

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Psicosis simbiótica: estudio de caso en una institución pública

Autor: Rocío Ramos Muñoz

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

**Nombre del asesor:
Manuel Guzmán Treviño**

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.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRIA EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE LA
INFANCIA Y ADOLESCENCIA
CAMPUS LEON

TESIS DE GRADO:

**“PSICOSIS SIMBIÓTICA: Estudio de caso en una
institución pública”**

QUE COMO CANDIDATA A OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA
C.C.T. 11PSU0173J
No. DE ACUERDO 116/2000

PRESENTA:

ROCIO RAMOS MUÑOZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. MANUEL GUZMAN TREVIÑO

COORDINADORES MÉTODOLÓGICOS:

MTRA. MARIA DE LOURDES VARGAS GARDUÑO

L. F. LUIS ANTONIO GUTIERREZ BALDERAS

LEÓN; GUANAJUATO

DICIEMBRE DE 2007

INDICE

	Páginas.
1. INTRODUCCION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
SUPUESTOS DE INVESTIGACION.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVO SECUNDARIO.....	8
OBJETIVOS	
PARTICULARES.....	8
2. ANTECEDENTES.....	10
CONTEXTO INSTITUCIONAL. CENTRO ESPECIALIZADO DE ESTIMULACION MULTIPLE (CEEM) DEL SISTEMA DIF-LEON.....	11
HISTORIA CLINICA PERSONAL Y FAMILIAR.....	17
DIFERENTES DIAGNOSTICOS PARA CLAUDIA.....	20
EVALUACION PSICOMETRICA Y PSICODINAMICA.....	21
3. MARCO TEORICO.....	25
3.1 DESARROLLO REGULAR Y PATOLOGICO DEL NIÑO.....	27
3.2CONCEPTO DE PSICOSIS.....	32
*Perspectiva clásica	
*Perspectiva de la psicoterapia psicoanalítica	
*Perspectiva de la teoría de las relaciones objetales	
*Perspectiva de la psiquiatría	
*Clasificación Cero a Tres	
3.3DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	37
*Autismo	
*Trastorno Generalizado del Desarrollo No Específico	
*Psicosis Infantil	
3.4LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS.....	41
4. METODOLOGIA.....	46

4.1 ESTUDIOS DE CASO.....	47
4.2 MODELO DE INVESTIGACIÓN.....	53
4.3 TIPO DE ESTUDIO.....	53
4.4 ENFOQUE TEORICO Y METODO.....	54
4.5 PROPUESTAS DE TRATAMIENTO.....	55
4.6 LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA.....	56
4.7 METODO PROPUESTO POR MARGARET MAHLER.....	60
4.8 APORTACIONES A LA INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA.....	62
4.9 INSTRUMENTOS Y ESTRATEGIAS.....	64
4.10 PROCEDIMIENTOS.....	67
4.10.1 Encuadre.....	67
4.10.2 Pasos a seguir.....	68
4.10.3 Cronograma.....	70
5. RESULTADOS.....	71
6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	105
7. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	115
8. ANEXOS.....	137
*REGISTRO DE SESIONES	
*RESUMEN CLÍNICO PARA ANALIZAR EN JUNTA DE VALORACIÓN	
*CONCLUSIONES DE LA JUNTA DE VALORACIÓN	
9. BIBLIOGRAFÍA.....	139

I. INTRODUCCIÓN

El siguiente es un reporte de caso único perteneciente al campo de la comprensión mental humana, relativo a los trastornos graves del desarrollo, del tipo de psicosis simbiótica, según lo descrito por Margaret Mahler en 1965, en una menor de cuatro años; al ser parte de la psicodinamia del caso y como un posible Síndrome de Rett para el aspecto orgánico de acuerdo a su sintomatología comportamental.

La pequeña fue atendida de forma integral en una institución de asistencia pública, apoyar a su desarrollo psicomotor; incluyendo el abordaje psicoterapéutico con orientación psicoanalítica en este caso.

Se llevó a cabo una intervención terapéutica bajo la modalidad de juego, que dentro de la psicoterapia psicoanalítica busca una perspectiva del análisis de los fenómenos de la transferencia y contratransferencia en la relación psicoterapéutica.

Con el propósito de observación e intervención en pro de un desarrollo ulterior mayormente adaptativo; así como de investigación, en cuanto a su posible aplicación en instituciones públicas de atención a la infancia, relacionadas con la discapacidad, ya que una intervención temprana previo a que se instale la patología como estructura de personalidad o un abordaje en sus fases iniciales; posibilitaría un desenvolvimiento menos desequilibrado para la menor y su entorno social.

La niña fue recibida dentro del Departamento Psicopedagógico, del Centro Especializado de Estimulación Múltiple (CEEM) perteneciente a la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad y Rehabilitación, del sistema DIF León; desde Noviembre del 2003, con intervenciones a nivel de psicodiagnóstico (incompleto a causa de estrés materno que condicionó a

incumplimiento terapéutico en este primer momento) e intervención familiar para su contención, con resultados positivos para continuar con la rehabilitación física de la menor, así como de seguimiento médico.

En Septiembre del 2004, se reingresó para psicodiagnóstico de cuyos resultados se desprendió la opción de tratamiento individual.

De acuerdo con los antecedentes de la historia clínica, la aplicación de escalas psicométricas; la observación clínica del juego así como del vínculo materno hacia la menor; se concluye la probable existencia de síntomas que caracterizan a una psicosis precoz, descrita por Margaret Mahler como “psicosis simbiótica”, por la edad de aparición y características particulares en sí, de difícil acceso para su detección y manejo psicológico y médico; a la par que la posible presencia de daño neurológico de gravedad no conocida, en estudio por los especialistas tanto del CEEM como de otras instituciones de salud.

Se trata además de una propuesta de investigación, acerca de la aplicación teórica y técnica de la formación en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la adolescencia, de la maestría con tal nombre, en una institución de asistencia pública.

Así mismo es un reporte de estudio de caso con el objetivo de dar a conocer a la comunidad de psicólogos que participan en el sistema DIF municipal, a modo de propuesta de intervención, ante la probabilidad de encontrar un caso semejante, o bien, como aportación a la práctica clínica; bajo los lineamientos de los centros DIF en León, Guanajuato.

Este trabajo pretendió plantear y responder a la interrogante de:

¿Cómo se desarrolla la transferencia en el proceso psicoterapéutico de una niña de tres años diagnosticada con psicosis simbiótica?

Para lo cual se guió a través de los siguientes *supuestos de investigación*:

- 1) Las fallas en la formación del vínculo establecido entre madre e hija, ofrecen la posibilidad de conformar una pre estructura o estructura psicótica, en el desarrollo psicológico posterior de la menor.
- 2) La niña fue concebida bajo estrés materno, sin adecuación al embarazo por parte de la madre.
- 3) Hubo negligencia e indiferencia para su atención temprana en la cobertura de sus necesidades básicas tanto vitales como emocionales.
- 4) En la niña pudo gestarse una depresión del tipo anaclítica, al carecer de los cuidados afectivos básicos, durante su primer año de vida.
- 5) Es posible que la madre padezca algún tipo de trastorno afectivo.
- 6) Existe una alternancia psicodinámica entre el probable daño neurológico de la menor y su desempeño afectivo para la formación de una personalidad patológica.
- 7) Se confirma el tipo de transferencia psicótica en la menor a través del análisis de las sesiones señalada en investigaciones relativas al tema.

Al respecto se pretende trazar un plan para apoyar a la menor ante las fuertes dificultades emocionales que ya estaba cursando; con el objeto de:

Analizar el fenómeno de la transferencia en el abordaje psicoterapéutico frente a la impresión diagnóstica de psicosis simbiótica.

Secundariamente; también al reafirmar la conceptualización teórica y técnica dentro de los servicios de salud integral para menores en estas circunstancias de vida, bajo la modalidad institucional y pública a través de:

1. Analizar la transferencia y la contratransferencia en el proceso psicoterapéutico.
2. Identificar las características de comunicación que la niña establece con las figuras parentales y su medio ambiente, madre, padre, familiares, psicoterapeuta.
3. Analizar cómo se da el vínculo materno-infantil y la calidad del mismo entre la paciente y su madre para apoyar en el favorecimiento de actitudes positivas hacia su progreso emocional.

Al tratarse de un estudio de caso, donde se analiza la transferencia, evidentemente el contenido de la contratransferencia resalta también, lo que a través de este documento particularizó opiniones, puntos de vista, la misma distribución de la información que se escribió.

Trascendiendo tanto en mi vida profesional como en mi desempeño personal; hacia el estilo de atención clínica para volverse más “humano”

II. ANTECEDENTES

La situación de Claudia fue atendida de manera inicial como parte del trabajo clínico de la institución, sin embargo; se torno "*interesante*" cuando por sus características comportamentales, la madre la describía al mismo tiempo que se interrelacionaban y su "*dejar de hacer*" por la propia pequeña, por ejemplo, el habla, mantenerse hipo activa la mayor parte del tiempo, auto mecerse, así como no satisfacer de manera usual sus necesidades básicas, incluidas las afectivas tanto por la misma niña como por su ambiente familiar.

Al compartir el caso en el grupo de la maestría y "desmenuzar" mas su circunstancia, es que otros aspectos fueron relevantes y un "reto" profesional el funcionar como terapeuta de esta pequeña; tanto la situación institucional como la familiar, parecían dejarla desamparada y desprotegida; en vías de estructurarse como mentalmente psicótica.

Cuando en un inicio se sospecho de una posible psicosis infantil, mi primera reacción fue de temor por el diagnóstico presuntivo, dado que semejaba al parecer, a un "retardo intelectual" secundario a daño cerebral, no un trastorno psiquiátrico grave.

Sin embargo; poco a poco al ir observando pautas de conducta y reacciones en mí, desde rechazo; sensación de falta de pericia, de no pertinencia ni pertenencia para su atención por parte del centro; misma que "se racionalizó" por la entonces "jefa" optando por "hacerlo" (atenderla obligadamente por mi), se optó por aceptar la atención psicoterapéutica.

A lo que se sumó su renuncia voluntaria y un periodo de transición en donde el cargo se repartió entre las tres psicólogas operativas, para finalmente concursar por la plaza, y resultar elegida

para ella, siendo Claudia primordialmente mi “única” paciente para cubrir así con otras obligaciones alternadamente.

El caso fue detectado como parte del trabajo de asistencia social para personas con discapacidad motora; en cuya petición manifiesta, se encontraba la necesidad de valorar a la menor con fines de posible ubicación escolar, por los servicios del Departamento de Psicología del CEEM. Siendo esta la institución albergadora para su manejo total, conviene destacar en general, las áreas de participación que en ella se trabajan, a saber:

***Dirección;** la cual está centralizada por la Dirección General de DIF-León que físicamente no se encuentra ubicada en el centro, sino en las instalaciones de dicho nombre.

Es *coordinada* por dos áreas, la **Administrativa** la cual se hace cargo de todos aquellos asuntos relativos a los recursos humanos y propiamente administrativos tanto para el personal como para los usuarios; incluyendo las áreas de Caja e Intendencia y Mantenimiento; así como de participación a nivel de planificación respecto de otras direcciones; y la **Médica** para la observancia y vigilancia de los tratamientos a cargo de todos los departamentos; así como de colaboración para la asistencia médica en un primer momento para cuestiones médicas del personal, para su manejo laboral en lo relativo a salud.

Así mismo, las áreas de atención se encuentran subdivididas en coordinaciones:

***Estimulación Múltiple Temprana;** quienes se encargan de atender a todos los pequeños de 0 a 3 años que requieran tratamiento tanto físico como sensorial, de mantenimiento y prevención para las alteraciones de riesgo neurológico en sus

diferentes variantes; incluyéndose además, los servicios de Natación, Pintura y Expresión Corporal para personas mayores de tres años (principalmente preadolescentes, adolescentes y adultos)

***Unidades de Terapia Física;** quienes atienden a los pequeños que por razones de edad cronológica, aún no completan los procesos de rehabilitación y que aunado a ello se incluyen en el ámbito escolar, así como a todas aquellas personas mayores de tres años, que sufran alguna situación discapacitante temporal o permanente (fracturas, lesiones medulares , eventos vasculares, quemaduras, lesiones musculares, síndromes degenerativos, enfermedades de origen cerebral); a través de diversos medios mecánicos e instrumentales.

Además de labores intra y extra muros, para la prevención de desórdenes en el columna vertebral promoviendo la higiene y la detección del “pié plano”; tanto en zonas urbanas como suburbanas de León.

***Departamento Psicopedagógico,** quien se encarga de la atención a los usuarios de rehabilitación desde sus dos áreas principales, Terapia de Aprendizaje para niños de 2 a 4 años, con fines de introducción al ámbito escolar, así como de preparación a la primaria abierta a través de los programas del INEA, en coordinación con la secretaria de Educación Municipal de León; además del apoyo por el área de Psicología para los usuarios del centro, en las modalidades clínica y educativa, tanto individual como de orientación grupal a padres de familia con algún miembro con discapacidad.

También se apoya a la Integración Educativa y Social a través del acercamiento e intercambio con diversas instituciones

como las guarderías participativas del IMSS y otras interesadas en la promoción de una cultura de inclusión, siendo copartícipe del departamento de Integración social con valoraciones de orientación laboral para una mejor ubicación de las personas con discapacidad en las empresas.

***Integración Social**, quien se encarga de promocionar la orientación, capacitación y contratación de personas con discapacidad en las empresas, así como de favorecer que se aliente el desarrollo de las capacidades laborales de las personas con discapacidad a través de diferentes eventos para tal fin.

Así como también apoya al proceso de credencialización para lograr un censo que pueda apoyar al municipio (actualmente a autorizada para su uso nacional) con las gestiones para la distribución de los subsidios hacia los mismos, además de favorecer la cultura laboral y de servicio social universitario, dentro de las instalaciones del CEEM y sus unidades básicas de rehabilitación distribuidas en el municipio.

***Comunicación Humana**; quienes son responsables de evaluar y atender a las personas con discapacidad en el rubro del lenguaje en sus múltiples modalidades, para los usuarios del centro y de orientación para las personas con necesidades especiales, incluyendo la capacitación extra muros hacia personal relacionado con la discapacidad o bien, hacia instituciones integradoras.

***Departamento de Trabajo Social**; se encargan de apoyar con gestiones y trámites para las personas con discapacidad que acuden al CEEM, para su rehabilitación integral, así como de promover la integración familiar y de redes familiares para el manejo de su familiar con discapacidad.

También colaboran con los distintos programas estatales de DIF en campañas como: Cirugías para Labio y Paladar Hendido; Pterigios y Debilidad Visual; Donaciones de aparatos ortopédicos diversos y la Auditiva, tanto para su detección como para la aplicación de auxiliares; así como Becas Educativas; además de la planificación y búsqueda de estrategias para la obtención de apoyos para las personas con discapacidad y sus familias.

***Medicina Física y especializada en Rehabilitación;** se encargan de valorar y atender los tratamientos de todos los usuarios del CEEM incluidas las unidades rehabilitación; así como usuarios que no cuenten con ningún otro servicio médico para su atención y requieran de interconsulta.

***Odontología;** servicio que es responsable de la salud bucal de las personas que acuden a rehabilitación al centro, así como de otros que así lo requieran y que presenten alguna discapacidad en general, servicio que cuenta también con personal en pasantía de Odontología.

***Electroencefalografía,** con manejo técnico de estudios solicitados por los especialistas médicos tanto para usuarios del CEEM como para otros beneficiarios, con previa solicitud médica por escrito.

***Radiología;** responsables de la toma de impresiones de rayos X, supervisadas al igual que el servicio anterior, por personal médico, también para usuarios de la institución al igual que otras solicitantes que así lo ameriten.

***Archivo General,** es responsable del manejo y resguardo de los expedientes clínicos de las personas atendidas en el CEEM; además de programación de citas.

Cuentan con otros servicios de salud en forma participativa por especialistas que proporcionan atención a un costo menor que

la iniciativa privada, tales como: **Neuropediatría, Paidopsiquiatría, Psiquiatría, Neurología, Pediatría; Oftalmología; Nutrición y Ortopedia.**

Aún y que se trate de una institución creada para la asistencia pública primordialmente, evidentemente se cuenta con los servicios de **Caja**, quienes también cumplen con las funciones de *recepción e información* para el público en general.

Así mismo, prácticamente todos los departamentos cuentan con pasantes y prestadores de servicio social universitario para favorecer espacios de aprendizaje y actualización en ambos sentidos, excepto Caja por razones obvias de seguridad.

Cabe destacar que el CEEM también es participante activo como unidad en general, en eventos convocados por DIF Municipal y Estatal; tanto en estructura física como en recursos humanos, apoyando así a todos los programas de los mismos; así como para otras alternativas para eventos preparados por Presidencia Municipal.

Una vez descrito el contexto institucional de la intervención hacia la pequeña; retomando nuevamente el caso desde la perspectiva psicoterapéutica; cuando le fue otorgado el servicio, se analizó la viabilidad para referir a la paciente a través de una preparación tipo “introdutoria” al Hospital Psiquiátrico para sus padres, aunado a la elaboración en sí de un documento para tal fin; e investigar la posibilidad de ser atendida en la misma, que resultó prácticamente nula en ese momento para psicoterapia, decidí tomar su caso; lo que nos llevaría a todos los responsables, a un aprendizaje en dos vías.

Conviene señalar que no se había dado este tipo de apoyo a ningún paciente pediátrico en el CEEM; dado que su principal

campo de acción es la discapacidad física no emocional y cuando se encuentra “combinada”, la estrategia es derivarla hacia otros especialistas, básicamente médicos y /o Centros de Atención Múltiple.

Para decidir atender a Claudia ayudó también un cierto respaldo clínico y teórico respecto al tema de la psicosis dentro de la maestría; además de que en la práctica profesional personal; aunque mínima en este sentido, se poseía.

Entonces se optó por apoyar a la niña; máxime la baja incidencia de atención institucional en el DIF para estos casos, motivo por el cual debía ser reportado y compartido con otros profesionales de la salud; tal como lo plantean los autores que se mencionan a lo largo del presente documento (Eco; 2001).

Historial Clínico.

Siendo Claudia la principal protagonista de este estudio; a continuación se describe parte del historial recopilado para su atención; al igual que las diferentes impresiones diagnósticas e intervenciones por parte del personal que le atendió:

Es una niña que contaba con 3 años y 2 meses al inicio de su tratamiento clínico, que desde los 5 meses de edad padecía de enfermedades recurrentes de las vías respiratorias, con varias hospitalizaciones casi cada quince días, por espacio de horas y durante el primer año, requiriendo de nebulizadores para su manejo médico.

Con antecedentes de probables alucinaciones visuales (risa desmotivada), uso inadecuado de los objetos cotidianos (juguetes y objetos musicales, los golpeaba para “hacerlos sonar”).

Aplanamiento afectivo y pasividad motora, al igual que un lapso temporal en el que se mecía y se recostaba en posición fetal por periodos prolongados un año antes de la presente investigación, los cuales remitieron totalmente sin

aparente causa ni conducta que permitiera su cese, sin interés evidente por el juego y los juguetes; más si cierta “curiosidad” por la cercanía respecto a los objetos de consistencia dura (filos de muebles y esquinas de los mismos, para introducirse a la boca o rozarlos con los labios)

Pertenece a una familia conformada por 4 integrantes, de los cuales ella es la menor; el padre de 32 años, la madre de 25, una hermana mayor de 5 años quien cursaba el tercer grado de preescolar y Claudia.

Comparten la vivienda con los abuelos maternos, la abuela de 58 años y el abuelo de 60 años, quien es alcohólico crónico y violento física y psíquicamente, hacia la abuela materna en mayor grado, vive con ellos además de una tía de Claudia de 16 años, quien estudiaba el tercer año de secundaria.

Siendo evidente en la importancia de la relación madre e hijo, la observación y consideración de las características de personalidad así como el estilo de vida materna, conviene describir en general el contexto de la historia personal de Lupita, madre de Claudia: Pertenece a una familia conformada por 9 integrantes, los padres, que ya fueron mencionados anteriormente, quienes se dedican a la compra y venta de cosas usadas (ropa, zapatos, juguetes).

La madre de ésta también vende insumos plásticos (cubetas, tazas, vasos, charolas, etc.) en un puesto pequeño.

El padre por su parte, era albañil y tras un accidente en el trabajo (una caída desde varios metros) dejó de hacerlo y ahora se dedica a la venta de objetos usados.

De los hermanos, la mayor y la menor fallecieron, una al presentar deshidratación a consecuencia de cuadros agudos de diarrea y la última, por cuadros repetitivos de infecciones respiratorias, ambas dentro del primer año de edad, luego en orden descendente, Víctor de 29 años, casado y con 4 hijos, comerciante de frutas y verduras, Estanislao de 28 años, casado también y con hijos, se desconoce a qué se dedica, Israel de 27 en unión libre con una pareja de 19 años, con dificultades para la concepción, también se desconoce la ocupación laboral, luego la propia familia nuclear de Lupita.

Ella ocasionalmente se dedica realizar ventas de productos cosméticos por catálogo o nutricionales; a pagar las cuentas de servicios a una vecina, o le ayuda a su madre en el tianguis. Fumadora desde que nació Claudia y con

algunas experiencias en su adolescencia de este tipo, al parecer consumió cocaína, aunque no fue admitido a esta terapeuta.

Su marido, que varía en ocupaciones más predominantemente lo hace por las noches, como almacenista u obrero; con largos periodos de desempleo, adicto activo a la marihuana desde los 14 años y alcohólico.

Carmen de 16 años tía menor de Claudia, sin antecedentes aparentes de adicciones u otras conductas disruptivas; descrita como “más cercana” a la niña, por la propia madre.

Por otra parte, se obtuvo poca información por parte del papá, respecto a su familia de origen puesto que sólo se le pudo entrevistar en dos ocasiones; a saber: Constituida por 6 integrantes, los abuelos paternos, el padre de Claudia que es el mayor de 4 hermanos, una hermana de 26 años casada y con una niña, un hermano de 23 años, casado y también con una niña de 2 años, quien se relaciona mayormente con Claudia, y una hermana de 22 años, soltera, con dificultades para la socialización, dada su timidez extrema, así como dificultades para la vida laboral y escolar, puesto que cambia constantemente su decisión y actividad al respecto, siendo la única que actualmente vive con los abuelos paternos de Claudia.

