno se dé ya no solo en las zonas rurales sino también en las urbanas, donde desde hace unos años se ve globalizado una falta de compromiso para las funciones que nos corresponden en los distintos roles que jugamos dentro de la sociedad. Esta situación es digna de que la reflexionemos y más aún le demos tiempo para investigar dando soluciones certeras con un trasfondo de concientización no solo de la situación actual, sino del constante duelo que la sociedad está viviendo.

---

# **CAPITULO IX**

# **FUENTES**

# **CONSULTADAS**

## 9.1 Bibliografía.

1. ABERASTURY, A. Y KNOBEL, M. (1992) *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. Bueno Aires, Argentina: Paídos.
2. ALVEANO J. (1998) *El padre y su ausencia*. México, DF: Plaza y Valdez.
3. BOWLBY J. (1998) *El apego y la pérdida -1, el apego*. México, DF: Paídos.
4. BOWLBY J. (1998) *El apego y la pérdida -1, la separación*. México, DF: Paídos.
5. BOWLBY J. (1989) *Una base segura*. Barcelona, España: Paídos.
6. BOWLBY J. (1953) *Cuidado y amor maternal*. México, DF: Fondo de cultura económica.
7. CID J. URBANO S. (2006) *Personalidad y conflictos en el dibujo*. Madrid, España: Delta.
8. COOLICAN H. (1997) *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México D.F: Manual Modero.
9. CORONA M. (1997) *La contratransferencia en el psicoanálisis infantil*. Cuadernillos de psicoanálisis. Volumen XXX: 3 y 4.
10. DOLTO F. (1988) *Cuando los padres se separan*. Barcelona, España: Paidos.
11. ETCHEGOYEN H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
12. FELMAN S. (2008) *Desarrollo de la infancia*, 4ª Edición, México D.F: Prentice Hall.
13. FREUD A. (1965) *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires, Argentina. Paidos.
14. FREUD A. (1992) *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Paídos.
15. FREUD S. (1905) *Análisis de un caso de histeria*. Obras completas. Tomo XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
16. FREUS S. (1926) *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras completas. Tomo XX. Madrid, España: Amorrortu.
17. FREUD S. (1930). *El malestar en la cultura*. Tomo XXI. Madrid, España: Amorrortu.

18. FREUD S. (1973) *Más allá del principio de placer*, obras completas. Tomo XVIII. 2da edición. Madrid, España: Amorrortu.
19. FREUD S. (1986) *El psicoanálisis de los niños*. Obras completas. Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
20. FREUD S. (1993) *tres ensayos sobre una teoría sexual*. Obras completas. Tomo VII. 5da edición. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
21. GALIMBERTI U. (2006) *Diccionario de psicología*. México D.F. Ed. Siglo veintiuno.
22. GONZALEZ, J. ROMERO, J. TAVIRA, F. (1998) *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México, D.F: Trillas.
23. HERBERT M. (1983) *Trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia*. 1ª edición. Madrid España: Paídos.
24. JOSSELYN I. (1969) *El desarrollo psicosocial del niño*. Buenos Aires, Argentina: Psique.
25. KLEIN M. (1987) *El Psicoanálisis de niños*. Obras completas. Volumen 2. Barcelona, España: Paídos.
26. KLEIN M. (1988) *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Obras completas. Volumen 3. Barcelona, España: Paídos.
27. KLEIN M. (1990) *Amor, culpa y reparación*. Volumen 1. *Barcelona: Paídos*.
28. KOHUT H. (1977) *RESTAURACION DEL SI-MISMO*. Buenos Aires, Argentina: Paídos.
29. KOHUT H. (1986) *¿CÓMO CURA EL ANALISIS?* Buenos Aires, Argentina: Paídos
30. LAPLANCHE J. PONTALIS J. (1996) *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paídos.
31. MURGUÍA E. (2012) *Comunicación personal*. México, D.F.
32. PETER B. (1981) *Psicoanálisis de la adolescencia*. México, DF: Joaquín Martínez.
33. PULASKI M. A. S., (1997) *El desarrollo de la mente infantil*. México D.F: Paídos Educador.
34. RANGEL D. (1996) *Psicoterapia infantil*. 1ª Edición, Guadalajara, Jalisco, México: Cuellar.

35. SAMPIERI R. (2006) *Metodología de la investigación*. 4ta Edición. México, D.F: Mc Graw Hill.
36. SANTAMARIA A. (2012) *Comunicación personal*. México, D.F.
37. SCHAEFER C. O'CONNOR K. (2003) *Manual de terapia de juego*. 1ª Edición. México D.F: Manual Moderno.
38. SEGAL H. (2002) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires, Argentina: Paídos Psicología Profunda.
39. SILVA A. (2003) *Conducta Antisocial: un enfoque psicológico*, México, D.F: Pax.
40. STOLOROW R. ATWOOD G. (2004) *LO CONTEXTOS DEL SER. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona, España: Heder.
41. SZYDLO D. y BEROSTAIN Ce. (2001) *Para entender la psicoterapia*, citado por: Humberto Nájera, México D.F: Paídos.
42. WINNICOTT D. (1990) *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires, Argentina: Paídos.
43. WINNICOTT, D. (1991). *La interpretación en psicoanálisis*. En Exploraciones psicoanalíticas I. Barcelona, España: Paídos.
44. WINNICOTT, D. (1997). *Realidad y juego. El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones*. Barcelona: Gedisa.

## 9.2 Referencias electrónicas.

45. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2576](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2576) ANDREU J. PEÑA M. RAMIREZ J. "Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes", publicado 08 de octubre del 2009, consultado el día 21-11-2010. 8:21pm.
46. [http://www.psicoanalistaiildiz.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=30:teoria-y-tecnica-de-psicoterapia-psicoanalitica&catid=5:libros&Itemid=18](http://www.psicoanalistaiildiz.com/index.php?option=com_content&view=article&id=30:teoria-y-tecnica-de-psicoterapia-psicoanalitica&catid=5:libros&Itemid=18) YILDIZ I. "Teoría y técnica de psicoterapia psicoanalítica". Consultado el día 13-08-12. 9:32pm.

# **CAPITULO X**

# **ANEXOS**