Presenta antecedentes heredo-familiares de una tía abuela paterna con probable psicosis de posible origen en la niñez; sin tratamiento médico y/ o psicológico; la familia lo explica a través de una historia donde se le golpeó fuertemente en la cabeza, puesto que era agredida constantemente por su madre y a consecuencia de ello “quedó así”.

Se propuso la atención psicoterapéutica dentro las instalaciones de terapia de juego del C.E.E.M. bajo las cuotas consideradas por el estudio socioeconómico analizado por el Departamento de Trabajo Social de la institución, para pacientes que acuden al centro, particularmente al servicio de Psicología y que padecen de alguna discapacidad neuromusculoesquelética, como era el caso de la menor.

Diferentes diagnósticos para Claudia:

Fue diagnosticada por Neuropediatría como con Disfunción Cerebral, con estudios de gabinete que reportaron un EEG (electroencefalograma) como normal, no siendo así en valoración por TAQ (tomografía axial computarizada) en donde prevalecía una pérdida de la relación corteza- subcorteza en forma difusa; con la secuela de retraso generalizado del desarrollo psicomotor, no alerta e hipotonía generalizada, por lo que se sugirió otro estudio de resonancia magnética para determinar estado actual.

El diagnóstico por Pediatría, como con dermatitis atópica, con asma, nosología compartida por neumología; además de distensión abdominal y estreñimiento severo. Este cuadro intestinal estaba asociado a la posible presencia de parásitos, como consecuencia de llevarse los dedos a la boca; aunque esta conducta reflejaba también datos de ansiedad.

En control médico además por Alergología, como apoyo en el tratamiento de sus crisis de, por espacio de aproximadamente 2 años. Posteriormente, por razones “económicas” se suspendieron los medicamentos.

Valorada por Oftalmología donde se considera que un tratamiento paliativo con infusiones de manzanilla y gotas pediátricas, podría dar mejorías en cuanto a repeticiones de cuadros infecciosos e irritación; después se considerara una evaluación oftalmológica para determinar dioptrías y descartar estrabismo; sin embargo no fue concluido por parte de los padres.

Por Audiología, como con hipoacusia leve en oído izquierdo sin requerir e auxiliares dado el rango de la misma, con sugerencia de repetición en el 2006.

El diagnóstico de Psicología basado en el DSM-IV-TR como:

.Eje I: Z55.8 Dificultad para ingresar al ámbito escolar regular

.Eje II: F79.9 Retraso Mental de Gravedad No Especificada

F84.9 Trastorno Generalizado del desarrollo No específico

.Eje III: Asma de moderado a severo

Hipoacusia leve en oído izquierdo sin requerir auxiliares

EMOC del tipo de Microcefalia a descartar

Atrofia en la relación corteza- subcorteza

Dermatitis Atópica

Probable parasitosis

Probable Astigmatismo

.Eje IV: Fuertes dificultades de relación entre los padres

Dificultad de acceso a los servicios básicos de salud

Medio socioeconómico bajo

Adicciones y alcoholismo en figura paterna

.Eje V: EEAG= 50 (Actual)

Psicodinámicamente:

En el caso de Claudia, se ocupa un desglose de su etapa perinatal y de los primeros años de vida, de la adquisición de pautas de conducta, de su incursión en los ámbitos familiar, escolar, comunitario y sexual; así como de la interpretación de los procesos internos de la paciente (UVAQ, 1998).

Con datos en la evaluación psicológica de “no ver”, sin relacionarse con nada ni nadie; aparentemente desde hace dos años al momento de la investigación, con indicios de auto mecerse en una mecedora y luego sin ella, así como permanecer en posición fetal ya fuera recostada sobre la cama o en el suelo, lo cual tuvo una duración de un año aproximadamente y dejó de presentarlo,

para sólo mecerse en su mecedora ocasionalmente a manera de “juego”.

Con pérdida de la intención comunicativa franca reducida a monosílabos poco inteligibles tanto para la familia como para el entorno (Ya decía –adiós- o sonreía a sus familiares al año de edad y respondía cuando se le llamaba por su nombre).

Se detectaron alteraciones graves para la capacidad de regulación de las funciones yoicas para mantener la conciencia con la realidad externa, ajustar sus afectos y otros defectos primarios en la percepción (visual y auditiva), con retardo para las habilidades de auto conservación como el comer , la marcha y el control de esfínteres, con predominio de estados primitivos de excitación al auto mecerse e introducir dedos a la boca a manera de fijación oral, dado que además al contactarse físicamente lo hacía entreabriendo la cavidad bucal y luego se alejaba.

Con fuertes conflictos por dependencia afectiva por parte de la madre, para la adaptación satisfactoria en su relación con la niña y de regulación de la angustia por esta última, al bloquearse la actividad de acercamiento cuando la madre se retira, con lo cual se liberan acciones como la irritabilidad y el llanto, más no otorga o da muestra de “querer” alcanzarle o de ser sostenida.

Sufrió reiteradamente durante sus primeros 18 meses alejamiento de la figura materna, a causa de intervenciones médicas por espacios prolongados de tiempo, al igual que una fuerte infección en la garganta (en la mamá) prácticamente a las dos semanas de nacida, considerándose en riesgo su capacidad para la separación individuación, y tolerar la realidad externa ,a través de crisis de pánico (asmáticas) y fallas en conductas ya adquiridas, como la intención comunicativa franca y la marcha, para

posteriormente hacer uso de modalidades más primitivas de lenguaje y de alteraciones en la marcha una vez adquirida.

Los mecanismos defensivos de adaptación al medio fueron los siguientes: Disociación, omnipotencia, negación, fantasías autistas, quejas, retirada apática, regresión.

De *pronóstico* reservado, dada su inestabilidad psíquica y física, aunado a la precaria situación socio-económica y cultural de su ámbito familiar, para la cobertura de sus necesidades básicas.

Las *recomendaciones* fueron: Valoración integral por paidopsiquiatría para completar su diagnóstico médico y el manejo que considere necesario; psicoterapia vincular profunda, para favorecer las relaciones del binomio madre- hija e integración educativa especial múltiple, útil en el desarrollo logopédico de sus habilidades básicas del pensamiento y del lenguaje.

Se propuso la atención psicoterapéutica dentro las instalaciones de terapia de juego del C.E.E.M. bajo las cuotas consideradas por el estudio socioeconómico analizado por el Departamento de Trabajo Social de la institución, para pacientes que acuden al centro, particularmente al servicio de Psicología y que padecen de alguna discapacidad neuromusculoesquelética, como era el caso de la menor.

Se propuso la atención psicoterapéutica dentro las instalaciones de terapia de juego del C.E.E.M. bajo las cuotas consideradas por el estudio socioeconómico analizado por el Departamento de Trabajo Social de la institución, para pacientes que acuden al centro, particularmente al servicio de Psicología y que padecen de alguna discapacidad neuromusculoesquelética, como era el caso de la menor.

En estudio por Paidopsiquiatría a determinar diagnóstico diferencial de psicosis vs. Deficiencia mental secundaria a Microcefalia.

La especialista en Medicina Física y Rehabilitación detectó un retardo en la adquisición de pautas de maduración psicomotora; así como a la espera de estudios de gabinete por Neuropediatría de una resonancia magnética para descartar daño cerebral, cuya impresión diagnóstica era de un probable trastorno del tipo neuroconductual, con referencia materna de mejoras en conducta por parte de la menor, en espera a las indicaciones de Paidopsiquiatría; mas sin embargo, la especialista indica que por razones económicas, busque apoyo del IMSS.

III. MARCO TEÓRICO

Al tratarse de una intervención bajo la modalidad de psicoterapia psicoanalítica, a través de este capítulo se puntualiza respecto a las principales investigaciones referentes a la psicosis infantil, del tipo simbiótica; así como otros descubrimientos en torno a la transferencia y la contratransferencia vinculadas a este padecimiento; tales como: M. Mahler, D. Winnicott, F. Tustin, M. Klein, A. Freud, Dupont, Corona, , Mannoni; Bleichmar, Gardino, Sterlin, Dallal y Castillo, Kohut, Bion, Bergeret; Greenspan, Tubert-Oklander, Cruz, Coderch, Mendizábal y Devereux; entre los más sobresalientes.

Dentro de la práctica clínica psicoanalítica y del trabajo institucional en sí, al conformarse un grupo de especialistas que valore y exprese su opinión profesional respecto de los casos, es que se dan obvias divergencias y convergencias por parte de los mismos, así que al integrar dichas opiniones, es que se elabora un plan de acción para la paciente; por consenso de los especialistas relacionados su atención por el CEEM; por lo que el marco teórico referencial es variado tanto en los inicios de la investigación de Mahler como otros contemporáneos y especialistas en materia de salud.

Sin embargo, para el abordaje psicoterapéutico se hacen necesarios “otros” planes para tratar de entender su mundo interno y poder así apoyar en su recuperación afectiva; luego entonces; los fundamentos teóricos para este documento se apoyarán en la corriente psicoanalítica, partiendo de que esta postura teórica propone el concepto de -estructura mental- para establecer un origen de la patología psíquica y para el estudio de la personalidad; que finalmente es el objetivo de la atención psicoterapéutica.

Así, desde la perspectiva clásica, los trastornos mentales psicógenos pueden dividirse en tres grupos básicos, de acuerdo con el tipo de estructura que posean, neurótica, caracteropática y psicótica.

Se considera a la primera como –estructural-, mayormente avanzada en la evolución de la personalidad, -preestructural- al paciente caracteropático con carencias afectivas en etapas anteriores que dificultan el desarrollo de una personalidad adaptativa y denominado como –paraestructural- al paciente psicótico, ya que intenta pensar con alucinaciones en vez de representaciones, confundido entre lo mental y lo material, quedando fijado en etapas muy primitivas de su desarrollo y que esta patología jamás se presenta en el curso de un desarrollo normal, creando “su propia estructura” de personalidad (Tubert- Oklander, 1985).

3.1 Desarrollo Normal y Patológico del Niño.

La normalidad y la psicopatología en el niño, son dos opuestos aparentes en los que por necesidad, ha de definirse y por ende, restringirse en los parámetros; por lo que “*lo normal*”, desde el punto de vista de algunos teóricos, se refiere a la salud, a la media estadística, como ideal o utopía, al igual que dinamia capaz de regresar al equilibrio; estructura mental, o proceso de maduración completo (Marcelli y Ajuriaguerra; 2004).

La observación de niños desde su primer año de vida hasta la segunda infancia, ha sido tema de interés para diversos autores, tal es el caso de Greenspan, que describe cuáles son los procesos y los elementos que el niño debe atravesar, para la formación de un aparato mental estable o “saludable” y para los niños y niñas de tres años de edad, considera indispensable que respecto a su integridad física se desarrollen las actividades motoras gruesas, el lenguaje, la expansión de su capacidad simbólica, su habilidad para

concentrarse y comenzar a manejar su autorregulación en cuanto al equilibrio y coordinación.

También son importantes patrones de relación que en esta época aún son diádicas y basadas en la satisfacción de necesidades, entre la autonomía y la dependencia materna.

El tono emocional puede iniciar variable; más paulatinamente se va estabilizando y organizando hasta ofrecerle un sentido de seguridad y optimismo, con tendencia al negativismo aún no dominante.

El afecto va adquiriendo un nivel de representación, sin embargo, este sistema de organización va siendo influido fácilmente por eventos somáticos, aún egocéntrico.

El manejo de la ansiedad y el miedo, guardan relación con el temor a la pérdida de la persona amada, buscan la aceptación y aprobación, aunque la ansiedad es todavía potencialmente desorganizadora, es tolerada y manejada a través la fantasía.

Respecto a la expresión temática del discurso, juego y actividades que presenta y representa, van aumentando su capacidad simbólica en el lenguaje, hace uso de pronombres, puede ya nombrar sentimientos en forma seriada, repite lo que oye, así que los temas sobre los que habla están relacionados con lo que ve y oye, así como por lo que explora y descubre, e inicia con lo relativo al poder y el miedo hacia los “monstruos” particularmente al final del tercer año (Greenspan; 1981)

Diferentes autores han propuesto esquemas para tratar de explicar el cómo y por qué del desarrollo psicológico normal o esperado y/o bien patológico de los humanos; ubicándose por ende en las etapas primarias de la instauración de la personalidad y la estructuración del aparato mental.

Desde la perspectiva de *M. Mahler*; en el ser humano, el nacimiento psicológico no coincide con el biológico; dándole mayor

énfasis a los primeros tres años de vida; en donde se desarrollan fases que favorecen “normalidad” o “patología” en el niño, de acuerdo al transcurso de éstas o su estancamiento.

Así *dividió al desarrollo psíquico* en tres fases de las cuales la última se subdivide en cuatro.

La primera fase la denominó como de *autismo normal*, con duración del nacimiento al primer mes, en donde el bebé aumenta su barrera de estímulos y pareciera no reaccionar; la segunda fase la denominó de *simbiosis normal*, que va desde el mes al cuarto o quinto mes; que corresponde al “segundo nacimiento” en donde el bebé es conciente de los estímulos y límites corporales; mientras que la tercera fase, se desarrolla el *proceso de separación-individuación*, que se da desde el quinto mes hasta los 36 meses, en donde el niño percibe y adquiere una representación de sí mismo, para una posterior adquisición de la identidad; por lo que esta última fase se subdivide en cuatro, a saber:

a) De diferenciación, con reconocimiento de la madre como objeto total, de voz, rostro, etc. , b) una segunda subfase de ejercitación locomotriz desde el mes 8 hasta el 15, con dos momentos de locomoción temprana y de ejercitación propiamente dicha, hacia el inicio de la marcha libre, c) la tercera subfase denominada como de acercamiento desde el mes 15 hasta el 24, también diferenciada por tres momentos, el comienzo del acercamiento, la crisis de éste y el moldeamiento de la distancia óptima; y d) la última cuarta fase, que es la del logro de la constancia objetal, desde el mes 24 hasta el 36 mes, con la consolidación de la individuación y la organización emocional del niño (Bleichmar, 1988).

El desarrollo patológico, desde la perspectiva de Mahler, retoma la propuesta de las series complementarias de Freud, en donde se plantean factores relativos a la posible etiopatogenia mental; como lo son ; los defectos innatos, con una incapacidad del

Yo para neutralizar los impulsos agresivos, bajo defectos en la percepción, complicando así la vinculación con la madre; que dentro de sus características, brinda además la posibilidad de tolerar ansiedades y usar defensas yoicas para mantenerse cohesionado y adaptado (Coderch,1990).

Sin embargo, también por defectos en la relación madre- hijo ya sea por patología materna o por ausencia real de la pareja simbiótica y por efectos de traumas, concedidos como enfermedades, accidentes hospitalizaciones o cualquier otro evento que ponga en riesgo o la estabilidad del vínculo emocional con la madre o con la auto imagen del individuo (Bleichmar, 1988).

En las consideraciones teóricas de Mahler, a través de sus investigaciones con población psiquiátrica; construyó dos concepciones, la primera es su descripción del -autismo infantil- y la segunda un -síndrome de psicosis simbiótica-; las cuales son parte de sus aportaciones al campo del estudio de la mente.

Denominando autismo infantil al modo en que los niños que lo padecen , se contactan con el medio ambiente y que en general, sus madres argumentan que “nunca pudieron llegar al bebé”, donde el infante no puede hacer uso de sus funciones yoicas ni de las de la madre como auxiliares; con una muy notable dificultad para aceptar y tolerar los cambios de objetos, en una especie de rol omnipotente, con ausencia de actividades autoeróticas, no siendo así para las autoagresivas, como un modo de “sentirse vivos”.

En cambio al síndrome de psicosis simbiótica, se le considera dinámicamente como una fijación o una regresión a la etapa de simbiosis normal, ya que hasta el momento en que el cuadro sindromático tuvo su aparición, estos niños habían tenido un desarrollo psicosexual normal, que comenzaron el proceso de separación- individuación, más sufrieron de algún tipo de “presión

simbiótica”, con la aparición de intensa angustia, que deja al descubierto su vulnerabilidad.

Estos niños presentan posterior a las reacciones de pánico, acciones restitutivas para tratar de mantener o recuperar la función protectora del narcisismo; sienten una enorme necesidad de fundirse con la madre o el padre; así los límites corporales se extienden al ser catectizado. Un factor que puede precipitar estas crisis, es el ingreso a la etapa edípica.

Esta respuesta de pánico en el niño, se da frente al peligro de fragmentación del yo, que es mantenido mientras se está en una relación simbiótica con la madre; siendo que está fisiológicamente preparado para caminar y alejarse de su madre, más su inmadurez emocional se encuentra sumamente retrasada con respecto de las nuevas habilidades motrices y por ello reacciona con pánico (Mahler, 1955).

Anna Freud aportó que en la comprensión de la salud mental niño, se hace necesaria su ubicación dentro de las llamadas- líneas desarrollo-, para especificar el grado de madurez psicológica y que contempla realidades históricas, para analizar así posibles cuadros de fracasos en la construcción de su personalidad.

Dichas pautas corresponden a periodos que se entrelazan y se dan en forma simultánea; o siendo consecuencia unas de otras, como desde la lactancia hacia la alimentación racional; de la incontinencia al control esfinteriano; de la irresponsabilidad a la responsabilidad en el cuidado personal; del egocentrismo al compañerismo; desde el cuerpo hacia los juguetes y hacia el trabajo. Todas las anteriores asociadas al modelo freudiano de la teoría de las pulsiones agresivas o sexuales, la teoría de la angustia, y la noción de –defensa- como mecanismo auxiliador y conservador de la homeostasis psíquica (Freud A, 1984).

Melanie Klein, propone por su parte, dos posiciones, la esquizoparanoide y la depresiva, para explicar cómo se conforma el individuo en relación con otros y sus objetos; y la adaptación a la realidad, que finalmente es el grado en que el niño es capaz de tolerar las privaciones del mundo real.

La posición esquizoparanoide, que va de los 0 a los 3 meses, parcializa los objetos en bueno y malo, utiliza los mecanismos defensivos de proyección, identificación, identificación proyectiva, escisión, idealización, negación y control omnipotente.; la angustia es manejada a través de la ansiedad de aniquilación, con la sensación de objetos persecutores tanto externo como internos; con un superyo primitivo, cuando el objeto ya ha sido internalizado e idealizado, en donde el yo aún se encuentra escindido, para consolidar después su integración.

La posición depresiva, se marca desde los 3 meses en adelante, las relaciones objetales son de objetos totales, a través del proceso de integración de los objetos parciales, para llegar al objeto total; con el uso de mecanismos defensivos maníacos, con la sensación de triunfo, de control omnipotente, de desprecio, manejando la angustia por medio de la ansiedad de que su agresividad destruya o llegue a destruir al objeto, con culpa por la pérdida y la necesidad de reparar; en donde el superyo muestra que las identificaciones tempranas con los objetos persecutores e idealizados se integran también para constituir el núcleo del superyo como tal; y aparece entonces el complejo de Edipo, para percibir al objeto total y que las relaciones se triangulen para dar acceso a la sociedad, con un yo integrado(Freud A. 1984)

3.2 Concepto de Psicosis.

****Perspectiva psicoanalítica clásica.***

Para teóricos como Kohut y Sigmund Freud; las psicosis resultan intratables bajo las condiciones del psicoanálisis clásico,

debido a que la situación analítica no produce en los pacientes la activación del caos central y sus oscilaciones, por lo que una exposición reiterada al análisis aumenta más la capa "defensiva" de su estructura patológica, dificultando así la creación de vínculos empáticos con el terapeuta, por lo que no podría desarrollar la llamada –neurosis de transferencia- necesaria en este enfoque para el tratamiento regresivo de conflictos infantiles en el adulto . Las psicosis entonces, son consideradas desde esta postura, como organizaciones de la personalidad, caóticas, de fusión y amalgama de objetos, como una fusión gemelar o de objetivos idealizadores, la que brinda cierta cohesión al paciente (Kohut, 1986)

**Perspectiva de la psicoterapia psicoanalítica.*

Se consideran como –manifestaciones psicóticas-, a aquellas en las que se dan en la transferencia, dentro de las particularidades del funcionamiento psíquico del paciente (identificación proyectiva masiva, confusión con el objeto, disociación extremadamente intensa, negación, defensas maníacas, etc.); así mismo, existen otras manifestaciones clínicas visibles que inciden de modo perturbador, por lo que pueden llegar a dificultar una labor terapéutica para la continuación de sus actividades ocupacionales y de socialización con los que les rodean (Coderch, 1990)

En los fenómenos regresivos de las psicosis, podemos observar que justamente el nivel de tensiones, en que se produce el comienzo de la restitución psicótica, no coincide necesariamente con los clásicos niveles de evolución: orales, anales, fálico-uretrales, etc., sino que estando todos ellos mas o menos fusionados al momento de la crisis psicótica, no podrán constituir niveles selectivos para la detención de la regresión, ya que la

gratificación de la dependencia que fusionó las pulsiones, si bien da lugar al sadismo oral, puede realmente haberse consolidado mucho después, para la época del sadismo anal, por ejemplo (Rolla y Cols. 1988).

Autores como Rafael Cruz, afirman que “en el terreno terapéutico”, el niño con psicosis puede negociar con espíritus, ánimas, muertos, demonios y dioses, como sus juguetes, a manera de transacción por otros reales e integrados, a través *del juego* de la transferencia y la contratransferencia, devolviéndole poco a poco a un mundo psíquico más integrado y completo” (Cruz; 2003).

**Perspectiva de la teoría de las relaciones objetales como fundamento para la atención psicológica de los trastornos psíquicos.*

Para este enfoque; los pacientes psicóticos son aquellos en que se ha conformado una *para estructura*, ya que dentro de su actuar, se piensa con alucinaciones, entendidas como una “confusión-fusión” entre lo mental y lo material.

En donde los fenómenos mentales que son percibidos como materiales, son la realidad en sí, a manera de “fenómenos no-psi”, que no tienen la capacidad para organizarse en un sistema de pensamiento, pues carecen de la cualidad semiótica que caracteriza a los fenómenos mentales normales y de tipo neurótico; sin establecer relaciones sintácticas de los unos con los otros, como para formar totalidades significativas.

Tampoco pueden ser utilizados para el pensamiento imaginario, ni discursivo, sólo obedecen a la ley de la realidad material, y no a la mental, como lo establece Bion en 1957 (Tubert-Oklander, 1988); así que una interpretación o bien un proceso de

meta análisis no resulta beneficiosos para las personas con psicosis.

Para Bergeret, la psicosis se origina a nivel de frustraciones muy tempranas y precoces, que vienen de la relación con la madre, a través de un Yo que se pre- organiza al sufrir fijaciones y bloqueos, o al experimentar una regresión a este nivel oral, o bien sobre el inicio de la primera etapa de la fase anal, que madura así hasta su consolidación en la etapa adolescente y la adultez joven, para conformar entonces una estructura psicótica propiamente dicha, al presentarse una fragilidad o debilidad, que le proporcionará un tono de indiferenciación, a manera de fusión, entre él mismo y la madre, como objetos separados.

**Perspectiva psiquiátrica.*

Según el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, versión IV, Texto Revisado), existen Trastornos Generalizados del Desarrollo para el inicio infantil del cuadro patológico, que en el niño engloban los trastornos graves, más no denominadas como Psicosis Infantil, sino como rasgos y grupos de síntomas relativos a este estado mental.

Otros apartados del manual, contemplan a la Esquizofrenia y otros a los Trastornos Psicóticos, originados en la adolescencia y/o adultez; por inducción de dos (Folie 'a Doux, locura de dos o compartida); debido a alguna enfermedad médica que orgánicamente "justifique" el cuadro o no especificado (López- Ibor y Valdés; 2002).

**Clasificación Cero a Tres:*

Teóricos del desarrollo contemporáneos, consideran a las relaciones parento-filiales, un asunto que va mas allá de las interacciones y que desde momentos incipientes de vida extrauterina, el bebé y en este caso, su madre, establecen vínculos, mismos que se verán alterados de no presentarse los cuidados apropiados y constituirse los lazos afectivos entre madre e hijo.

Tal es la propuesta del grupo *Cero a Tres*, quienes visualizan la importancia de los primeros años de vida como precursores de un sano o no desarrollo mental.

Explican que existen factores a considerar los cuales se dividen en Ejes del I al V, siendo el primero relacionado con diagnósticos primarios, tales como estrés postraumático, afecto(ansiedad, duelo prolongado, depresión, expresividad emocional); identidad de género, regulación (hipersensible, hiporreactivo, impulsivo, con desorganización motriz), reactivo del apego/maltrato; ajuste del sueño, de la conducta alimentaria, en la comunicación , así como en las relaciones interpersonales a través de patrones (A,B, C).

En el eje segundo, marca un puntaje de 0 a 90 Pts. para calificar la relación padres-hij@s, mediante un sobreinvolucramiento o la inversa, con tensión o ansiedad, mixto, de abuso-maltrato en sus diversas formas (verbal, físico, sexual, de explotación, testigo de violencia, discriminación o deprivación).

El tercer eje considera a los diagnósticos médicos, trastornos del desarrollo y a condiciones especiales, tal como lo maneja el manual DSM-IV y el ICD-10,

El cuarto eje se lo dedican a la vigilan de estresores psicosociales tanto biológicos (Enfermedad médica, hospitalización,

desastres naturales, accidentes) y sociales (pobreza, desempleo, pérdida de vivienda, asalto, violencia ambiental) y psicológicos (abuso-maltrato, adopción, pérdida-separación de los padres, enfermedad psiquiátrica de los padres, nacimiento de un@ herman@) o por acumulativos de todos los anteriores.

El quinto eje observa el nivel del funcionamiento emocional (atención mutua e interés en el mundo, involucramiento emocional entre los 3 y 6 meses; intencionalidad- reciprocidad-interacción entre los 6 y 8 meses; comunicación afectiva; representaciones mentales a los 18 meses, comunicación simbólica a los 30 meses, capacidad para el manejo de las intenciones complejas; representaciones complejas diferenciadas de los tipos I y II, entre los 36 y 42 meses, una evaluación global de: Madre, padre y herman@s)(Lartigue y cols 1998)

3.3 Diagnóstico diferencial: Diferencia entre psicosis y otros trastornos mentales.

Es importante distinguir entre las diversas entidades diagnósticas, por lo que en este apartado se definen en forma independiente, a saber:

+ Autismo:

Es un trastorno que corresponde a un uso restringido de actividades e intereses; que corresponden a patrones de comportamiento repetitivos y estereotipados; con deficiencias para la interacción social de modo importante y duradero.

Con tendencia y aparente falta de disfrute, del juego usual espontáneo y variado o imaginativo, con interés por movimientos de objetos tales como una puerta, un ventilador o cualquier objeto que

se mueva con rapidez; con un tono de voz monótono o con frases con aparente significado y compulsión por las mismas, con cese o regresión del lenguaje, sin existir periodo alguno de su desarrollo que hay transcurrido dentro de los parámetros esperados del desarrollo infantil.

La alteración debe iniciarse antes de los tres años de edad. El diagnóstico queda establecido al cubrir 2 o más de los 6 criterios diagnósticos que marca el DSM-IV-TR.

+Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (incluyendo autismo atípico):

Se caracterizan por una perturbación grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando existen comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, más no cubren los criterios para el diagnóstico de los trastornos clasificados dentro de este rubro en el DSM-IV-TR.

+Psicosis Infantil:

En el manual DSM-IV-TR, se consideran a los trastornos de inicio en la adolescencia o adultez, para la codificación de psicosis en sus múltiples clasificaciones, así como de la esquizofrenia para el diagnóstico de psicosis; no se contempla la aparición de inicio en la infancia o niñez (López-Ibor, Valdés; 2001)

Existen otros investigadores que definen al trastorno psicótico en la infancia; uno de ellos es la agrupación responsable del Manual de Psicopatología del Niño, de Marcelli y De Ajuriaguerra, los cuales denominan al grupo de sintomatología persistente, agravada para el

desarrollo normal del niño y patológica para lo esperado en la infancia; como tal.

Se caracteriza por las siguientes conductas principalmente: *Aislamiento-Autismo*, de inicio en el primer año o en el curso del segundo y tercer año; con manifestaciones clínicas similares a las del autismo típico, ausencia de sonrisa y de reacción angustiante ante los extraños, el tono dinámico se encuentra alterado, no tiende los brazos, posteriormente sus respuestas son de ausencia al contacto social y el uso inadecuado de objetos o con indiferencia al juego típico o con otros niños.

Otras *conductas* son las *Motoras*, con anomalía tónica que desencadena extremos en su presentación, en donde la hipotonía generalizada es una de ellas, aparece una gesticulación inusual, alteraciones en la marcha (precoz o retardada hasta los 18 a 24 meses), comportamientos motores específicos, como estereotipias, inestabilidad particularmente en las psicosis precoces no autistas, en continuo estado de agitación o en lo contrario, a manera de torpeza gestual o de inhibición motriz y /o con dispraxias.

En el *Lenguaje* desde la ausencia total del mismo excepto la emisión de ruidos extraños y estereotipados (rechinar los dientes, ruidos de matraca, gritos agudos y desgarrados) otras veces con la aparición retardada del lenguaje después de los 4-5 años, con sustitución del pronombre Yo por Él o por su nombre de pila, rara vez adquiere el sí, con estereotipias verbales, neologismos y verbalismo solitario.

A pesar de no mantener una intención comunicativa franca, el niño con psicosis puede ser capaz de comprender y ejecutar órdenes sencillas, que en muchos de los casos descarta obviamente el diagnóstico de hipoacusia.

También aparecen los *Trastornos de las Funciones Intelectuales*, como parte del cuadro, donde las funciones pueden resultar perturbadas inclusive de modo anárquico por tal razón

aparecen como con éxitos para algunas, con diversos grados o niveles de desempeño independiente o dependiente del evaluador.

La afectividad resulta alterada dando por ende *Trastornos Afectivos*, a través de manifestaciones del comportamiento tales como oscilaciones rápidas del humor, crisis de angustia aguda, de risa a veces discordante, o de cólera, con intolerancia a la frustración.

Otros síntomas asociados con la psicosis son los *Trastornos de las Conductas Mentalizadas*, a través de fobias, rituales, delirios y alucinaciones. Se consideran además, a los *Trastornos Psicósomáticos y antecedentes Somáticos*, como episodios orgánicos frecuentes, tales como trastornos del sueño, alimenticios precoces, para el control de esfínteres, con antecedentes somáticos de padecer repetidamente de enfermedades relativas a alguna vía o sistema (deshidrataciones, factores vulnerables perinatales o prenatales, etc.) que los convierten en niños de seguimiento continuo médico; también se agrupan en este rubro, los problemas de epilepsia.

Las psicosis infantiles han sido agrupadas por la aparición sindromática de sus síntomas, de los rasgos de conducta que mas presentan los niños y la edad de aparición; tales como **psicosis precoces**, que considera al autismo precoz de Kanner y Otras psicosis precoces como la simbiótica de Mahler; las **psicosis de la segunda infancia**, y las **psicosis de la preadolescencia y de la adolescencia** (Marcelli, De Ajuriaguerra; 2004)

Contemplan una cuidadosa agrupación acerca de los principales investigadores en torno a las psicosis:

Mahler	Tustin	Duche-Stork	Diatkine	Misés
Autismo infantil patológico	Autismo primario anormal	Autismo infantil precoz	Autismo de Kanner	Psicosis autistas
Psicosis simbióticas	Autismo secundario encapsulado	Psicosis de desarrollo	Psicosis precoces	Psicosis de manifestación deficitaria
	Autismo secundario regresivo		prepsicosis	Desarmonía evolutiva de estructura psicótica

3.4 La Transferencia y la Contratransferencia en la psicosis.

Es importante distinguir la transferencia y la contratransferencia, dado que este estudio de caso, toma como línea de investigación cómo transcurren ambas para el análisis de la situación psicoterapéutica.

La transferencia ocurre en donde dos personas expuestas al mismo fenómeno, tienen una respuesta totalmente diferente. Las diferencias entre la percepción de uno y de otro, son motivo de investigación hacia esta distorsión de la realidad, oculta y contenida en las fantasías inconscientes, en donde la experiencia mutua de paciente y terapeuta, despierta un genuino interés por el conocimiento de dichos conflictos inconscientes.

Siendo la transferencia y la contratransferencia, dos instrumentos valiosos para la investigación psicoanalítica, para darnos las particularidades de la vida psíquica de una persona, además de observar aspectos generales que tienden a repetirse en uno y otro sujeto y que nos hacen comprender la naturaleza humana, en busca de esta “verdad” (Martínez Salazar, 1996).

La *transferencia* es entonces definida como una “repetición inconsciente en una relación actual de patrones de pensamiento, sentimientos y conductas originadas en una relación de objeto importante de la infancia y que son desplazadas hacia las personas actuales “, cuyas características brindan reacciones distorsionadas, son impropias, intensas, ambivalentes, como “caprichos” y tenaces.

Los tipos de *transferencia* son la **negativa**, que se manifiestan a través de sentimientos hostiles hacia el terapeuta y el tratamiento, y la **positiva** , que es su opuesto, aunque bien puede ser también un modo defensivo de encubrir impulsos agresivos hacia el terapeuta ; la **erótica**, se revive regresivamente el vínculo con objetos catectizados, lo que implica una liga amorosa acompañada de fantasías, conscientes e inconscientes; así como de los afectos reflejados en la respectiva fase del desarrollo psicosexual y la agresiva, que puede visualizarse cuando el paciente reacciona aisladamente con agresión hacia hechos sin aparente importancia, es retador, recurre al actino-out o intenta agredir físicamente al terapeuta.

También existe la neurosis de transferencia, que en la relación psicoanalítica tradicional es buscada a manera de respuesta correctiva y de reexperiencia de relaciones primarias (Greenson, 1976).

La transferencia infantil es la que se presenta en situación analítica, que en muchos de los casos se manifiesta a través de una actividad o de juego y que es menester no detener e interrumpir a menos que se comprenda su significado o que en definitiva atente contra la integridad de los participantes en la sesión, manteniendo claros los límites e inequívocos previamente instituidos y acordados

con los padres y el niño; en el encuadre del tratamiento (Tustin, 1988).

Por otra parte y en forma paralela, en el terapeuta se presentan experiencias a modo de *reacciones*, las cuales van desde las afectivas “puramente” hasta otras mayormente complejas; como contratransferenciales al material expuesto durante la sesión; siendo las afectivas la ansiedad, los celos, la envidia, la rabia, el miedo, la tristeza, el enojo, la simpatía, la antipatía, el terror, la alegría, la soledad, la violencia, la ternura, el odio, la pena, la indiferencia, la frialdad y el abandono.

Las reacciones cognitivas comprenden el aburrimiento, la distracción, la inercia, la desorientación, la confusión, el desinterés, el interés excesivo, la admiración, la inundación, la evocación de fantasías y / o recuerdos.

Por otra parte, también se dan las reacciones corporales o somáticas, como el hambre, la cefalea, la excitación sexual, la somnolencia, los gestos, las náuseas y las parestesias.

También se presentan las reacciones isomórficas, término tomado de la teoría sistémica, refiriéndose a que dos estructuras complejas se proyectan una sobre otra; de manera tal que para cada parte de ellas, exista otra equivalente, lo que se refleja en reacciones o actitudes, en particular; afectos o conductas complejas (Gardino, 1983).

Así las reacciones complejas contratransferenciales, son reservadas para denominar al acting-out por parte del terapeuta, actuando roles específicos inconscientemente (Sterlin, 1993).

Entonces la *contratransferencia* es la interpretación de las interacciones entre paciente y terapeuta, en un nivel intrapsíquico, siendo constante, dinámica, que involucra la introyección mutua de

las identificaciones proyectivas de otro, a través de comunicaciones no verbales.

La contratransferencia en su análisis presenta diversos orígenes y factores que la determinan, como lo es la que surge en el proceso psicoterapéutico infantil, y que permite la comprensión mas profunda acerca de la situación analítica del niño, y que uno de los cuales son los factores contratransferenciales que surgen en el proceso psicoanalítico infantil, mismos que tienen relación con la psicopatología del paciente, y permiten la “unión” con el niño, que dependen de su edad, y de su tendencia regresiva.

Otros son los factores contratransferenciales en el analista mismos que provienen de los padres, en donde frecuentemente recurren a la *sensación de rechazo* por la sobre idealización al analista como “padre ideal”, o pueden también *inducir culpa* en el niño, mientras permanecen *ambivalentes* acerca del tratamiento.

Existen otros factores provocados por el propio analista, por ejemplo, las motivaciones que lo llevan a ser terapeuta infantil, o el poseer la imagen de padre sustituto o el denominado “complejo de salvador”.

Con la misma importancia, se contempla otro factor como lo es la sobre identificación con el niño; mismo que redunde en asumir que los padres “siempre están mal”; “los únicos responsables de la situación conflictiva del menor”, o bien, ser negada la propia agresión, así como la del niño.

Cabe desatacar que existen terapeutas que tienden a “ajustarse” hacia determinados tipos de comportamiento o de estructuras mentales de sus pacientes, así como a negar la propia contratransferencia en sí; por temor a que se dañe su narcisismo,

situación ligada a la autoestima puesta en identificaciones con figuras paternas idealizadas (Corona, 1997).

Existen además; defensas profesionales, mismas que como su nombre lo indica, permiten “aislar” el material afectivo personal; tanto en profesionales de la salud como otros afines a las ciencias del comportamiento; para lograr autocontrol frente al paciente o sujeto y poder intervenir o referir hacia otro especialista.

En ocasiones también es necesaria una “pre experiencia vicaria”, que otorgue mayor conciencia frente a situaciones ansiógenas en el terapeuta y objetivizar frente al paciente; como una “posición profesional y de defensa de la actividad” a investigar, principalmente ante sucesos que lo colocan como observador de un fenómeno.

Actuar “metodológicamente” con relativa ingenuidad por la cultura y la ética de las costumbres, puede ser otra defensa para soportar eventos que dentro de nuestra sociedad no lo serían tanto, especialmente en los investigadores de campo e incluso al omitir cualquier dato que pueda *personalizar* su documento.

Lo inverso, sería también convertirse en un “atomista” al transcribir prácticamente todo respecto lo referente a rasgos, o característica de personalidad, sin integrarlas al contexto investigado; tal como sucede con los inventarios y test evaluadores de rasgos psicológicos, sin *acercarse* al sujeto valorado, “teorizar” a partir de observaciones *inevitablemente* mezcladas a contenidos personales a veces muy complejos para evitar “cualquier” relación con el investigador o partiendo de aquellas menos ansiógenas y muchas veces parciales en sus teorizaciones-percepciones(Devereux;1977)

IV. METODOLOGÍA

4.1 Estudios de caso

En lo que respecta al análisis de niños, el trabajo como terapeutas se logra a través de la cooperación del niño, consciente o inconsciente de ésta, para su manejo clínico, por lo que en la psicoterapia psicoanalítica, a diferencia del psicoanálisis clásico, se ha de buscar esta alianza en pro de su mejoría, con paciencia y actitud de escucha permanente y no sólo a la modificación de su personalidad (Sandler, Kennedy y Tyson).

La terapia de niños con trastornos del desarrollo del tipo psicótico, ha sido abordada de modo particular y reportada de modo personal en diversas publicaciones por los terapeutas a cargo; tal es el caso de *Roberto* de 6 años analizado por Telma Reca ;quién a sus cuatro años inició el cuadro de psicosis y fue atendido en 13 meses, con un total de 90 sesiones, en 8 periodos divididos de acuerdo a la dinámica que se presentaba en las sesiones y una posterior vigilancia de su crecimiento, siendo que a sus 9 años ya se consideraba dentro de los parámetros de la normalidad; Roberto fue diagnosticado con psicosis esquizofrénica .

Con este paciente se usó la técnica del psicodrama, iniciando con el desarrollo de la capacidad de expresión y contacto con la realidad; luego el señalamiento de sus fantasías , posteriormente, la revisión de las pautas de acción que desencadenaron la manifestación de la exteriorización de su hostilidad sin contacto real, se utilizaron ahora los principios de la realización simbólica para dramatizar a través de objetos concretos, sus conflictos, hasta la expresión por parte del paciente de sus principales temores y ansiedades, así como la aceptación de otras pérdidas, facilitación de sentimientos acordes con momentos de desarrollo más cercanos a su edad cronológica, luego dio pauta a variaciones en la manera de contactar socialmente; en este caso se ayudó a promover un desarrollo más sano confiando en las áreas que poseía libre de

conflicto, dado que este niño enfermó posterior a una crisis, que desembocó en un cuadro psicótico; con ulteriores visitas de seguimiento para conocer sus continuas mejorías e integración a la vida social y escolar; con seguimiento hasta los doce años; proporcionándose tratamientos similares a otros tres pacientes de 6, 8, y 7 ½ años. (Reca,).

Para Reca, los cuadros denominados como “psicosis infantiles” comprenden una serie de combinaciones entre lo orgánico y lo psicógeno, de gravedad variable, desde los rasgos hasta la psicosis de fondo encefalopático; y lo sustenta Dallal y Castillo y Mendoza, en su artículo de *-Psicosis Infantil, Introducción y Clasificación-* (Pág. 169).

Dicho autor comparte su experiencia de intervención técnica con un paciente de 6 años con rasgos psicóticos, con síntomas de inestabilidad y excitación psíquica, de compulsión por llevarse objetos a la boca tanto comestibles como no comestibles y comerlos; atendido en 30 sesiones. Contemplando que en cada caso, debe fijarse el objetivo terapéutico claro y posterior a su conclusión, recomienda una vigilancia de su adaptación social, especialmente en el ámbito escolar, así como de apoyo continuo hacia su familia (ídem p. 81).

Otro manejo terapéutico es el planteado por Dupont, en un niño de 9 años, *Ramón*, atendido en 24 meses, dividiendo en 8 momentos la descripción de su intervención; con rasgos graves de psicosis de inicio temprano en el primer año de vida, manteniéndose al cuidado de siete personas diferentes durante este periodo vital, con antecedentes de alteración en la dinámica familiar graves asociadas con la guerrilla de un país extranjero; el cual tuvo logros importantes con su tratamiento, más de nuevo una serie de factores lo hicieron recaer hasta ser considerado un adolescente en riesgo y desadaptado socialmente, de pronóstico reservado para su

tratamiento, ante la falta de observación temprana y oportuna de la instalación de la psicosis.

La importancia de este caso, radicó para el autor, en el análisis de la vinculación terapéutica en pacientes con psicosis infantil; es en la etiología, en sus repetidas pérdidas objetales, así como de la inconstancia de las que sí tuvo.

El terapeuta y el niño lograron una alianza que posibilitó el conocimiento de su mundo interno y el desarrollo de un vínculo con dos canales de la comunicación, con expresiones significativas en el otro; la de construir internamente otra versión más tolerable de su realidad psíquica a través de la transferencia, aceptando y conteniendo el material que se depositaba en el analista, por parte del paciente.

Sin embargo; la estructuración patológica de la familia, del tipo esquizoparanoide, aunado a la fragilidad yoica del paciente, como depositario de las fantasías omnipotentes de la familia, más el aumento de la persecución externa real e interna, rompió la estabilidad en el proceso de tratamiento por lo que el paciente fue deteriorándose cada día más; aparte de una fragmentación en el grupo interdisciplinario que lo atendía, con la renuncia al deseo omnipotente de rescatarlo, que les brindó alivio, más el paciente no logró la cura como tal, puesto que su entorno resultaba altamente patógeno y con pocas o nulas áreas de oportunidad para lograr una adaptación y funcionalidad psicosocial (Dupont, 1988).

En recopilaciones de estudios de caso, resulta conveniente agregar otros de psicoanalistas pioneros, bajo la perspectiva de David Nasio; como Dick, un niño de 4 años de edad abordado por Melanie Klein, quien logra penetrar la barrera comunicativa del menor, hasta obtener su empatía, sufría de serios trastornos digestivos, cuya madre no lograba amamantarlo pues la rechazaba, al igual que a otros alimentos semi sólidos posteriormente.

Luego es retirado de los padres y aparentemente logra adaptarse, comienza a ser percibido como “extraño”, ausente a los objetos y personas, con temor a defecar y orinar; cuando logró reintegrarse, se demostró que poseía memoria y conocimientos musicales extraordinarios:

Con este paciente, M. Klein aborda la técnica de juego y el análisis de la transferencia, en un niño, ante su detención en el desarrollo; con la impresión diagnóstica de esquizofrenia.

Otro caso más es presentado por Winnicott, quien entre sus intervenciones atiende a Piggie, llamada Gabrielle.

Una pequeña de 2 años y 4 meses, hasta los 5 años, en este caso, la niña pertenecía a una familia de padres intelectuales, quienes eran supervisados a distancia para intervenir directamente sobre su pequeña.

Comenzó a dar muestra de perturbación poco antes de sus dos años, con el nacimiento de su hermanita, irritable, depresiva, altamente angustiada y celosa, sin diferenciar en su análisis entre ella y su hermana al hablar sobre las mismas, la niña elabora fantasías respecto a sus padres y la existencia de una “mamá negra” en su vientre, habla sobre pechos devorados, sobre daño en su interior.

Su juego es caótico; donde la ausencia física evoca a la psíquica, por lo que aumenta su ira y frustración; mismos que son manejados e integrados a sí misma con capacidad para reparar.

En investigaciones logradas por Bruno Bettelheim; en un internado de asistencia pública, describe a tres pacientes reconocidos como “fracasos” en su intervención, los llamó: Joey, Marcia y Laurie, sin embargo, su libro se concentra en Joey un niño con rasgos autistas, comenzando su análisis a los 9 años y medio; que daba la impresión de ser un “niño-máquina” ante los ojos de los demás, con cierto frenesí y desaceleración a la par.

Inició a interesarse por un ventilador al año de edad regalo de su abuelo materno; a los 18 meses ya desarmaba y armaba estos aparatos, nacido de ambos padres desilusionados por parejas anteriores, saludable al principio y con fuertes cólicos conforme crecía, lo que provocaba una intensa angustia en la madre y ésta optaba por dejarlo en su cuna como medida aislante para ella, él se golpea la cabeza en forma violenta y se balanceaba rítmicamente de adelante hacia atrás y a veces lateralmente.

Hacia los cuatro años, una profesora detecta fuertes dificultades en su lenguaje que se torno despersonalizado, egresa tardíamente del preescolar y es colocado en una escuela privada estricta de base religiosa, donde al parecer pierde los logros obtenidos para contactarse afectivamente, nace su hermanita quien obtiene mayores atenciones por parte de ambos padres; se deteriora al punto que debe recibir ayuda en el internado especializado.

Utiliza defensas literalmente frente a cualquier indicativo emocional; fuertemente ensimismado ante objetos eléctricos y sus motores; aparece un terror a defecar, posterior al año de tratamiento, inicia a contactarse a través de lámparas-niños como sustitutos de los reales a quienes a penas reconoce.

Se relaciona después con un compañero “inventándoles” una familia buena para ambos, cuando se separan, crea un amigo imaginario; después afirma que “él mismo se hizo nacer” a través de una máquina que inventó.

A sus 12 años, pasa del autismo a la esquizofrenia en función de su realidad interna; actuando bajo “otra personalidad” disociando su parte agresiva y destructiva; con él se obtiene una cura parcial, pues las condiciones ambientales no favorecen su ingreso al mundo

real ni se es recíproco al adaptarse a su peculiar forma de entender “al mundo”.

Otros trabajos se resumen también Françoise Dolto, con una menor de dos años y medio y su hermanito bebé, ambos viajan con sus padres a París, son dejados a cargo de la niñera que no habla su idioma, en una habitación con espejos por doquier, que le daba la sensación de estar fragmentada cuando iba de un lado a otro de la habitación.

Al cabo de dos meses se convierte en esquizofrénica, sin nadie que traduzca esos reflejos, pierde su sentido de referencia, el lenguaje y la deglución, engulle los alimentos y se comporta como un bebé también.

Es atendida casi a los 5 años, perdiendo además, la capacidad para tomar objetos con las manos, a manera de fobia al tocar cualquier cosa, que no reconocía su presencia frente a los espejos, inconscientemente olvidada su imagen.

Esta niña perdió el vínculo con su madre, desincorporándose excepto la boca.

Dolto agrega el concepto de *imagen base*, quien tiene su origen en el periodo fetal y se modifica después de nacer, instalándose en las funciones corporales de los diferentes sistemas, cuando el niño siente amenazada esta imagen, también lo es la vida misma, hasta lograr de nuevo la parcialización en los objetos para erotizarlo.

Creer y desarrollarse, enfrenta al niño con pérdidas y ganancias que ella denominó- *ir _ devenir*- con angustias; mismas que deben ser traducidas para regularlas y volver a la estabilidad, a la cohesión de su imagen (Nasio; 2005).

4.2 Modelo de investigación.

Este estudio de caso corresponde al paradigma de la investigación cualitativa misma que busca el análisis en materia de la ciencia de la conducta y de la sociedad; la cual comprende una serie de características que la definen, a saber: es inductiva; que partiendo de los datos y no de la recolección de los mismos se estudian las formulaciones.

En esta investigación queda comprendida una visión global del escenario y de sus integrantes en su análisis; que la investigación cualitativa permite ser sensible a los efectos que él mismo provoca con su interacción al estudiar algún fenómeno, individuo o grupo social; a través de construcciones teóricas que permitan su explicación.

Trata también de permanecer dentro pero fuera de la investigación, como observador participante, suspendiendo sus propios conceptos y/o prejuicios respecto al tema a investigar haciendo que todas las perspectivas que de él se deriven, sean igualmente valiosas para su consideración.

En la investigación cualitativa los métodos de estudio contemplan un alto grado de humanización al tratarse de personas; considerándose como válido y confiable, aunado a la visión interna de quien proporciona la información, sin perder de vista al mismo tiempo, ciertos parámetros que proporcionan coherencia a la investigación y le ofrecen un marco referencial más objetivo (Álvarez-Gayou, 2003).

4.3 Tipo de Estudio.

Se considera que el presente es un estudio de caso único, que pertenece a la investigación sin muestra, por ser único, la cual

es considerada dentro del tipo cualitativo interventivo, cuyo objetivo principal “es llegar a comprender la particularidad de un caso, bajo circunstancias especiales “(Stake, 1999).

Abordada desde los fundamentos epistemológicos de la fenomenología, que afirma que la realidad importante es la percibida por las personas, siendo para ellas relevante, cuya fuerza radica en las ideas, los sentimientos y sus motivaciones internas (Taylor y Bogdan, 1987).

4.4 Enfoque Teórico y Método.

Se considera una investigación sin muestra, ya se trabajó únicamente con una persona, para el entendimiento de su situación patológica durante el proceso terapéutico (Stake,1999), como lo es el método psicoanalítico, basándonos en el modelo de reporte de supervisión aprobado por la Asociación Psicoanalítica Mexicana, de *cortes* o de *registro de información* representante de las circunstancias del caso, considerando las etapas críticas de su vida, como lo son la primera infancia, la adolescencia y la adultez; en relación a las diferentes áreas de adaptación social y familiar.

El enfoque teórico que complementa y al mismo tiempo investiga, es el psicoanalítico, a través de la modalidad de la psicoterapia psicoanalítica, para la comprensión del caso en particular, bajo la observación del proceso terapéutico (Zulliger, 1981).

Para el psicoanálisis la investigación puede ser considerada tanto como modelo teórico como de tratamiento, el cual permite hacer investigación durante el proceso que lo contempla, formulando inferencias e hipótesis a partir de la práctica clínica con el paciente mismo, sea individuo, grupo o familia en sí,

considerando su propia metodología de acuerdo con las metas terapéuticas a perseguir (Bleichmar, 1988).

En “los métodos en y sobre psicoanálisis” que analiza MA. Isabel Rodríguez Lamarque; en su publicación , admite la relevancia de los proyectos bajo la modalidad de investigación cualitativa, en la observación del proceso terapéutico, ya sea de población cautiva, contra grupos control, con seguimiento longitudinal, ya sea en el estudio de la interacción verbal y no verbal en los diálogos psicoterapéuticos.

De la pertinencia de las intervenciones psicoanalíticas y de la narrativa en el método de la asociación libre, como parte de la técnica psicoanalítica.

Siendo todas las anteriores, alternativas o líneas de investigación de gran utilidad en el estudio de la mente humana (Rodríguez, 2000)

4.5 Propuestas de Tratamiento.

Se propone que la terapéutica en torno a la psicosis, deberá centrarse en la coherencia del contexto terapéutico, de la estabilidad de éste y de mantener las relaciones duraderas con los cuidadores, todo lo cual permite la emergencia del individuo como persona y le proporciona la posibilidad de una comunicación auténtica tanto consigo mismo como con otros (Marcelli, De Ajuriaguerra, 2004).

Las intervenciones a nivel terapéutico son numerosas, de entre las que se destacan las siguientes:

- Las psicoterapias, con adecuaciones a la técnica, de acuerdo con las interpretaciones formuladas desde los principales teóricos de este trastorno.

- Los tratamientos educativos y reeducativos; siendo determinante la calidad de la relación del niño con su cuidador o maestro.
- El soporte pedagógico, desde la conveniencia de mantener al niño en un nivel educativo preescolar y escolar siempre que sea posible, bajo la modalidad sugerida de atención personalizada.
- Las terapias conductuales para reforzar comportamientos positivos en el niño.
- Los tratamientos farmacológicos con el uso de neurolépticos y sedantes.
- La orientación psicoterapéutica hacia los padres.

Los tratamientos institucionales, siendo el hospital de día de utilidad para los casos de niños y adolescentes (Marcelli y Ajuriaguerra, 2004); bajo la modalidad de terapia ocupacional, farmacológica y psicoterapéutica tanto individual como de familia.

4.6 La psicoterapia psicoanalítica

Al tratarse de un estudio de caso, abordado desde esta forma de atención; resulta conveniente especificar las formas de intervención que practica este modelo.

La forma de abordaje para pacientes con psicosis, propuesta por Tubert- Oklander, indicando que la intervención técnica del tipo verbal, no como “verdaderas “interpretaciones, sino a manera de explicaciones para sus procesos mentales paralógicos (racionalizaciones) resulta mayormente efectiva, para lograr nuevas vías y recursos del pensamiento, evitando así una mayor regresión, ya que el propio proceso psicótico implica un estancamiento en la madurez psicológica del individuo.

Este autor los considera como “incurables” desde el punto de vista psicoanalítico, más que si pueden alcanzar restituciones equivalentes a la curación clínica. La función del analista, entonces es la de buscar un contacto con la parte no psicótica de la personalidad del individuo y fortalecerla, con el objetivo de favorecer un mejor control de sus manifestaciones psicóticas (Tubert-Oklander, 1988).

Jinich y Dupont; introdujeron “el juego sin juguetes”, en el psicoanálisis de niños y eliminar tabúes sobre sentimientos secretos, que provocan aislamiento; el cuerpo órgano de recepción y expresión en la comunicación; la comprensión, vínculo, objetos representados, relación transferencial y la posible verbalización para su interpretación (Jinich y Dupont, 1984).

Frances Tustin en su abordaje clínico del paciente con autismo o con psicosis precoz, estudia los procesos mentales y psíquicos de los niños a través del juego, tanto de su inhibición como signo patógeno de desempeño, como de la comunicación que el niño establece en su juego y su jugar.

Analiza la forma en que los niños, particularmente los autistas, presentan serias dificultades para imaginar y un cierto grado de inseguridad acerca de su propia existencia e identidad, careciendo de empatía hacia los otros; así como del entendimiento de los procesos afectivos que permitan la reexperimentación simbólica de los afectos, para dar paso a una modificación de sus manipulaciones autistas, y al inicio de la “confianza básica”, misma que los llevará a una sensación de integridad y permanencia (Tustin; 1988).

Propone además, que la contención de los impulsos agresivos puedan ser mantenidas en un parámetro potencialmente abordable,

que permita al menor su tolerancia, ya que se mantienen en un continuo “terror” indiferenciado, una vez elaborado, puede iniciarse un proceso de elaboración y recuperación hasta ser funcional socialmente.

Se sugiere que de ser tratado semanalmente, es preciso que se participe en otra institución que funcione como educativa y formadora de hábitos; en cambio en la sesión analítica, el terapeuta ha de mantener total atención hacia el paciente, con objetos simples para jugar, sin moverse de modo brusco dada la rigidez de los mecanismos primitivos de niños con psicosis.

Tustin insiste en una parte de la conciencia del paciente, si es capaz de razonar y de buscar hacer contacto con el exterior, el terapeuta funcionaría como ese auxiliar de interpretación y enlace (Tustin; 1972).

Tubert- Oklander advierte que la psicosis se aborda desde la concepción de un –modelo de tratamiento-, que es el resultado del interjuego entre la técnica, la teoría sustentadora y una de las tres estructuras básicas de las patologías primordiales, como lo son la neurosis, la psicosis y los trastornos fronterizos.

Así para el tratamiento de la psicosis, propone que en todo individuo con este padecimiento, existe una parte de su estructura que “psicótica de la personalidad” propiamente dicha, y que la convierte en inanalizable, incapaz de aprender y experimentar nuevas percepciones, pensamientos, verbalizaciones; por lo que en el paciente adulto con psicosis, lo mas recomendable es fortalecer las áreas libres de conflicto, a través de cierto tipo de intervenciones verbales que no son en sí “verdaderas Interpretaciones” como el modelo psicoanalítico así lo dicta, sino más bien, “explicaciones” para restituir aquellos componentes impensables, evitando también

el fenómeno de la regresión, para la supresión de una nueva crisis psicótica y a un consecuente deterioro (Tubert; 1985).

Para los seguidores de la teoría de D. Winnicott, el trabajo psicoterapéutico con pacientes con psicosis, esta basado en la idea de que sólo en un *nuevo vínculo* -reparador de aquel temprano, con los objetos más significativos- podrán resolverse ciertos desarrollos sintomáticos que se generaron, debido a una intensa y prolongada relación patológica en los inicios de la vida; y que es a través del mecanismo que ha llamado "edición" (Lerner y Nemirovsky, 1989, 1990, 1992) –que difiere de la clásica reedición transferencial- que se posibilita el registro de lo aún no vivenciado para su posterior integración en el self.

Dichos autores, afirman que el desarrollo de un tratamiento se hace factible para la recuperación de un cuadro grave; si se logra un encuentro con un objeto que posibilite la puesta en escena de necesidades tempranas insatisfechas que permanecieron congeladas a la espera de estos encuentros para que se facilite su despliegue (Nemirovsky, 1999).

Maud Mannoni, explica que para el abordaje inicial de niños con psicosis, resulta útil la aplicación de algunas técnicas psicométricas, como una herramienta, más lo primordial es “aprehender” el discurso del otro, puesto que el niño con psicosis padece en el cuerpo, todo lo que considera una amenaza y que el lenguaje, su lenguaje, ha de ser descifrado, en donde la situación analítica quizá sea su primera y en algunos casos, única forma de hacerlo, para establecer así, un tratamiento y “devolverle “ el contacto con la “realidad”(Mannoni, 1981).

4.7 Método propuesto por Margaret Mahler.

Se refiere a la participación de la madre, el paciente y el terapeuta, considerado como modelo terapéutico “tripartita”, para lograr una “simbiosis correctiva”, entonces el niño volverá a establecer una relación simbiótica ahora con su terapeuta, proporcionándole así; el objeto primario y un intento de desarrollo para la individuación, llevándolo a separarse progresivamente de ese objeto, a manera de objeto transicional hacia la madre.

Por tal motivo ésta debe incluirse en la terapia, favoreciendo mejores condiciones en su evolución, tanto del niño como de ella misma; aunque la madre podría no tolerar su “exclusión “ de la terapia, mas si se analizan estos conflictos y logra identificarse con el terapeuta en su función restauradora, así como otras funciones del terapeuta tales como de proveer un yo auxiliar más fácilmente utilizable, construir una barrera a la sobreestimulación, traducir el material del proceso primario sin ansiedad, explicándole al niño cómo funciona el cuerpo en algunos casos, para lograr una imagen corporal menos agresiva, dañada o mutilada, brindándole por ende un sentido de realidad; se obtendrá entonces un mayor éxito en el tratamiento.

También debe marcar los límites de la autodestrucción en forma directa; todas estas funciones del terapeuta, proporcionan un clima de mayor contención.

Si a pesar de éstas, la madre permanece en conflicto, se sugiere un tratamiento individual para ella.

Así el tratamiento se sugiere en *dos etapas*: la primera como introductoria; logrando que el paciente vea al terapeuta como objeto parcial, después tratar de mantener una relación simbiótica y posteriormente analizar dicho vínculo; la segunda etapa, consiste en que el niño repita todo lo escuchado por objetos inanimados (radio, televisión, etc.) para posteriormente imitar el lenguaje humano y señalar sentimientos.

Se espera en este periodo, se desarrolle el juego simbólico, utilizado como el principal instrumento para llegar al inconsciente y lograr así, modificaciones en la estructura de personalidad del paciente; que ya es capaz de ser consciente de su yo- corporal, obteniendo entonces la individuación y la constancia objetal necesaria, paralelo a la adquisición del lenguaje verbal.

Mahler también afirma que en la psicosis infantil, este yo frágil puede persistir, por lo que el auxiliar yoico ha de ser requerido el resto de su vida y no lograr llegar a la simbiosis correctiva (Bleichmar; 1988).

Dándole continuidad a los conceptos malherianos, continuando con las psicosis infantiles de tipo simbiótico, también consideró que:

El aparato yoico innato de estos niños, se desarrolla en forma no concordante respecto a su capacidad para a atravesar la separación, ya sea por una pseudo autonomía prematura o por fallas en la capacidad para tolerar la separación en sí, dando como consecuencia una discrepancia entre sus habilidades madurativas incluidas las que competen al progreso del Yo, llevándolos así a una *angustia envolvente*, a un quiebre con la realidad y una pérdida de la identidad.

En estudios realizados por Mahler, encontró que en los menores con psicosis simbiótica, existía un alto grado de sensibilidad, por lo que ante cualquier falla o cualquier caída frente a las actividades locomotrices y en general, éstas eran rápidamente abandonadas; mostrando así reacciones extremas ante fallas mínimas.

4.8 Aportaciones a la investigación institucional por psicoterapeutas psicoanalíticos.

Aunado a las investigaciones realizadas en instituciones por M. Mahler; Coderch afirma que lo principal es:

Aclarar el significado y el sentido de cada uno de los papeles o funciones que los participantes poseen, siendo que idealmente la comunidad ha de funcionar de manera armónica, clara y comprensible, permeable hasta donde sea posible para permitir la participación del paciente en la toma de algunas decisiones; “hacer que todos se sientan solidarios con el trabajo de los otros sin mezclarse con él”.

Sin olvidar las reglas, que no por tratar de apoyar al paciente, se dejen de lado las normas institucionales “en un afán liberador para él mismo”, ya que entonces reaparecerán ansiedades persecutorias o culpígenas, o bien una tendencia compulsiva, “no vista” e inflexible de aquellas que ya habían desaparecido.

La realidad frente a las fantasías de los enfermos y del personal institucional, ha de ser reafirmada constantemente, pretendiendo clarificar e interpretando las fantasías del paciente, dentro del contexto de la realidad externa.

También resulta imprescindible la comprensión del momento evolutivo en que se encuentre el paciente, puesto que el modo como éste nos comunica una mejora, una adquisición de funciones yojicas, autonomía e independencia, evidentemente varía en cada etapa.

Es necesaria además, una clarificación de las relaciones interpersonales, no sólo frente al paciente, sino también entre el personal, tanto clínico como administrativo, puesto que los pacientes en estas condiciones psicóticas, despiertan fuertes ansiedades.

Evidentemente, durante el transcurso del proceso terapéutico, el psicoterapeuta debe analizar cuidadosamente cuáles han sido sus intervenciones y sus relaciones con el paciente.

Para valorar si dichas manifestaciones psicóticas o el desencadenamiento de las mismas, se debe a un error en la técnica o a una actuación del terapeuta frente a las mismas, cuando un brote psicótico sobreviene, se reactivan situaciones de conflicto amenazantes para el paciente, y se intensifican las ansiedades persecutorias, eliminando las formas defensivas que lo contienen.

Si el paciente es incitador, seductor o excitador, de pulsiones y fantasías vividas como amenazantes o peligrosas, se mantiene disociado de la realidad, entonces se hace necesario no eliminar dicho proceso defensivo, aun y que no resulte saludable; evitando las interpretaciones parciales, así como las regresiones transferenciales (Coderch, 1990).

Para el estudio de caso además, es necesario ser paciente y reflexivo, aceptando otras versiones del mismo, lo que puede lograrse a través de la triangulación de la información con respecto al equipo multidisciplinario, en busca de una atención integradora e integral de la menor en este caso (Denzin, 1998), con supervisión, asesoría de contenido, del reporte y la presentación ante un jurado en la defensa de la tesis, para la obtención del grado, en este sentido.

En el contexto y enfoque de un caso, se obtienen identificaciones “imaginarias” con los personajes que intervienen en

el mismo, de manera tal, que facilite el acceso al pensamiento abstracto a través de las distintas vivencias del ser humano en el momento analítico, tanto por el lector como por el analista. Así las principales funciones del reporte de un caso serían de didaxis; metafóricas y heurísticas y generar conceptos al respecto (Nasio; 2005)

Dentro de la psicoterapia psicoanalítica, el manejo técnico de la transferencia debe lograrse a través la identificación del tipo y características de ésta; su confrontación, clarificación e interpretación, tanto genética, como en el aquí y ahora si las condiciones lo permiten y si la situación mental del paciente es la adecuada para recibirla y procesarla (Greenson, 1976).

4.9 Instrumentos y Estrategias.

Se logra partiendo de la supervisión del caso desde la opinión de profesionales en la materia, en relación a la técnica y la clínica del caso (Guzmán, 1994); así como de la consideración para su intervención, desde la multifactoriedad del mismo; y como lo establece el psicólogo Peter Fitermann, en su estudio comparativo y retrospectivo, sobre la psicosis precoz infantil y el autismo, se hace indispensable un análisis de los factores socioeconómicos que acompañan al paciente, su estructura familiar, el manejo médico y educativo del menor en cuestión(Fitermann y cols. , 2001).

Se considera que para el apoyo psicoterapéutico competente resultan indispensables varios aspectos para “el perfil” del psicoterapeuta de personas con psicosis, a saber:

Ser continente de los contenidos que presente el paciente, hacer la función de *reverie* para integrar y funcionar como un catalizador de los fenómenos que se dan en el paciente como lo es

la preponderancia de impulsos destructivos, odio hacia la realidad externa e interna.

Particularmente a todo suceso que facilite su conciencia, a los vestigios de un funcionamiento psíquico armónico, a una hipersensibilidad al dolor, al deseo y a la esperanza de no pensar, sentir, ni aceptar la cotidianidad de la vida, prefiriendo así, las identificaciones proyectivas para sus vínculos.

Tratar de ayudarlo a restaurar sus funciones mentales dañadas.

Ser un auxiliar para comprender qué factores intervinieron en este cambio para vincularse desorganizadamente y entonces podérselo comunicar verbalmente (Mendizábal; 2001)

Con vistas a la optimización de los “efectos” de la psicoterapia, la frecuencia de atención una vez por semana en un primer momento resulta conveniente; principalmente para evitar que la familia de muestra de resistencia u oposición al proceso terapéutico, posteriormente se propondrá aumentar el número de sesiones una vez establecido el menor indicio de conciencia acerca de la situación disarmónica de la menor (2 sesiones a la semana).

Esta frecuencia, esta basada en los escasos recursos tanto económicos como culturales de la familia, dentro de los cuales la niña se encontraba directamente inmersa.

Se analizaron los datos a un año de tratamiento, dadas las necesidades curriculares de esta formación profesionalizante en psicoterapia, con la observación e investigación de sesiones críticas durante este lapso de tiempo a manera de ejes, sobre los cuales se obtuvo una mayor comprensión de la dinámica interna de la paciente.

Como consecuencia de esta investigación; se realizó un reporte del caso para la obtención de “material suficiente” para

establecer el análisis de los supuestos de investigación propuestos y obtener así un corte de intervenciones tipo, por la misma terapeuta y dentro del mismo espacio físico de atención (Guzmán, 1994).

Para la atención de Claudia hubo que ajustarse a las condiciones del reglamento general del C.E.E.M., ya mencionado, para el encuadre de trabajo.

Los recursos tanto humanos, como económicos y materiales que se generaron de esta investigación, (análisis, supervisión del caso y del documento de tesis, así como la papelería requerida) fueron cubiertos en su totalidad por la responsable de la investigación.

El único requisito que se solicitó a través de este trabajo de investigación, fue que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-LEÓN) a través del CEEM, apoyaran tanto con su visto bueno para la misma, el acceso dentro de las instalaciones y del expediente general de la menor, para su análisis en complemento con el seguimiento del caso; a favor de una atención integral e integradora de la menor.

Las **técnicas** a través de las cuales tuvo efecto el estudio de caso fueron las relativas a la investigación cualitativa; a saber: *Observación participante* y *entrevista*, entendida como una conversación con estructura y propósito, que busca la comprensión del mundo, desde la perspectiva del entrevistado; para desmenuzar así los significados de sus experiencias (Álvarez Gayou, 2003).

Siendo además; el *juego simbólico* guía psicológica de la dinámica interna de la menor; definida como “la obtención de impresiones del mundo circundante por medio de todas las

facultades humanas relevantes; mismas que requieren de contacto directo con el o los sujetos “(Adler, 1998).

El juego simbólico, como una herramienta utilizada con los niños, en sustitución de asociaciones verbales y libres (entendida desde la perspectiva del pensamiento adulto) como el elemento fundamental para el método psicoanalítico, por lo que el juego representa al igual que los sueños y los dibujos, el material sustancial de acceso al inconsciente en los niños (Salles, 2001).

Además con la *observación* del fenómeno de la *transferencia* que se deseaba estudiar, a la par que se interviene terapéuticamente y con el *registro de notas de campo*, mismas que se compartieron en la supervisión de caso y de contenido del documento en general.

4.10 Procedimientos.

4.10.1 Encuadre:

El caso de Claudia se reporta haciendo un *corte psicodinámico*, tal como se contempla en la clave del mismo nombre en el análisis de casos propuesto por la APM (Asociación Psicoanalítica Mexicana).

En forma paralela, como ya se mencionó anteriormente; se trabajó en una institución pública, donde la demanda de atención es elevada, por lo que el espacio y el tiempo designado para cada paciente se ven reducidos; tratando de agilizar el análisis de los avances en el mismo y las áreas por trabajar según afirma Bleger (1985).

Tuvo como verificativo un lugar una hora acordada, con frecuencia de una sesión por semana, hasta consolidar la alianza terapéutica con la madre, esencial para mantener el proceso;

posteriormente se planeó una frecuencia de dos veces a la semana, conforme la paciente y su familia así lo aceptaran; aclarando las cancelaciones y vacaciones, las llamadas telefónicas, los honorarios, el envío a hospitales u otras instituciones de ser necesario, entrevistas con familiares y explicaciones generales (Velasco Alba, 1996).

Asociada a la propuesta terapéutica de Margaret Mahler, para los niños con trastorno psicótico simbiótico y los que padecen de autismo, denominada como tripartita; se mantuvo la idea central de intervención por parte de la figura materna, logrando así una “simbiosis correctiva”, es decir, que la niña estableciera una relación de apego lo más similar a lo esperado para los niños que atraviesan por dicha fase, la cual consolidaría la independencia personal y disminuiría la angustia de separación, dando paso a un desarrollo más acorde semejante a lo esperado para su edad cronológica; así como al fortalecimiento de la relación madre e hija (Bleichmar, 1988).

4.10.2 Pasos a seguir:

1. Obtención de la mayor información acerca del desarrollo de Claudia; a través de entrevistas a profundidad con la madre y / o su familia.
2. Sesión semanal, dado que la familia en un primer periodo de análisis del caso, no se encontraba en disposición psicológica para permitir una intervención más intensiva.
3. Supervisión simultánea del caso para el manejo psicoterapéutico y por el asesor de contenido para la facilitación del reporte escrito de la investigación.

4. Análisis personal y didáctico de la terapeuta, para una revisión más objetiva de la relación transferencial-contransferencial con la paciente paralelo a la aplicación de esta investigación.
5. Sistematización y organización del material y documentos involucrados con el estudio del caso y su manejo desde la psicoterapia psicoanalítica.
6. Presentación de los resultados obtenidos para la defensa del grado de maestría en psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la adolescencia.
7. Presentación de los resultados obtenidos y de su aplicación práctica a los directivos de DIF-LEÓN para su posterior extensión y uso por parte de los psicólogos participativos, de considerarlo pertinente por parte de las autoridades en cuestión.

4.10.3 Cronograma:

<p><i>Enero/05</i></p> <p>Definición del proyecto a conformar. Inicio de tratamiento. Continuar con la supervisión técnica del caso.</p>	<p><i>Febrero/05</i></p> <p>Afinación de los puntos básicos del contenido del proyecto. Tratamiento. Propuesta de Asesor de contenido para tesis. Supervisión técnica del caso.</p>	<p><i>Marzo/05</i></p> <p>Delimitación de los puntos básicos del contenido del proyecto. Investigación bibliográfica acerca de psicosis. Confirmación del asesor de contenido del proyecto. Tratamiento. Supervisión técnica.</p>	<p><i>Abril 05</i></p> <p>Valoración de la viabilidad del proyecto. Investigación bibliográfica para los fundamentos teóricos- técnicos del caso. Respuesta del asesor de contenido. Tratamiento. Supervisión técnica del caso.</p>	<p><i>Mayo/05</i></p> <p>Aprobación del proyecto de tesis. Revisión bibliográfica para los fundamentos teóricos y técnicos. Entrevista con los principales psicoterapeutas con experiencia con psicosis infantil. Asesoría de contenido. Tratamiento. Supervisión de caso.</p>	<p><i>Junio/05</i></p> <p>Revisión teórica y técnica acerca de las actualizaciones respecto al tema. Continuar con las entrevistas a expertos. Asesoría de contenido. Tratamiento. Supervisión técnica del caso.</p>
<p><i>Julio/05</i></p> <p>Presentación de avances del proyecto a la UVAQ. Asesoría de contenido. Revisión de datos obtenidos por los expertos para la conformación de la propuesta de trabajo en el proyecto Tratamiento. Supervisión técnica</p>	<p><i>Agosto/05</i></p> <p>Continuar con la revisión bibliográfica acerca del tema de la psicosis. Asesoría de contenido. Tratamiento Supervisión técnica del caso.</p>	<p><i>Sep/05</i></p> <p>Revisión bibliográfica teórica y técnica acerca de las actualizaciones en psicosis infantil Tratamiento Supervisión de caso</p>	<p><i>Oct-Nov/05</i></p> <p>Reporte de avances al asesor de contenido Conformación del protocolo del trabajo para la defensa de la tesis Tratamiento Supervisión del caso</p>	<p><i>Dic/05</i></p> <p>Posible respuesta de la aprobación de los avances para la presentación final de la tesis Análisis de datos Tratamiento aunque, en espera para la conveniencia de su registro Supervisión de caso</p>	<p><i>Enero/06</i></p> <p>Presentación del reporte final de tesis al asesor de contenido para su aprobación y posterior solicitud para la defensa de la tesis en el examen recepcional y los trámites correspondientes para la obtención del grado.</p>

V. RESULTADOS

Así en el desarrollo de la transferencia en la niña; en relación objetivo central de este trabajo, por lo expuesto anteriormente; se afirma que Claudia presenta psicosis simbiótica, de acuerdo con las propuestas de Margaret Mahler, a través de su teoría del desarrollo; la historia clínica de la menor, las observaciones en la investigación, así como el análisis de las sesiones eje y los supuestos teóricos al respecto; por lo que Margaret Mahler continúa vigente desde la comprensión psicodinámica del funcionamiento mental en los niños; aún y que algunas asociaciones médicas u otras especialistas atribuyan las características de la misma, con denominaciones distintas.

Retomando las aportaciones teóricas de Mahler; en donde se observa que en la fase de simbiosis normal, el bebé depende absolutamente de la madre y el logro más importante en cuanto a maduración se refiere; es el apreciar a la madre como un objeto, con energía ligada a ella; primero parcial después total y diferenciada; por lo que al no conseguirlo; se estableció una psicosis simbiótica; que no le permitió avanzar hacia la madurez afectiva, como consecuencia en parte, de inhabilidad en ambas, madre e hija, para desarrollar una díada.

Dicha fase posee como características principales, al igual que otro tipo de psicosis infantil, basadas en el modelo descrito por Freud acerca de las series complementarias; que establecen hipótesis acerca del origen multifactorial de las patologías mentales; tales como: defectos innatos, incluyendo una incapacidad yoica para neutralizar los impulsos agresivos, defectos en la percepción de tipo primarios y dificultades básicas para establecer un vínculo con la madre.

En el caso de Claudia, inició entre los 4 o 5 meses con su primera crisis asmática, a la par que una convulsión por hipertermia, lo que originó su primera hospitalización para recibir nebulizaciones, las cuales fueron hasta por 8 horas, sin requerir un día completo de atención hospitalaria, aunque sí de separación física respecto de la figura materna; a la par que retraso para la adquisición de conductas evolutivas básicas de psicomotricidad, como parte de una fragilidad de un yo corporal y de antecedentes de rechazo hacia su gestación, el cual se mencionó fue muy acentuado durante los primeros dos meses, según la madre, postergándose hasta su nacimiento.

Hubo además, abandono, falta de afectividad materna, que se manifestaba a través de la desatención básica de sus necesidades (contacto físico, alimentación, comunicación y traducción de sus requerimientos, etc.)

En este posible origen de su patología, se contemplan los defectos en la relación madre- hijo, con tendencias ambivalentes en su interacción; observadas en la clínica y corroboradas en su señalamiento, respecto a lo cotidiano por la madre.

Aunado a lo anterior, se suma su poca tolerancia a la separación, al mismo tiempo que denotan aparente “indiferencia” una por la otra estando cerca; con rasgos de narcisopatía materna (Tendencia egocentrista, con fuerte preocupación por los accesorios, la vestimenta; el peso corporal y su rol social dentro y fuera del centro); hipótesis secundarias, dado que el foco de atención se centró en Claudia.

Ausencia y carencias emocionales en el desarrollo de la historia personal en ambas por sus respectivos padres.

En forma adicional, las teorizaciones respecto al origen multifactorial de las psicosis simbióticas; se agregan los traumas relativos a enfermedades, accidentes, hospitalizaciones o cualquier evento riesgoso para la estabilidad del vínculo emocional con su madre y la autoimagen del individuo; que en lo relativo a Claudia, se sabe fue hospitalizada en por lo menos 10 ocasiones, durante sus primeros tres años de edad, por periodos de horas.

Padecía continuamente de las vías respiratorias, bajo los diagnósticos médicos anteriormente citados, con retardo en la adquisición del lenguaje expresivo, trastorno de conducta por autolesiones e incoordinación motora, así como con hipotonía e hipotrofia.

La menor fue atendida desde el 24 de Septiembre del 2004 pasado, hasta el 11 Enero del 2006, una sesión más para otorgarle una carta de referencia a otra institución con fines logopédicos, psicomotrices y de estimulación del lenguaje

Transcurrieron 59 sesiones una semanalmente, por razones de economía de la familia, puesto que también acudía al servicio de Terapia Física una vez a la semana también y otra sesión más de Terapia Ocupacional hasta la sesión 43, misma en la que se llegó al acuerdo de trabajar dos citas con la menor y una con la familia, ya que fueron pocas las sesiones “efectivas” frente a la niña; de estas 59 citas, se le atendieron 39; puesto que no acudían la gran a la mayoría de sus citas, por falta de recursos económicos y episodios de enfermedades de las vías respiratorias en Claudia, 3 sesiones se suspendieron por festividades locales y eventos internos convocados por la dirección del centro.

El abordaje comprendió cinco momentos:

Uno, diagnóstico y de planeación del abordaje terapéutico,

Dos, con la díada madre e hija en sesiones conjuntas

Tres, alternando las sesiones una semana para cada una.

Cuatro, espaciando las sesiones con los padres, viendo a la niña dos sesiones y posteriormente una a la familia, en este caso, a la madre ya que fue la única que se presentó.

Cinco; cierre del tratamiento y referencia para su seguimiento clínico en otra institución.

En el primer periodo de su atención; proceso que comprendió 11 sesiones; transcurrieron una serie de eventos institucionales para su manejo, desde la primera entrevista, la comunicación a los padres acerca del posible diagnóstico de psicosis simbiótica, hasta las dificultades teóricas- técnicas en el abordaje interdisciplinario de la niña.

Se detectaron “resistencias” para su manejo por parte del equipo de especialistas que la tratamos. Tal como lo describe Tustin en su artículo de “Los niños que no pueden jugar” (1988) al mencionar que desde su experiencia práctica, las instituciones han cobrado serias restricciones para los tratamientos de índole psicoanalítica o con orientación a la misma, por lo que finalmente la atención para pacientes con trastornos graves tanto autistas como psicóticos es ofertada para la práctica privada, por la libertad que como terapeuta se puede tener en la elección tanto de pacientes como de modelos y estrategias a seguir.

En el caso de Claudia el reglamento general del centro destaca la prioridad para la asistencia, por razones obvias en su rehabilitación, más en la psicoterapia; las inasistencias pueden ser consideradas resistencias ante el material psicológico que pueda

surgir del análisis (Greenson, 1976) propio de cualquier proceso terapéutico ante lo “desconocido o atemorizante” que para el paciente y su familia representa una “terapia”.

Sin embargo, el dialogo sostenido con su terapeuta físico, así como de su coordinador, permitió que se mantuviera a la paciente el mayor tiempo posible, “justificando” su comportamiento (inasistencia), tanto en pro de la paciente como de la investigación misma y de la psicoterapeuta.

En cambio con otros especialistas las reacciones fueron de temor, sorpresa, indiferencia, ignorancia, miedo, desvalorización, rechazo, sobreidealización al tratamiento, confusión, ser desahuciado, interés momentáneo, rivalidad, envidia, parálisis para pensar y marginación, cuando intervinieron en sus apreciaciones terapéuticas hacia la niña.

Para los padres, las reacciones fueron de confusión, enojo y negación de la situación; tal como sucedió en la primera entrevista y al señalar el posible diagnóstico.

En la primera entrevista, acudieron madre e hija solicitando por parte de la mamá fuera valorada a sugerencia de la médica especialista en fisiatría y rehabilitación, para ubicación escolar. “Necesita valorización para mandar a la escuela, si le sirve”.

Explicó que recién fue hospitalizada y que nuevamente se presentó el mismo cuadro de bronquitis, probablemente por sus alergias.

En apariencia, la niña semejaba un cuadro del Síndrome de Marfan, con brazos y piernas largas y abdomen abultados, e hipotónica, excepto que no hablaba; se descartó la posibilidad clínica, ya que este síndrome posee características dismórficas que la niña no presentaba.

Explicó que en el IMSS le señalaron “no necesita neurólogo, sino pediatra” .Cerca de los 6 ó 7 meses de edad fue evaluada por neuropediatría ante la presencia de fiebre que desencadenó en convulsión y se ofreció la primera impresión diagnóstica de retraso en el desarrollo psicomotor secundario a microcefalia, con estudios de TAQ y EEG, el primero con atrofia cerebral y el segundo sin alteraciones cerca del primer año de edad, solicitando que la menor fuera atendida con estimulación temprana “únicamente”.

Al cuestionarle acerca de su experiencia con personal de Psicología, afirma ya haber contado con tratamiento, el cual “si le sirvió”,- en ese entonces lloraba mucho, por donde quiera, como que no aceptaba lo de la niña, ni mi esposo -. Posteriormente, notó que platicaba más a la niña,” pero está en las mismas, no quiero aceptar”. “Yo digo que si le sirve venir de psicología, solo que a veces uno no se pone con ella jugar, a veces estoy sin ganas de hacerle nada, a veces por el quehacer ni me alcanza el tiempo, la dejo sentadita en la cama, a veces se baja de la cama, a veces se cae, luego voy a darle sus vueltas, o su hermana a cada rato para ver cómo está”.

Este desempeño muestra una ambivalente conceptualización acerca del maternaje, de inconsistencia, se tiene una noción de lo que implica su rol materno y del paterno, más no prevalecen.

Previo al inicio de la sesión, acudieron 15 0 20 minutos antes, escuché a la niña toser y sollozar; observé que le estaba administrando un jarabe para su problema de bronquitis, la madre la acuesta y así se lo otorga; por lo que lógicamente la niña tose más por “reflejo”, entonces la madre con el ceño fruncido argumenta que” no se deja”, “yo creo ya se aburrió de tanta medicina”, dice.

Posterior a ello la niña comienza a introducirse los dedos a la boca, al igual que en el consultorio, sobre todo cuando observa los peluches y demás material didáctico como rompecabezas, no los toca, yo intenté acercárselos para que los manipulara y se mostró temerosa, abriendo más los ojos y semejando una expresión en su cara de “casi terror”, le señalo a la mamá esto y afirma que los muñecos de peluche o todo lo que tenga pelo, le asusta.

Durante este momento hago conciencia de que mi ojo derecho comienza a temblarme y noto que la madre está somnolienta, se lo señalo y dice que sí, que es porque tuvo que levantarse muy temprano y ya entonces” se estira” como si de verdad fuera a dormirse, pues entre cierra los ojos.

El análisis de esta sesión en la supervisión del caso, extrae conclusiones y reflexiones acerca de la necesidad de conocer más acerca de la teoría de M. Mahler, con dificultades maternas para la contención, y la comprensión de qué le sucede a su hija, para poder relacionarse más adaptativamente y traducirle los afectos. Se comentó acerca de las crisis asmáticas y su componente psicosomático.

Durante este primer periodo de atención, tuve la sensación intensa de temor a que abandonaran el tratamiento, de indiferencia, hacia la figura materna, cuando la madre no podía “ver a la niña y sus necesidades”. También se le agregan evidentes componentes orgánicos revisados por los especialistas médicos; mezclados con un daño emocional, lo que se percibió como *diferente* entre ellas, para observarlas en forma separada, lo que se consideró como prioritario, más evidentemente ellas aún no.

Cuando después de concluir del psicodiagnóstico, se cita a los padres, para ofrecerles una devolución de resultados, se planea

señalar: a) la discapacidad motriz de la niña, del entrenamiento requerido para salvaguardar su desarrollo posterior; b) del tratamiento preventivo sobre la paternidad y maternidad respecto a un hijo con o sin discapacidad; c) de la necesidad de ser atendida por paidopsiquiatría para conocer su impresión diagnóstica ante la posibilidad de tratarse de un caso de psicosis infantil.

Comprendo entonces; que cuando la familia se entera de esta posibilidad, el diagnóstico en sí es más angustiante que las posibilidades de éxito ante una intervención constante y temprana para la paciente; la familia se notaba más consternada por esta noticia que por el tratamiento en sí.

Se recomienda comenzar el manejo médico de ser requerido, a lo que el padre advierte que dentro de su familia existe una tía por vía materna, que padece de alucinaciones, se desviste en la calle, deambula y mantiene un lenguaje incoherente; situación que presenta desde niña, sin atención médica; posteriormente, la madre de Claudia afirma “se quedo loca porque su mamá le pegaba mucho en la cabeza con un sartén”.

Al señalarles acerca de la impresión diagnóstica de psicosis, ambos padres lloran, ella se levanta de su asiento y comienza a caminar de un lado a otro de la silla, y entonces cobra conciencia de la niña y la mira con tristeza, el papá observa a la mamá y explica que ha sido muy difícil cuidar de las niñas, que agradece que le dieran la oportunidad para saber qué tiene su hija y cómo ayudarla, la madre se enfurece y le dice que “ay si tú!”, “yo soy la que está con ellas todo el tiempo, tú que no puedes dejar tu cochinada” refiriéndose a su adicción por la marihuana.

Mientras la niña se acerca a mí; mi reacción inmediata es tocar su espalda, como si necesitara consuelo, se dirige luego a la

madre y comienza a sollozar, la madre le “enchufa” el biberón sujetándolo desde el dorso, lo que complica que Claudia pueda sujetarlo también, me da la sensación de que le causa molestia hacer que la niña se alimente y casi a los cinco minutos se duerme, a pesar de que por la posición en la que lo hizo, tenía un bracito atrapado y en flexión, que a mi me pareció incómodo, tanto la madre como el padre lo notaron, y mamá la cubre con un rebozo.

En este momento decido no trabajar con la niña porque representa un reto que considero difícil de asumir, les recomiendo sea transferida a la Facultad de Psicología para su atención y se marchan, con la indicación de volver por una carta de referencia.

Al supervisar el caso tanto en lo particular como dentro de la formación de la maestría y tener las impresiones de mis colegas y maestros, acerca de la importancia de atender a una niña con estas condiciones, con la idea de que muy probablemente no recibiría el apoyo al conocer acerca de la situación de psicosis y que probablemente en el hospital de esta especialidad no le darían el manejo psicoterapéutico, aunado a la relevancia de reportar un caso con niños mexicanos para la comunidad psicoterapéutica, más la posible presencia de una psicosis precoz; decido asumir el rol de terapeuta.

En el inicio del segundo periodo de atención, que comprendió 19 sesiones, se consideró necesario que tanto la niña como la madre fueran atendidas en forma alternada puesto que la información y el abordaje a través de las sesiones se vio complicada sobre todo al analizar las dificultades maternas para su manejo; así como en lo referente a temas sobre su concepción y otras dificultades, especialmente maritales.

Se optó entonces por atender una semana a la niña y otra a la mamá, aunado a la continua demanda materna de ser reflejada y de “absorber” la sesión con la niña, ya sea llorando o aportando datos que merecen de su atención exclusiva y que el tiempo destinado al juego con la niña se ve disminuido lógicamente.

Atender a la madre en forma separada ofrece la posibilidad de mantenerla contenida, en relación a los límites y la formación que como madre ha de proporcionar a la pequeña y brindarle así, la oportunidad para manifestar sus afectos, dudas y señalamientos respecto al vínculo con su hija.

La primera hora de juego con la niña a solas, Claudia comenzó observando los peluches que estaban sobre el mueble, a cada uno de ellos, luego yo me acerqué y le pregunté si quería uno, ella me miró y vio con insistencia un perrito azul, también de peluche, se lo acerqué y se movió hacia atrás y emitió un sonido parecido a “gua” yo le dije, “sí, es un gua-gua, un perro”, luego miró hacia los otros peluches, los osos, se los acerqué y mostró una expresión de miedo, especialmente cuando los moví e hice como si hablaran, le señalé que parecía que les tuviera miedo y que no lo haría más.

Después le interesaron las figuras de humanos, una pareja de muñecos terapéuticos, le di el varón que parecía mirar más, lo sostuvo con un brazo y con el otro, se metía los dedos a la boca, yo cargaba a la muñeca y le decía cosas como “ya, duérmete, bebé” y ella bajó el brazo y sin más, dejó caer al muñeco, casi lo pisa, regresó a sus movimientos estereotipados de meterse los dedos a la boca, de cualquier mano y después se balanceó de adelante para atrás; igual que sus brazos; al respecto la madre explicó que en casa le compraron una mecedora y a la niña parece

agradarle este movimiento por algunos instantes, indistintamente durante el día. Yo le dije” ya te aburrí”. Y sólo la miré.

Se acercó de nuevo a los peluches, a los osos, de tal modo que casi “parece comerlos”, entre abre la boca y esboza una leve sonrisa y luego me miro y yo le sonreí. Hubo un instante en el que se aproximó a mí de tal modo que casi tocó mi nariz con la suya, yo estaba entre sorprendida y nerviosa por la cercanía, mas decidí permanecer inmóvil hasta saber la conclusión de ese acto, le señalé que parecía querer comerme o darme un beso, ella simplemente no ofreció ninguna expresión.

Posteriormente miró hacia el otro extremo del salón, el cual no había sido de su interés antes, y le presenté lo que ahí se encontraba, nombrándolo todo, tomo un bote con crayolas con los extremos de los dedos índice y pulgar en flexión de la muñeca hacia anterior, dando la apariencia de que “torcía sus manos” para sujetar el bote, el cual se cayó, regando las crayolas, ella pareció asustada por el hecho, inició el balanceo y la conducta de meterse los dedos a la boca, además pisó una de las crayolas por lo que casi se cae, al instante la sujeté para evitarlo, ambas miramos el piso, yo en ese momento sentí la necesidad de consolarla y le dije que no se asustara, que las crayolas se cayeron y que luego las recogeríamos. Me quedé sentada de “cazuelita” con las piernas entrecruzadas y Claudia miraba hacia la puerta.

Emitió un sonido como “a” o “am” , casi imperceptible e inaudible, le dije “¿quieres ver a tu mamá?” y evidentemente no respondió nada, mas sí se acercó a mí y se sentó en mis piernas, inicialmente chocó conmigo y luego se dejó caer para sentarse, se recargó sobre mi pecho, yo le decía que “estaba en mi salón, mi nombre, que si me recordaba?”, y le toqué el pelo acariciándoselo,

ella tomó una posición como “fetal” flexionándose sobre sí y luego de unos instantes extendió el cuerpo, como “desparramada” sobre mis piernas, luego se paró y vio los libros, particularmente los de alimentos y frutas, los acercó a su boca ; le señalé que era comida, que parecía que se los quisiera comer.

Dejó los libros y me sujetó de los brazos y comenzó a pujar, le dije que si quería le llamaba a su mamá y no me lo permitió me miró y apretó mis brazos le dije” estás haciendo popó, parece como si te doliera” Claudia era extremadamente estreñida y aún usaba pañal. Sin embargo, decidí hacer entrar a la mamá por la situación y la proximidad al cierre de la sesión.

Al entrar la mamá expresó sorprendida “¡que tiradero Claudia!” entre contenta y nerviosa y comenzó a recoger.

En ese momento recibí una llamada de emergencia y tuve que salir del salón por unos minutos. Cuando me dirigía de nuevo hacia el salón; otra señora que platicaba con la madre de la paciente quiso entrar y rápidamente la atajé negándole el paso, argumentando que estábamos en tratamiento, la mamá de Claudia notó la situación e hizo señales a la señora de que la esperara afuera, me dio la impresión de una comunicación adolescente entre ellas, contra las reglas.

Al salir le dije que la niña había estado pujando, comentó que ya tenía mucho sin defecar; la niña empezó a sollozar, le dije “no estará molesta por eso?” y la mamá exclamó “no, ya le anda de hambre, es que almuerza como a las 11”, que ya casi eran, pregunté si no traía comida para la niña y explicó que no, mas “haber qué le doy ahorita” y se fueron.

Al final de la sesión me genera incertidumbre saber si se trata de una niña con psicosis o no, ya que me miró a los ojos, emitió

algunos sonidos al parecer intencionados y toleró la cercanía con la terapeuta, situaciones no esperadas en niños con retraso mental severo.

En la primera hora de orientación hacia la madre, se inició puntualmente, se habló acerca de la familia, de cómo el asma ha sido recurrente y de la creencia de que “eso se cura”.

Afirma que ha notado que “trata mejor a otros, que a su hija”, a veces prefiere lavar los trastes que darle de comer y ese aspecto se lo ha señalado la abuela materna, porque ella” no lo había notado”.

Ha observado como “hace bizcos y hasta graciosa, como adrede” a su abuelo materno, quien ríe con ella y al parecer sostiene la conducta por más tiempo.

Explica que en su casa permanece mucho tiempo tras ella y le cuesta trabajo separarse de la niña. La semana pasada se habló acerca de esta dificultad para la separación cuando “tuvo que quedarse afuera” del consultorio.

Hasta ese momento, observo que está pendiente a mis notas, por lo que decido no escribir nada y se lo señalo y ella afirma que “no hay problema, que son mis cosas”, le explico que si, que me sirven para analizar lo sucedido en la sesión y porque para mí es difícil recordar todo lo dicho y revisado.

Se habló acerca de las prioridades con la niña y de su rehabilitación, ella comenta que “este trabajo con la niña, de qué se trata”, refiriéndose al protocolo de investigación, que “si le costara mucho, que si la gente se va a enterar de su vida, de si entonces van a decir que es una mala madre”, se le señala que como se le había explicado al inicio de la investigación y firmado en la carta de consentimiento informado, toda información resultan se tomaría

como confidencial, que este trabajo servirá para atender a otros niños que atraviesen por condiciones similares a Claudia y poderlos ayudar también, pregunta si habrá otros niños “iguales”, que ella considera que no.

Entonces la madre afirma y pregunta “¿Usted se siente bien?, porque se ve cansada!” le señalo que es curioso que pregunte por mi estado, que si parece interesada en mí (considero esto como una proyección, pues ella es la que se nota cansada y bosteza constantemente durante la sesión y se lo señalo) entonces dice efusivamente, “si , me levanto muy temprano porque a veces Claudia se despierta temprano y le preparo un bibí”.

Interpreto este argumento como una necesidad de ser espejeada y resaltar sus cualidades maternas, mas no lo señalo aún y le digo que si Claudia se despierta tan temprano, no la deja descansar y entonces se mantiene cansada el resto del día.

Afirma que les pide a sus vecinos que vayan a su casa para jugar con sus hijas y que Claudia “no se sienta sola”, puesto que regularmente convive mas con adultos que con su hermana u otros niños de su edad.

Explica que “no estaba lista para ella” aunque tampoco para la primer hija, resalta entonces “los defectos” de la misma, se entromete en las conversaciones de los adultos, no permite que Claudia se le acerqué a jugar “porque le destruye su juego”, afirma que antes de su primera hija, espero casi cuatro años para embarazarse, se casó posteriormente a que cumpliera sus quince años.

Se le señala acerca de las diferencias respecto al trato con otras familias y habla también de que “nunca” ha asistido a ninguna

fiesta del CEEM, como para notar si Claudia pudiera ser capaz de convivir con otros niños.

Se cuestiona acerca de qué le sucede a la niña, de antes si podía incluso “chupar” los alimentos, que dejó de hacerlo, ahora no puede dejar el biberón. El destete no sería tan conveniente en este momento?, tal parecería que hay que empezar desde sus inicios psíquicos.

Cuando en su casa Claudia intenta “chiquearse” no se lo permiten, cuando van por la calle, ella se pasea y se coloca en posición de “cantarito” para que la paseen ambos padres y ellos lo interpretan como que “no quiere caminar” y entonces la toman de las manos automáticamente.

Se comentó además acerca de la cercanía física respecto a la niña y la terapeuta; a lo que la madre afirma: “eso está bien, yo no creo que usted que estudió le haga daño a mi niña, o ¿si?” puesto que durante las sesiones la niña lo ha hecho y la madre parece inquietarse.

Comentó también respecto a que su terapeuta físico le ha cuestionado por su inasistencia; le preocupa que se le retire el servicio de rehabilitación por tal motivo, que se siente “presionada” para acudir al CEEM; hay días que no se quiere ni mover, “mas no queda de otra”. Considero que la madre atraviesa periodos depresivos en donde su ánimo y disponibilidad decaen, lo que mantiene a Claudia a la deriva de otros familiares que entonces se hagan cargo de ella.

En sesiones subsecuentes la madre afirmó haber experimentado una sensación de desagrado al tener que esperar afuera, “separada de la niña, es que nunca se separan” que “los

minutos fueron eternos”, como muestra de ambivalencia ante la separación afectiva.

Analizando todo el material anterior, las respuestas ante el cambio, el movimiento de objetos inanimados parece crear en la niña una angustia aniquiladora, que la aterroriza. La transferencia es psicótica, a través de sensaciones de miedo sin aparente origen.

El trabajo con la madre se hace esencial, para que se hiciera cargo de Claudia tratando de que sostenga ese aprendizaje que ya tiene sobre la niña, acerca de las señales que le brinda cuando tiene hambre o está molesta o tiene sueño, etc.

El tercer periodo comprendió 10 sesiones, en él se han agudizado las complicaciones familiares, dado que la figura paterna quedó desempleado, se había mantenido desde que Claudia nació y lo perdió por aparente negligencia laboral; explicó se lastimó un brazo y por acudir a sus citas médicas fue despedido, mas no avisó del hecho oportunamente en el trabajo y ello fue tomado como abandono laboral. Al parecer la comunicación intra y extra familiar se desvirtúa siendo ineficaz tanto al interior como al exterior.

La niña estuvo “enferma” en este tiempo, la vi ocasionalmente entre sus consultas médicas, en esa época fue valorada por Oftalmología y sí asistía a sus terapias físicas.

Claudia me “reconoce” y me mira, aunque luego me ignora para sollozar en espera de “algo” en la madre, por sueño?, hambre?, y en el instituto “no habíamos podido” reunirnos para evaluar el caso y revisar qué procedimientos o estrategias pudieran ayudarla.

El seguimiento del caso en ese periodo se centró en revisar qué sucede en la dinámica familiar, han habido momentos en que se sospecha de algún trastorno del tipo de Munchausen, dado que

al mantener una actitud más indiferente o restrictiva en la madre, la niña parece empeorar, solicitando que se le apoye o “de más tiempo para ella”.

Más se considera que no cumple con los criterios puesto que Claudia ha mantenido pocos avances en general, en forma estable y las ocasiones que estuvo hospitalizada, realmente sí se le detectaron dificultades respiratorias, más la madre solicitaba conocer los nombres de quienes la atendían y posteriormente volvía al hospital cuando la niña recaía preguntando por el médico que la recibió, más a final de cuentas, la revisión médica corría a cargo del médico en turno.

Se revisa más a fondo acerca de su concepción, de la historia vital de los padres, de sus familiares, particularmente de la madre para conocer qué factores han precipitado la situación actual de Claudia; mismos que además, eran indispensables y que para la codificación de este síndrome de maltrato “sutil” es necesario la presencia de alteraciones ficticias y de mayor apertura cultural, social y educativa, en la figura materna como para establecer mecanismos defensivos más avanzados.

También han ocurrido fenómenos que mantienen a la familia en la pobreza, no sólo económica, sino afectiva, de generación en generación, por lo que las expectativas a largo plazo, se pronostican desfavorables.

Aparece en mí de nuevo, la fantasía de que tal vez la retiren del tratamiento y no se haga más por ella, como sucedió en el *Caso Mora*, con una necesidad de cambio por la paciente, ahora ya es una adulta diagnosticada como esquizofrénica en su variante simple y una dinámica familiar con defensas autistas, que negaban la situación, misma que se exacerbaba cada vez que acudían al

médico en busca de “respuestas” daban a Mora la idea de que sus necesidades no eran “reales” ni auténticas. En sus momentos de “conecte” con la terapeuta, ella pidió se escribiera sobre su caso para prevenir que otros niños padecieran lo que ella (Monzón, 1992).

En lo que concierne a Claudia, pareciera que los padres estaban más inmersos en su situación de pareja y de dificultades económicas, en donde la niña nuevamente vuelve a ser “secundaria”, postergando citas, “olvidando” las indicaciones para la administración de medicamentos y seguimiento de rutinas para su rehabilitación, etc.

Así como también hubo una tendencia a “salir del paso” por los especialistas, al mantener una actitud más “diplomática” (-la veo cuando saque cita conmigo- o -deberíamos de elaborar un documento con fundamentos para discutir el posible diagnóstico-).

La supervisión del caso brindó la posibilidad de reflexionar y formar una “campaña” a favor de Claudia, revisando en una junta de valoración, qué necesita, qué sucede con su integridad física, con su salud, qué se propone para estudiar su caso y llegar a un diagnóstico, como lo sitúa Pérez de Pla para la prevención precoz de “daños irreversibles” en la infancia (Pérez, 1997).

Al respecto se planeó una fecha para reunir a la mayor cantidad de especialistas que han trabajado con la niña, tanto médicos, como terapistas y psicólogas.

Se otorgó un día y este fue cancelado a causa de votaciones internas en el DIF; aunado a una solicitud para ausentarse por un mes de la rehabilitación por falta de recursos económicos, por parte de la familia.

Finalmente, se llevo a cabo dos semanas después, dándose una serie de fenómenos entre los asistentes, como impuntualidad entre los 17 participantes.

Los especialistas de neuropediatría y paidopsiquiatría no se presentaron, el primero argumentó acudir mas tarde por motivos familiares y el segundo, tenía otra sesión científica con el colegio de su especialidad, así que la coordinación médica del centro decidió invitar en el último momento, a psiquiatría, el cual fue el primero en acudir a la cita.

Posteriormente, fueron llegando los demás, la terapeuta, después el coordinador médico, trabajo social, una de las especialistas de rehabilitación quien no está a cargo directamente de los pacientes del centro.

Después odontología con tres pasantes del área, al igual que su terapeuta físico, comunicación humana y el especialista en radiología, estimulación múltiple temprana.

Luego la otra especialista en rehabilitación, integración social, finalmente, la coordinación administrativa, quienes no participan regularmente en el estudio de caso, mas al hacerlo ya había transcurrido una hora, que es la que dura dicha sesión y continuaba la reunión de coordinadores de área.

La discusión del caso transcurrió según el resumen programado al convocar esta junta, por lo que las observaciones se fueron presentando conforme al orden en que fueron descritas en dicho resumen.

Al iniciar la sesión, el coordinador explicó que la intención de valorar el caso permitiría la posibilidad de obtener no sólo un diagnóstico, sino dos, dadas las manifestaciones clínicas de la

menor; buscando un consenso y una intervención en lo posible integral.

Durante la sesión, los participantes manifestaban diversas actitudes, la primera fue el señalar que el resumen contenía información a cargo de compañeros que ya no laboraban en el centro por lo que resultaba complicado conocer los motivos de su opinión profesional.

Hubo reclamos en torno a abreviaturas que fueron transcritas literalmente al resumen y que al parecer pertenecían a “modismos” entre el personal a cargo de un área en particular.

Se comentó entonces de la posibilidad del cierre de fontanelas dada la información acerca del perímetro cefálico inferior para lo esperado en niñas de su edad; se explicó entonces por radiología acerca de una posible microcefalia y observar también algunas alteraciones en la placa de la TAC.

Posteriormente, se advirtió que el personal “no conocía” acerca de antecedentes prenatales y perinatales necesarios para el análisis del caso; en ese momento se creó un silencio entre los asistentes y la terapeuta explicó que “sí se contaba con información” y procedí a leer la historia clínica de la paciente.

Conforme leía, el ambiente se torno tenso, dado que los asistentes manifestaban molestia e inconformidad al saber acerca del rechazo y negligencia para la atención oportuna de la niña durante su primer año de vida.

Cuando concluyó mi lectura, es que se comenzaron a dar señalamientos en torno del maternaje, integración social opinó que resultaría favorable ceder en adopción a la niña.

Algunos compañeros cercanos asintieron mas no dieron mayores aportes y se pasó abruptamente a tratar de identificar qué

rasgos anatómicos presentaba la niña para el diagnóstico de microcefalia por el coordinador médico y se hicieron “chistes” relativos a “la ciencia ficción “ para interpretar las placas de rayos X y de la TAC nuevamente, para concluir que si se observaban alteraciones ventriculares, mismas que se presentan al tercer mes de vida intrauterina y se marcó la posibilidad de afectación dada la adicción paterna a sustancias tóxicas, lo que dio pie a comentarios respecto a la incidencia de alteraciones morfológicas.

Psiquiatría hizo referencia a un paciente que fue producto de una violación y que presentaba crisis convulsivas parciales en un hemi cuerpo, cuyo padre era hipocondríaco y hacía mezclas de medicamentos para potencializar sus dosis.

El comentario dio paso a una exposición por él mismo acerca de los diversos factores que conducen a esta alteración, incluida la toxoplasmosis y las radiaciones nucleares del tipo de los afectados por la bomba de Hiroshima, que dio a su vez la pauta para hablar acerca de los “beneficios “de un ataque con estas bombas, especialmente hacia delincuentes, donde se explicó acerca de los altos costos para el gobierno, el mantener reos.

Se comentó acerca de factores predisponentes, argumentando que en el caso de Reagan, quien sufría de Alzheimer y que dentro de sus antecedentes se contaba con adiciones, que aún no se había comprobado que las mujeres fueran “portadoras” de rasgos precipitantes para la herencia de enfermedades desmielinizantes, más sí para las alteraciones psíquicas y de los bebés de bajo peso al nacer por fármaco dependencia y tabaquismo en la madre. Se afirmó que en retrospectiva

Se insistió en la imperiosidad de “hacer clínica” con los pacientes, de hacer un esfuerzo por exponer casos con “suficiente

información “para su discusión y análisis, de no utilizar abreviaturas en los escritos, a este respecto, el resumen fue elaborado por la terapeuta puesto que el coordinador de la junta de valoración afirmó “era quien más sabía del mismo” y cedió su rol.

Sobre este punto se comentó que dentro del trabajo institucional, principalmente de orden público, en muchas de las ocasiones no es del todo posible dada la gran cantidad de demanda de los diferentes servicios establecer estudios de caso, por lo que el tiempo frente al paciente y su situación quedan restringidos; en el caso de psicología el abordaje es del tipo breve por lo que tanto en el psicodiagnóstico y el tratamiento, el tiempo es pobre , por lo que se “focaliza” y se hace énfasis en un aspecto a considerar para tener una impresión diagnóstica del tipo de “valoración psicológica” menos completa.

Continuando con el resumen programado del caso y al comentar acerca del área de psicología; fue solicitado por el coordinador, información acerca de la historia clínica de Claudia, sus antecedentes perinatales y su situación dentro de los primeros años de vida, especialmente en el ámbito psicológico.

Al presentar datos acerca del maternaje y la respuesta de Claudia ante el mismo, su alimentación y conductas de auto mecerse, la especialista en comunicación humana sugirió la posibilidad de autismo, quien explicó acerca de rasgos conductuales observados en la niña durante sus sesiones.

En donde no había contacto visual con ella y que además, no daba muestra de diferenciar entre los alimentos ingeridos, como parte de la terapia en técnicas de alimentación para ella; afirmando que dichos rasgos en su experiencia clínica y teórica son autistas.

Psiquiatría explico que podría tratarse de un caso “atípico” cómo habría de ser nombrado de acuerdo a la sintomatología que presentaba la paciente.

El coordinador cuestionó si podría codificarse como “No Específico” el desempeño intelectual de la niña, tanto psicología como psiquiatría afirmaron que sí, cuando no se cubren los criterios suficientes o la información es insuficiente, mas la observación clínica permite afirmar que se cuenta con un retardo de esta naturaleza por el registro clínico de actividades y habilidades que las personas no cubren (DSM-IV-TR; 2004).

Psiquiatría agregó que en la actualidad, todos los trastornos psiquiátricos estaban sustentados en gran medida sobre una base orgánica a la par que una dinámica.

Señalando además, que la figura materna no funcionó como imagen positiva para la niña y que no logró cubrir “ni las necesidades básicas” de la pequeña; por que la inteligencia se veía afectada también por falta de estimulación, a manera de un bloqueo afectivo.

Se agregó que estas fallas dieron pauta a otras carencias tales como fallas en el lenguaje; al igual que conductas estereotipadas; las cuales no favorecieron un desarrollo armonioso, no hubo consistencia, la madre simplemente “tronó” y “no tradujo”; Psiquiatría afirmó que lo más adecuado sería una madre sustituta.

Al comentario anterior se le sumó otro en donde se señaló que la presencia del padre, tampoco fue constante ni consistente, para escucharla y verla al igual que la figura materna, por lo que probablemente la menor se “quedó fijada en una especie de ansiedad permanente”.

Psicología expresó que la hipótesis era de una probable psicosis simbiótica, lo que dio pie a que el forum de especialistas guardara silencio y posteriormente preguntaran acerca de este trastorno.

Psiquiatría interrumpió nuevamente, y dio una breve reseña del desarrollo psicológico desde Margaret Mahler con pequeños ejemplos de cada etapa y sub fase, al final afirmó que no era posible que se tratara de una psicosis infantil, dado que dicho término era obsoleto, que en la actualidad nos regíamos sobre el DSM- IV y que se trataba de un trastorno generalizado del desarrollo, que se perfilaba para un autismo, situación que quedo por escrito en la reseña de la reunión por Odontología quien era el responsable de elaborar minutas de las reuniones y que por cuestiones de tiempo, ya no se consideró prudente discutir con él por parte de esta terapeuta.

Se le comentó que era un protocolo de tesis que desde lo dinámico sí perfila y que dicho caso se consideraría para un proyecto de titulación de la maestría que recién estaba por concluir, otro especialista médico expresó en tono de burla, “entonces va a reprobar, si ya no existen las psicosis”, a lo que respondí que “no”.

El coordinador médico interrumpió para hacer una especie de cierre para la sesión y concluyó: “es importante establecer un tratamiento con su núcleo familiar, padre, madre, hermana, ante el medio hostil que vive la paciente”.

Que era necesario concluir la valoración psiquiátrica y considerar el uso de fármacos modeladores de conductas auto lesivas, que de confirmarse el diagnóstico de TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo), el pronóstico era desfavorable y que como institución “nos faltarían recursos” para atenderla, lo cual

hacía más indicado fuese referida hacia una institución especializada en ese tipo de trastornos.

Completar el estudio por nutrición ante las secuelas de desnutrición que bien podrían gestarse en la niña, al igual que por pediatría para el mismo efecto en el seguimiento de su crecimiento.

Revisar acerca de las mejorías en el área de rehabilitación, para verificar que en efecto se le está apoyando en la forma requerida; esperando que la familia respondiera positivamente a este tratamiento. Afirmó era preponderante que “alguien se haga cargo del caso para que la familia no lo deje”.

Que el ambiente temprano fue desfavorable tanto para la misma niña como para la propia familia; por lo que es necesaria una investigación social a cargo del departamento del mismo nombre, para verificar el estado socio económico en que se encontraba la menor y entonces proceder jurídicamente en caso de perseverar la negligencia, y considerar nuevamente la posibilidad de la adopción.

Para la revisión de casos, en el futuro, era importante la normatividad su discusión y análisis, evitar abreviaturas, aportar datos que sabemos no los posee ninguna otra área por la naturaleza de nuestro trabajo e incluirlos en el resumen clínico, para que todos los participantes puedan estudiarlo y hacer su aportación en la discusión, resultando así, un aprendizaje en todos los involucrados.

Al salir de esta reunión, integración social explicó que se sugería este procedimiento (adopción) puesto que en un tiempo trabajó en una casa hogar y el caso de Claudia le recordó a otro en donde se vivía también de violencia física en una niña mas o menos de la misma edad, quien presentaba cuadros severos de alopecia

más no por efectos psicológico sino porque su madre los arrancaba y la niña “prefería” estar con su madre, que en el internado; posteriormente fue cedida en adopción y una nueva familia se hizo cargo, más psicológicamente desarrolló al parecer una depresión.

En el cuarto período de atención, sucedieron más irregularidades en la asistencia, dado que la familia llegó al extremo en pobreza, y no contaban con los recursos suficientes para acudir al centro.

Se solicitó nuevamente un permiso para faltar un mes, mas en este caso se le otorgó la modalidad de programa de casa mensual, para acudir sólo una vez al mes.

Sin embargo la madre argumentó que entonces la niña presentaría mayores rezagos en su rehabilitación y se le concedió la modalidad quincenal, también se sumaron las festividades navideñas y compromisos de la institución ante el fin de año, por lo que las sesiones se redujeron considerablemente a tres, además de que resultaban en coincidencia como las últimas en términos del contrato terapéutico.

Posteriormente, en la última fase del tratamiento que comprendió 4 sesiones, por la cercanía en el tiempo contemplado para investigar y abordar el caso, fueron regulares en su asistencia, sin embargo, cuando se citó a los padres para una última sesión de apoyo, se presentaron tanto la madre como la paciente, por lo que hubo dificultad para “cerrar” ya que aspectos tales el seguimiento médico y psicológico, no resultaba conveniente se abordaran frente a la niña, además de que deambuló por el salón y “distría” a la mamá.

En la última sesión con Claudia, la menor permaneció sentada en una sillita escolar, sin embargo, cuando su mamá salió del salón

para dejarnos solas, la niña se puso de pié tal como si fuera a seguirla, y yo le señalé que “le tocaba jugar por última vez conmigo” y que su “mami nos esperaría afuera”, durante la sesión se mantuvo sentada con los dedos en la boca, mirándome y mirando los peluches, se los acerqué y le dije que era la última vez que los vería ya que había terminado nuestro tiempo de trabajar juntas; por ese día, que seguiríamos viéndonos en el CEEM y que contaba conmigo, que realmente me había gustado mucho trabajar con ella.

Para la *intervención del caso*; según lo contemplado como supuestos de investigación, se consideró lo siguiente:

1) *Las fallas en la formación del vínculo establecido entre madre e hija, dan la posibilidad de conformar una preestructura o estructura psicótica en el desarrollo psicológico posterior de la menor.*

El posible vínculo establecido entre la niña y su madre, corresponde a un “tipo” en particular de acuerdo a los aportes planteados por el Grupo 0 a 3, de la cual la Dra. Teresa Lartigue, es miembro.

Plantea diferentes formas de organización: No un “tipo normal” de vínculo, siendo que el establecido entre ellas; corresponde al de Subinvolucramiento, ya que las interacciones son de “baja excitación”.

Las señales y demandas de la niña son ignoradas o malinterpretadas, así como un “descuido” físico de la niña, en todas las sesiones acudía mal oliente, aunque limpia en su vestimenta.

El tono afectivo para estos casos se reporta como distante, triste, aplanado por parte de los padres, a la observación de su interacción en el consultorio, madre, padre e hija, se notaban distantes, al hablar entre sí de ellos mismos, se miraban levemente

y su acercamiento físico era sólo “lo indispensable” (Lartigue y Cols; 1998).

Una relación vincular de esta naturaleza, evidentemente pone de manifiesto carencias afectivas muy severas que a largo plazo “marcan” la vida de la paciente respecto de sí misma, su auto concepto, su referencia sobre sí como “pobre”, sus relaciones con otros como “primitivas”.

2) La niña fue concebida bajo estrés materno, sin adecuación al embarazo por parte de la madre.

La madre afirmó que ella no deseaba el embarazo ya que sucedió justo cuando se separó de su pareja por cuestiones de su adicción y alcoholismo; sin embargo, no logra cuestionarse sobre las propias, a manera de “justificación”, así como tampoco fue capaz de admitir su acercamiento en la adolescencia, en donde se vio fuertemente relegada socialmente.

También, por la falta de apoyo para las cuestiones económicas, por el padre, aunado a que posiblemente no consiguiera trabajo al mantener su estado dependiente e inconsistencia para mantener un trabajo.

Así como también explico que “lloraba mucho” porque su hija mayor aún era pequeña; cuando se embarazó de Claudia, lo que la hacía sentirse incompetente y desear no estar embarazada.

3) Hubo negligencia e indiferencia para la atención temprana de la cobertura de sus necesidades básicas tanto vitales como emocionales.

Cabe señalar que las necesidades primarias o básicas de los menores de 3 años, incluyendo las afectivas, consideradas también

como “vitales” para su cobertura y la prevención de alteraciones neurológicas, psiquiátricas o psicológicas en distintos grados de severidad; refiriéndonos a las muestras de afecto, interés y contacto físico (besos, abrazos, caricias, miradas tiernas). Todas las cuales eran restringidas por la madre en su interrelación con la niña, cuando alguien más si lo hacía, ella se apresuraba a imitar, más se notaba poco genuina tanto en sus gestos como en el tono afectivo que acompañaba a sus palabras.

La madre afirma que “al principio” cerca de su primer año, no quería darse cuenta de que Claudia era “diferente”. La abuela y tía materna lo notaron, mas no decían nada para evitar ser rechazadas por la madre o que juzgara estaban equivocadas.

Cuando se le dieron las diferentes impresiones diagnósticas y las compartió con ellas, éstas asintieron y afirmaron haberlo notado “antes”, a lo que la madre de Claudia se defendió explicando “No saben lo que se siente, porque no tienen una niña así”.

4) En la niña pudo gestarse una depresión del tipo anaclítica, al carecer de los cuidados afectivos básicos, durante su primer año de vida.

La depresión anaclítica no se estableció como tal dado que en sus primeras semanas de vida si se mantuvo alejada de la madre, ya que ésta presentó una fuerte infección en las vías respiratorias que la mantenían en reposo, más no le privaban de acercarse a Claudia; mientras tanto la niña recibió los cuidados por parte de la abuela y la tía maternas al menos en cuanto a su alimentación e higiene, el padre por su cuenta, argumentaba que “era cosa de mujeres”; para evitar estas responsabilidades.

La mamá continuaba con llanto ante el nacimiento de la menor; hasta los primeros cuatro meses, así como en aumento a su tabaquismo.

La posición de maternaje y los cuidados básicos por lo regular fueron mantenidos por los mismos cuidadores, por lo que esta situación cubrió un tanto su condición de permanencia psíquica.

Sin embargo, las hospitalizaciones frecuentes la alejaban de la familia y la exponían a procesos “agresivos” tales como las nebulizaciones, las máscaras de oxígeno y los análisis sanguíneos, todo lo cual sin la presencia de la madre ya que “no podía tolerar” ver que le practicaran estos procesos, no salía del hospital mas sí del área de internamiento; inquietándose por no lograr contener a Claudia ante dichos procedimientos; observando su hipo actividad.

5) Es posible que la madre padezca algún tipo de trastorno afectivo.

Durante la infancia de la figura materna, se mantienen recuerdos acerca de infelicidad, de maltrato emocional particularmente por el padre y de ser nombrada por sus cercanos como “la chatarrera” puesto que su padre se dedicaba a la compra-venta de objetos para reciclar, siendo blanco de burlas y chistes por sus pares y sus novios.

Cuando se convirtió en adolescente, se preocupaba “mucho” por mantener una presencia de “adinerada y bien vestida” para “no ser llamada más así, actualmente, persiste esta conducta de preocupación por los accesorios y el cuerpo, al igual que por la presencia física de las niñas, mas la paciente continuamente se mantenía con mal olor.

Es posible que la existencia de algún trastorno de carácter, en la madre, dadas las fallas para su capacidad para vincularse de

modo saludable hacia Claudia, así como episodios depresivos con una fuerte dependencia y necesidad de aprobación tanto para su persona como para sus funciones maternas, así como el establecimiento de “relaciones superficiales” con las personas a su alrededor, especialmente en el CEEM y a lo descrito, por ella misma en su vecindario.

Al desarrollar Claudia un trastorno grave a temprana edad, resulta conveniente investigar este supuesto, más por razones de contrato terapéutico y objetivos, el foco de atención se centró en la niña, dejando abierta esta línea de investigación.

6) Existe una alternancia psicodinámica entre el probable daño neurológico de la menor y su desempeño afectivo para la formación de una personalidad patológica.

Los conceptos actuales de la psiquiatría postulan que ningún trastorno orgánico puede y debe manejarse como “puro” dada la permanencia en la dinámica comportamental, así como en el enfrentamiento por el propio paciente y su familia respecto a la enfermedad y que además, presentan características comunes para otros trastornos como la diabetes, el asma, las encefalopatías, cardiopatías, enfermedades hematológicas, etc. (Ajuriaguerra, 2004)

Así mismo, desde la postura de la integración de la personalidad, como un ser bio-psico-social, Claudia presentaba en sus inicios crisis asmáticas, las cuales precedían a retrocesos en la organización de su esquema corporal, mismas fueron observadas cuando ingresó al centro y no cubría más los objetivos terapéuticos a nivel psicomotor en sus evaluaciones.

Paralelo a ello cuando se cursaba por alguna crisis familiar, regularmente relacionada con el desempleo del padre, la niña presentaba más complicaciones en torno a su asma; al igual que sus dificultades dermatológicas (resequedad).

7) Se confirma el tipo de transferencia psicótica en la menor a través del análisis de las sesiones señalada en investigaciones relativas al tema.

Las depositaciones hacia la terapeuta fueron desde “ser nada”, no vista, no escuchada, no tocada, pasando por mueble, muñeco de peluche, hasta mantener por breves instantes fijación visual y una respuesta de “fascinación” cuando se miró en mis ojos, hasta jugar a balancearse conmigo y luego permitir el roce de nuestros dedos al saludarla y corresponder levemente a ello, a manera parcial, transmitiendo una sensación alentadora y de esperanza ante una posterior presencia y significación de “persona” para Claudia, por parte de la terapeuta.

Respecto a la contratransferencia, también se curso por varios momentos y niveles, al principio de rechazo y temor a la propia presencia de la niña, a manera de reacciones instintivas de huída; hasta otras relacionadas con cansancio físico y mental, tristeza, sensación de júbilo cuando aceptó el contacto físico y logró mirarme, para terminar en frustración por no sostener la admiración en el grupo de especialistas que la tratamos y mantenerla en atención hasta consolidar sus avances en general.

En el análisis de las sesiones eje, mostraron un tanto de la actividad psíquica de la niña en torno a sus manifestaciones transferenciales, y su correspondiente, como lo reportan otras

investigaciones relacionadas con el tema de la transferencia y la contratransferencia; para el abordaje de orientación psicoanalítica.

Se revisaron únicamente las que guardaron relación con el proceso analítico entre la niña y su terapeuta, el resto de las reacciones observadas, fueron consideradas para futuros trabajos de investigación en el CEEM, más no hubo retroalimentación aún al personal, puesto que la familia abandonó el tratamiento de la niña, lo que finalmente la llevó a ser suspendida del centro y por ende a ya no contar con personal para su atención.

VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

La intervención psicoterapéutica a pacientes psicóticos, es en sí una de las experiencias más intensas y en mi caso; hasta desbordante; que se puedan tener; puesto que resulta particularmente importante que la mente humana posea esta habilidad para crear su propia estructura, “su propio mundo”.

En el tratamiento de niños, resulta también muy impresionante que este psiquismo se vea alterado tanto por el mundo interno como por el externo y al final se desemboque en un caos, de pronóstico reservado.

La situación psicológica de Claudia permitió que al menos en la última institución que hasta la fecha la ha albergado, “se mueva” un poco para interiorizar “su parte”, tanto para entender qué sucedió, cómo es que se llegó a mermar su desarrollo psicomotor; aunque posiblemente esta pequeña a su corta edad se perfila para ser irremediablemente, una más de las pacientes psiquiátricas que conforman las filas de nuestra ciudad.

Durante el tiempo acordado para la atención institucional de Claudia, en el centro se suscitaron toda una serie de eventos para su abordaje; así como en la terapeuta.

De inicio, dentro de los reglamentos internos del centro, la atención psicológica se distinguía por su brevedad dada la cantidad de solicitudes recibidas en el departamento y como parte de la modalidad de atención en todos los centros de DIF que cuenta con Psicología. Así que ofertar una modificación del tipo de la psicoterapia psicoanalítica, resultó innovador y fue aprobado para su aplicación; además de revisar los acuerdos entre la familia y la institución por parte del departamento jurídico, para asegurarse de no transgredir ninguna ley, ni faltar a ningún concepto de los derechos humanos; ni institucionales.

Posteriormente, hubo el acuerdo verbal de mantener un trabajo interdisciplinario entre su terapeuta físico y su terapeuta para establecer compromisos respecto de la asistencia y la participación en sus tratamientos; además de compartir información, puesto que la niña en continuo faltaba a su rehabilitación y su madre mantenía comunicación vía telefónica ya sea con una o la otra, para informarnos al respecto.

Considero que a través de dicho acuerdo se mantenía cierta concordancia para favorecer que la institución, al menos en lo que respecta al cumplimiento del reglamento general del centro en lo relativo a la asistencia, no “perjudicara” su permanencia en la institución al no cumplirlo.

Esta situación en la práctica privada (asistencia regular) puede ser manejada a través de señalamientos e interpretaciones a las “resistencias” para llevar a cabo el análisis, o de los fenómenos de *impasse*, al no darse mayores avances para los objetivos terapéuticos y que la institución por razones obvias de productividad, no podía “esperar” para continuar con el tratamiento.

Ambas terapeutas (físico y psicológica) tuvimos una especie de pacto no verbal de “apoyar “a la niña en cuanto a su manejo, para la justificación de dichas inasistencias y tratando de explicarnos y justificarnos cuál era la dinámica que se seguía mientras acudían a terapia, las reacciones entre ellas y en cada una hacia el personal con el que interactuaban, así como de otros padres de familia con los cuales la madre y la niña, iban tomando mayor aprecio y que se preocupaban de su asistencia el centro; al igual que cuando no acudían.

Otras reacciones fueron detectadas frente al manejo teórico y técnico de la paciente, ante colegas, dado que sus respuestas eran

de desaprobación y negación, aún y que conocían a la familia de Claudia y las bases de la impresión diagnóstica; las respuestas contratransferenciales fueron de imposición y búsqueda constante de reafirmación.

Ante el resto del personal, dadas sus reacciones de incredulidad diagnóstica, la respuesta fue de aislamiento. Considero que esta investigación favoreció sensaciones internas primarias, de incompreensión y soledad ante la situación de Claudia, tanto en la madre, la terapeuta y su propia psicóloga.

Por lo tanto; *la propuesta de abordaje* para los casos que nuevamente se registren en el centro, que cursen con características similares a las de Claudia y que pertenezcan al CEEM, por presentar un cuadro base de alteración psicomotriz, es la siguiente:

1. **Valoración completa por especialistas** tanto médicos como psicológicos, y otros relacionados con el mantenimiento de la salud en general (nutrición, trabajo social, etc.); así como también profesionales en logopedia y educación; y especialistas en rehabilitación, tanto médicas como terapéuticas y ocupacionales, para el mantenimiento de la calidad de vida, respecto al desarrollo de habilidades básicas (comida, vestido, control de esfínteres, etc.)

La impresión diagnóstica en estas diversas áreas de la salud, la educación y el bienestar socioeconómico y cultural, compromete, aproxima o bien, “aleja” al paciente y su familia, de quien lo brinda o de quien lo pospone; aunado a las fases o etapas que vive la familia al recibir un diagnóstico primordialmente de discapacidad o de enfermedad, según los expertos en estas materias.

Ante una primera etapa de “desconocimiento” o negación, dentro del proceso de aceptación de la discapacidad y enfermedad, al tratar de asimilar y elaborar este momento; según describe Ajuriaguerra, a veces el otorgar un diagnóstico de psicosis es en sí, más devastador que el trastorno mismo, dada la gravedad de la afectación que ello implica a todos los niveles del ser humano, incluido por supuesto, el núcleo familiar.

Puede suceder que la familia reaccione evidentemente de diferentes maneras, desde su particular historia y momento vital, “negando” la situación y buscando de un especialista a otro, de un campo a otro opiniones que afirmen lo contrario, o simplemente, internándose, en un caparazón, difícil de abrir .

Cuando finalmente lo hacen, la situación ya resulta irremediable; tal como lo manifiestan los diferentes autores que se han citado a lo largo de este trabajo.

En el caso de Claudia y su familia; este saber “el diagnóstico” fue un “buen pretexto” para arremeter buscando un culpable dentro de los familiares, dentro de un grupo consanguíneo como del otro.

Así como para enjuiciar el sistema de valores sociales de cada familia, al igual que la calidad del afecto que se le brindaba a la niña por parte de la madre; o de ir hasta el momento mismo de la concepción, de las circunstancias alrededor, de la salud física y mental de ambos padres ante la misma.

2. *Establecer estrategias de abordaje psicoterapéutico.*

A) Tratamiento individual. Resulta conveniente trabajar con el paciente en forma individual, dos sesiones a la semana, por espacio de 45 a 50 minutos cada sesión y una con la familia y /o los

principales cuidadores del paciente; preferentemente en un día distinto al que se trabaja con el paciente.

En este caso, fue favorable el poder establecer un encuadre lo más flexible que se pueda, sin parecer laxo, respecto de la asistencia y permanencia en la institución que los alberga para su atención psicológica, puesto que por lo regular en los sistemas familiares de las personas con psicosis, al igual que en otras entidades psiquiátricas, las ganancias tanto secundarias como terciarias, se expresan en un mantener “enfermo” al paciente.

A la vez que “desesperados” por los nulos o pocos avances que puede mostrar, especialmente en el plano de lo comunicacional.

Por lo que son constantes las inasistencias o la aceptación de sugerencias para llevar a cabo mejoras en la primera etapa del tratamiento, tales como la cobertura de las necesidades básicas de alimentación, sueño, estimulación multi sensorial, no sólo afectivas, de acompañamiento, de empatía; al igual que su tratamiento farmacológico.

El establecimiento de la frecuencia de sesiones depende también en gran medida a la situación económica y cultural de la familia.

En este caso sostenía grandes vacíos en ambos aspectos, por lo que en forma *ideal* es que se reciba un tratamiento alternativo del “paciente” y la familia.

En lo *real*, con la frecuencia de por lo menos una vez a la semana al paciente y a la familia cada 2 sesiones en un primer momento para establecer y afianzar el análisis y posteriormente, cada 4 semanas para evaluar la situación en casa y en otros ámbitos donde se desarrolle el paciente.

En el caso de Claudia, se atendió 44 de 60 sesiones, tanto directamente como vía telefónica, particularmente a la madre cuando anunciaba no podía acudir a la cita, cabe señalar que en sólo dos ocasiones no informó a la terapeuta acerca de su inasistencia, sí a su terapeuta físico.

Respecto a la incidencia de sesiones canceladas por enfermedad de la niña, se contaron 9 sesiones, lo que implica que en el caso de menores que padezcan simultáneamente de algún trastorno neuromotor y/ o alguna otra enfermedad como asma, dermatitis, problemas digestivos, entre otros, el porcentaje de cancelaciones de sesión por encontrarse en algún cuadro crítico o alguna “recaída”, es alto dado que además se agregan las sesiones de “convalecencia” a las de consultas y estudios médicos

En lo que respecta a la situación económica de la familia, se suspendieron 10 sesiones por falta de recursos, especialmente en el último período del tratamiento, incluso se solicitó un mes para dejar de asistir.

Por lo que resultaría conveniente que las familias recibieran apoyo, del tipo orientativo para “sensibilizarles” respecto a la importancia que tiene su asistencia y participación.

En el dado caso de que aún y que resultaran “sensibles” mas no pudieran costearlo, entonces sí buscar subsidiar sus tratamientos o de negociar sus pagos, para evitar resistencias a los tratamientos para llevarlos a cabo o para que sus hijos los reciban.

En el caso de Claudia, un especialista médico sugirió que participara en una investigación en Italia, únicamente acudiendo a su cita para tomarle una muestra de células, sin evidente costo y ya aprobada para su manejo ético y legal, la familia simplemente no participó, “creyó que tendría que ir a Italia”, a pesar de aclararles la

situación, no acudieron a su cita y por supuesto, no participaron en la investigación; se considero prudente la aclaración puesto que el nivel de comunicación al parecer era primario y podría provocar malos entendidos.

B) Tratamiento familiar. Al tratarse de un trastorno grave del desarrollo, la orientación psicoanalítica posibilitaría la reubicación de los mismos, a través de apoyo, juego, análisis de sistemas y estrategias en la familia, directiva para la prevención o en su caso, la re-educación a patrones más asertivos en la comunicación familiar y el mejoramiento para las interacciones.

Otra situación igualmente esencial, es que conforme se sitúe a la familia en la relevancia que tiene una atención temprana y subsiguiente en el trabajo terapéutico, aumenta el sentido de “permanencia” para el paciente, por lo que sus interacciones pueden evolucionar a otras y dejar de ser “nada” para él mismo al estar frente a ellos; lo cual ayuda a que la familia no abandone el tratamiento tan “fácilmente”.

La familia de Claudia fue atendida en sus inicios cuando se sospechaba de Autismo, y logró aceptar la rehabilitación, siendo éste un manejo cercano por parte del personal que atendía a la niña.

Posteriormente, al solicitar una evaluación que ofreciera la confirmación diagnóstica de Autismo y las consecuentes alternativas rehabilitatorias; la familia abandona el tratamiento, hasta que nuevamente “les preocupó” su situación escolar y se retoma el caso, para convertirse ahora en un tratamiento por presentar evidentemente un trastorno grave del desarrollo e

investigar los alcances y logros que se pueden completar al abordarlos.

Se otorgaron los apoyos para cada miembro de la familia, siendo la mamá y la hermana, mayormente receptivas de las respuestas de Claudia, cuando su “comunicación” era mayormente descifrada por ellas.

C). Tratamiento Individual a la Madre; siendo la precursora de vínculos y de acercamiento hacia el entorno familiar, resultaría muy conveniente que contara con su propio espacio terapéutico para analizar la calidad del vínculo que se mantiene con el paciente evitando así, “robar” el espacio de su hijo o hija con psicosis, que tanto en los casos descritos anteriormente, como en el de Claudia, las madres se mostraban altamente aprensivas y verborréricas, aprovechando la sesión y de que los hijos prácticamente “no hablaban”

3. Tratamientos alternativos por las diferentes especialidades.

**Atención médica por Neuropediatría y Paidopsiquiatría.* El apoyo a la modulación de la conducta y la neurotransmisión, tanto en los inicios del cuadro psicótico como durante las crisis esperadas en las primeras etapas de abordaje.

Favorece un tratamiento eficaz para los principales rasgos que ponen en riesgo la vida del paciente, particularmente en estados depresivos y que diversos autores en el ámbito psiquiátrico detectan como potencializadores de patología en los hijos, cuando en su defecto, se instalan en los padres.

**Pediatria.* A través de un seguimiento médico que permita un control básico de crecimiento y desarrollo, principalmente en los primeros años de vida.

**Comunidad terapéutica. Hospital de día.* Para la psicoterapia de juego y actividades semidirigidas y organizadas, mismas que tienen como fin posibilitar la integración social, al menos con niños con características de psicosis.

**Asociaciones e institutos especializados.* Con la finalidad de poder brindar un espacio de aprendizaje básico de socialización, desarrollo de habilidades, estimulación multisensorial, de lenguaje, musicoterapia, psicomotricidad; en algunos casos se puede escolarizar al paciente y se torna “funcional” para la vida independiente.

**Asesoría legal.* En el proceso de terapia se han suscitado divergencias importantes en la familia, incluso de orden violento o de implicación legal frente a estas diferencias entre los padres para la atención del niño, en la referente a divorcios, pensiones alimenticias, reconocimientos civiles, etc.

También si resulta ser beneficiario de alguna herencia monetaria o si en el peor de los casos, fallecen los padres y se requiere de un tutor, su vulnerabilidad aumentaría para la cobertura de sus necesidades básicas.

VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Advertencia:

Las siguientes son algunas reflexiones, pensamientos, comentarios que se suscitaron en torno a la elaboración de este documento, los cuales se consideran relevantes.

Son importantes desde la perspectiva y análisis de la transferencia y la contratransferencia, de un paciente hacia su terapeuta y viceversa, lo cual abrió todo un mundo de posibilidades para el estudio de otras reacciones, lo que nos lleva a un análisis institucional, no sólo del CEEM y sus procesos de calidad, sino en torno a la atención de cualquier persona que atravesase por características similares a las de Claudia y su familia y reciba apoyos por parte de DIF Municipal, en el rubro de salud mental.

Se consideran como –advertencia- porque al exponer metafóricamente, a las personas directamente involucradas en la atención de la niña, se obtuvieron respuestas que bien podrían darse en otra parte del personal y que al no “comprenderlas”, se actuó frente a ellas de una manera no favorable ante los propósitos, misión y visión del instituto.

Dichos acontecimientos, permiten plantearnos cuales fueron las “resistencias” para llevar a cabo la investigación al mismo tiempo que se atendía a la pequeña, mismos que obstaculizaron el trabajo dado que me colocaron ante la disyuntiva de seguir la normativa de la institución, que era de ofertar la psicoterapia a personas con discapacidad motora preferentemente niños y niñas que contaran con repertorios básicos de atención , capacidad intelectual, comunicacional y elaborar así insights para un abordaje individual; más no a los que contaran con discapacidades psíquicas asociadas.

El pensar en Claudia, bien podría establecer que sí se puede trabajar en una institución pública frente a casos como el suyo, a través de propuestas para su atención, sin embargo; hubo “salidas” al tratar de referirla a otra institución de salud.

Entonces se consideró fuera ubicada en instituciones no gubernamentales especializadas para el manejo de pacientes con trastorno generalizado del desarrollo; propuesta poco viable para la familia dada su situación económica precaria y que por lo regular las instituciones de este tipo mantienen otras cuotas que la familia no puede costear.

El caso de la niña movilizó a las áreas del CEEM que le atendieron para concluir con que no posee una infraestructura contendora para atender a niños con estas circunstancias, lo que también puede llevar a que el paciente y su familia, se retiren del centro, ante las dificultades y poca asertividad para su manejo.

Lo anterior, nos permite hacer una reflexión en torno a que posiblemente algunas familias hagan un esfuerzo por atenderse de modo privado y muy probablemente regresar al centro ante los costos en rehabilitación, lo que en todos los casos retrasa dichos procesos e invariablemente también incrementa los recursos que han de manejarse.

La situación de Claudia, finalmente si facilitó que el equipo de trabajo se dirigiera hacia la familia, para ofrecer una perspectiva de trabajo simultáneo entre especialistas, y lograr así cierta responsabilidad compartida; lo que de acuerdo a la visión, misión y valores del CEEM, deberíamos de haber logrado desde un inicio.

El trabajo institucional público favorecería entonces, el acceso a un tratamiento integral para las personas que padecen algún trastorno psíquico secundario a otras situaciones discapacitantes.

Por otra parte; resulta incosteable en el ámbito privado; un tratamiento tipo para personas con escasos recursos económicos; lo que además, posibilita una dependencia mayor, ya que los lineamientos favorecen recontratos o tratamientos “largos”, llevando así actitudes orales del paciente “que se cuelga” del terapeuta por tiempo indefinido; siendo que en instancias gubernamentales simplemente la rapidez y eficacia, son pilares de los institutos inscritos a los programas de calidad para sus procesos, por lo que el paciente recibe apoyos específicos y por ende breves.

Otro factor que motivo el abordaje de la niña, radicó en que, si se dejara de atender, quedaría desamparada, y entonces la institución se vería “atrapada” en una especie de locura institucional, con mensajes dobles de atención y desatención, integración y desintegración, similar a una relación basada en un doble vínculo, como en la psicosis simbiótica.

En la institución pareciera que al iniciar una intervención con pacientes en estas condiciones, no se escucha, ni se da crédito, que como primera instancia, se podría pensar que no ofrece respuestas.

Sin embargo, después del análisis de este trabajo y del caso mismo; se llega a la conclusión, de que la institución, tiene su propio lenguaje, que tiende a “olvidar” sus objetivos primordiales de atención para lo cual fue fundada; reflejo de la enfermedad misma sobre la cual se basa este documento, generando así ansiedad y poca claridad en los objetivos terapéuticos ante la falta de contención.

De fuerza insuficiente para sostener el tratamiento de forma integral; quizá como una última defensa, ya que bien podríamos “arriesgarnos” a mimetizarnos con esta vulnerabilidad.

De pobreza extrema, con carencias tan básicas que al no ser cubiertas, se tramitan como indiferencia tanto del personal que laboramos en el centro como de la sociedad misma, así que el “antídoto” que se propuso, fue una reunión que nos permitiera “hacer algo” por Claudia y actuar para elaborar, *todo* lo que un paciente con estas características logra despertar contratransferencialmente.

Al mismo tiempo, aparecía en la figura materna la pregunta “¿cómo ser mamá?” creyendo que no hubo quién le dijera, de quien aprender, al igual que para aceptar y reconocer su propia historia, cuestionada por su misma madre (abuela)-” ¿qué piensas qué debe hacer una madre?” y que entonces ella se contesta:”por el cariño hacia los niños, es que se aprende”.

Durante todo este abordaje, existió el deseo-fantasía en la mamá de que la niña fuera “normal” para coexistir con su familia, y entonces poder ser madre de “dos niñas normales”, preguntando continuamente si otras tenían las mismas dificultades que Claudia y que lograban llamar la atención de la madre cuando acudía a la terapia de la pequeña.

El estudio de caso posibilitó un conocimiento más claro acerca de cómo fue entonces que Claudia fue “creada” y “criada” por estas figuras parentales pobres, que no lograron sostener lo suficiente, para establecer un canal de comunicación que pudiera satisfacer las necesidades tanto de la misma Claudia como de ellos mismos, con su nacimiento.

De lograr la ternura, la tranquilidad, la confianza, de facilitar la transformación en la elección de objeto por otro más saludable y favorecer así, pautas de relación adaptativas en su desarrollo afectivo.

La madre en particular, expresaba el sentirse juzgada y se autodevaluaba al considerar que “no era buena madre”, porque no lograba tranquilizar a Claudia, como podían hacerlo otras figuras.

Así también sentía un enorme “peso encima” cuando no era capaz de evaluar la situación y establecer entonces alternativas de solución y lo que fue más difícil de abordar: ¿cómo fue entonces que su hija se dañó?, cómo podrían pegarse y ser más felices en esta unidad?

En el camino se atravesaron otros sentimientos, a modo de agresión, devaluación, envidia, confusión, así como paso a los actos, para ordenar mentalmente qué se dijo, y que no se dijo.

De ahí la importancia de un contrato por escrito, con lo mínimo indispensable, a un nivel concreto, con claridad para lo que se espera y se realizara, al menos intentar que se tenga este acuerdo.

Por supuesto que ello marca y posibilita una esperanza al cabo de un tiempo, de “encontrar la cura”, si se le brinda la atención oportuna.

A la par que se puede delimitar el espacio tanto físico como psicológico que se les dedicará a la paciente y a su familia, al menos en teoría.

Cuando se comenzó el abordaje con la niña, los padres (y la terapeuta) se encontraban enfocados en la confirmación de un diagnóstico médico, tal pareciera que para darle “mayor credibilidad” al ya establecido por su terapeuta, no sólo a nivel familiar sino dentro del sistema institucional que rodeaba a la pequeña y su rehabilitación.

En la primera cita con la niña, la mamá y esta terapeuta, aparecieron en escena aspectos que podrían considerarse filicidas.

Al ofrecer “la medicina” bruscamente, en una posición nada efectiva; asfixiante, ya que la niña evidentemente no lograba tragársela con facilidad, lo que se acompañaba de una extraña indiferencia hacia su “tos” y los lamentos; además, de que la niña no se retira, sencillamente permite se le trate de esa manera.

Al concluir el periodo de psicodiagnóstico, aparece la idea de que fuera referida a otra institución.

Incluso se pidió se refiriera el caso para un tratamiento; sin embargo, instancias “superiores” laboralmente hablando, argumentaron que “sabíamos no se atendería en ninguna otra institución”, debía atenderse en el centro, además estaba estudiando la maestría, “¿qué podría pasarme?”

Se recomendaba además, que durante el tiempo pactado para la elaboración del documento de tesis y obviamente, de atención a la paciente; los compromisos personales tales como un embarazo, un cambio de empleo, residencia, una ruptura marital o un aplazamiento de las supervisiones y del propio análisis; podrían mermar el trabajo y limitar así lógicamente la disponibilidad hacia el paciente, que particularmente en el caso de las personas con psicosis, resulta “caro” no estar dispuesto y disponible, así como “llenarse” de pacientes con estas características saturando la agenda laboral ; casi en adopción.

Al concluir el año establecido como margen de atención, tratamos de encontrar una respuesta a esta necesidad de confirmar el diagnóstico, sin apreciar que no a todos los pacientes se les otorga esta atención, al menos de seguimiento por un año en Psicología, ¿por qué no aprovecharle y dedicarse a la queja, a la devaluación y la duda respecto a la impresión de psicosis?

Cuando ocurrió la reunión con los especialistas, hubo que priorizar un evento de elecciones internas para poder entonces sí convocar a una junta, creando una especie de vacío, en donde nadie integra, no se opina, ni se responsabiliza “mientras tanto”.

Durante esta reunión, se percibe transcurre un enojo colectivo, que poco a poco va intensificándose y en regresión, hasta los chistes más “colorados” y las ideas más agresivas.

Aparece la idea de “grabar” una sesión con la esperanza de que fuera valorada por alguien externo, para apoyar con el diagnóstico, mas como este procedimiento no fue acordado en un inicio, entonces se consideró anti ético hacerlo.

La situación de la paciente fue tramitada como “ilegal” al no contar con una impresión médica que la soportara antes de lograr un “acuerdo” en dicho estudio de caso.

Tristemente, al inicio del trabajo con Claudia, también nos colocamos en ese rol y se pensó que por la apariencia física de la niña, tal vez padecía el síndrome de Marfan (pies largos, piernas delgadas, abdomen abultado, mirada inexpresiva y retraso mental) sin embargo éste fue descartado puesto que la niña no presentaba lenguaje y dentro de dicho síndrome este es un criterio de inclusión diagnóstica.

Posteriormente, se supuso que tal vez se trataba de otro síndrome, el de Munchausen, ante la aprensión materna, quien en la primera fase del tratamiento dedicó buena parte a buscar ser atendida, escuchada y “vista” por la terapeuta, quejándose, cuestionando, llorando, hablando acerca de todo lo que detectaba en la familia en relación con enfermedades, incluso de otros pacientes del centro.

En un rol de sacrificio y abnegación, así como de expresar abiertamente que “nadie sabe lo que tiene que pasar por atender a sus hijas”.

Sin embargo; no era capaz de detectar y “ver” a su propia hija dentro y fuera del espacio terapéutico; llegué a observarla antes de entrar a la sesión o durante los ejercicios de Claudia y no era capaz de contenerla o de traducirle sus estados de ánimo, y ella afirmaba que tanto su suegra, sus padres y su hermana, le señalaban “no hacía caso” de la niña.

Dentro de este síndrome, un rasgo importante es el nivel cultural de las madres que generalmente es alto, puesto que han de mantener un estándar académico para entender y conocer acerca de diversas enfermedades que las guíen a solicitar el apoyo para los hijos e incluso participar activamente, conscientes o no, en perpetuar las enfermedades en ellos.

Todo lo cual fue descartado ante el bajo nivel cultural y escolar de la madre, aunado a un tipo particular de pensamiento mágico (creencias religiosas y brujería) para explicar dichos eventos y que cuando se valoró médicamente a Claudia, si existían patrones de crisis asmáticas y enfermedades de vías respiratorias primordialmente.

Después se pensó dentro de la junta de valoración y por otros aspectos reportados en las sesiones terapéuticas, la posibilidad de que la niña estuviera “mejor” en una institución para huérfanos, ante la negligencia en la cobertura de sus necesidades básicas inherentes a cada niño y niña (comida, salud, juego, amor), y por las adicciones de ambos padres (uno al alcohol y la marihuana y la otra al tabaco).

Aunque en este caso, la dinámica familiar “mejoraba” cuando ambos las consumían, estaban de mejor ánimo para la niña y la atendían.

La evolución en la idea de “buscar” otra impresión diagnóstica médica y clínica en más de medio año una vez iniciado el tratamiento, fue prácticamente nula.

Sin embargo, la observación y el análisis de los comportamientos detectados durante las sesiones y dentro del contexto global de su atención por el CEEM, más la revisión de la información proporcionada por la madre respecto a estudios anteriores, al igual que información compartida por otros colegas en el extranjero acerca de experiencias profesionales con niñas diagnosticadas con el síndrome de Rett y sus también dificultades para su manejo integral y psicológico; apoyan la hipótesis de que Claudia lo presente.

Situación que se verificó frente al neurólogo, puesto que una vez concluido el tiempo acordado en el contrato psicoterapéutico, y al igual otras áreas, tres o cuatro meses después; fue acordado entonces que recibiera tratamiento para el lenguaje, principalmente al conocer la posible impresión diagnóstica de tal síndrome (¿ahora sí se podría atender y entender?).

Por lo anteriormente expuesto, se presentan a continuación datos obtenidos en Internet publicados por la IRSA; siglas en inglés (International Association of Rett Síndrome) en 1997(Barbero; 2000) respecto a esta entidad:

Corresponde a un desorden profundo del desarrollo que afecta principalmente a niñas, mismas que presentan un aparente desarrollo normal o esperado, tanto en el periodo neonatal como en su infancia, hasta dar inicio a

una serie de características, que en sí conforman lo que los especialistas denominan como tal.

Básicamente, este síndrome logra ser diagnosticado inicialmente por observación clínica de ciertos patrones comportamentales, como son el retardo en el desarrollo y en conductas estereotipadas, las cuales al inicio no son detectadas hasta aproximadamente los 18 meses en Claudia, ya que parecen parte de un “nerviosismo” e inquietud de la misma, puesto que la madre notaba que cuando algo le molestaba eran más frecuentes y evidentes para la familia tanto externa como nuclear.

También se presenta una desaceleración del crecimiento en peso, talla y circunferencia cefálica, incluyendo estados regresivos o anteriormente alcanzados, especialmente en la hipotonía y el gateo, con variantes-salto de conejo o de combate- mas pueden ser considerados como dentro de la norma para la población infantil.

Un signo importante es la desaceleración del crecimiento craneal como criterio principal, en la mayoría de los casos reportados con inicios entre los 4 y 6 meses de edad, sin dismorfias aparentes, excepto disfunciones oromotoras y bruxismo, las radiografías y tomografías hacían pensar en una posible microcefalia por los médicos especialistas.

También con alteraciones en la marcha y anormalidades ortopédicas, lo que puede derivar en una escoliosis; Claudia retardo este aspecto hasta los 2 años y 4 meses y presenta fallas en la coordinación motriz así como rigidez muscular.

Con estreñimiento el cual disminuye su sensibilidad, lo cual ha complicado el entrenamiento y aún usa pañal.

Ante la presencia además, de osteopenia y osteoporosis, pies fríos y azulados; se le diagnosticó desnutrición grado I y se contempla dermatitis atópica.

Se cuenta con otro rasgo neurológico convulsivo, la niña presentó una crisis cuando era pequeña y fue tratada al respecto, con alteraciones en el EEG.

Con hiperventilación y periodos de apnea, los cuales han sido tratados como asma.

Y la presencia de cuadros psicóticos con dificultades graves para la comunicación, aislamiento y alteraciones en el estado de ánimo sin aparente causa.

El Síndrome de Rett evoluciona conforme a estadios tanto de adaptación como de detección en 4; el *1ero.* entre los 6 y 8 meses, considerado de aparición temprana caracterizado por:

Duración de meses, detención del desarrollo, desaceleración del crecimiento de la cabeza-cerebro, desinterés en actividades de juego o en el ambiente, hipotonía, EEG.

Actividad de base normal a mínimo enlentecimiento de ritmos posteriores; hipotonía congénita benigna, síndrome de Prader- Willis y parálisis cerebral; el estadio II denominado destructivo rápido; que aparece entre el 1 y 3 año de edad, que puede durar desde semanas a meses, puede tener aparición rápida, las habilidades con propósito y el lenguaje hablado se pierden, los movimientos estereotipados comienzan a aparecer incluyéndose los de mano-boca como su primera expresión, los más frecuentes son el retorcimiento y el “lavado” de manos sobre la línea media, estos son persistentes y sólo desaparecen cuando la niña está dormida.

Pueden aparecer otros movimientos de manos como aplaudir o dar palmadas, las manos son sostenidas en poses peculiares: apretadas o sostenidas de un lado del cuerpo.

Comienzan a hacerse notorias las dificultades respiratorias, los episodios de apnea, sin embargo la respiración es normal durante el sueño;.

Algunas niñas parecen “autistas” con pérdida del interés por el contacto social y para la comunicación; son irritables, así como su sueño.

Ocasionalmente tiemblan especialmente cuando se excitan, la marcha es inestable; el III estadio denominado meseta; inicia entre los 2 y los 10 años.

Puede durar varios años en establecerse para su diagnóstico y se caracteriza por lo siguiente: Apraxia, con problemas motrices, convulsiones, se observa mejoría en la conducta, menos irritables y llorosas, así como disminución en los rasgos autistas.

Se muestran más interesadas en su ambiente, alertas, varias niñas con este síndrome son detectadas en este periodo o predominan la mayor parte de su vida.

El estadio IV, mismo que se distingue por dos modalidades (A y B), la primera previamente ambulante y el B nunca ambulante; cuando cesa el tercero inicia para perdurar décadas, la movilidad es reducida, algunas niñas dejan de caminar, no hay mayor deterioro cognitivo, ni de comunicación o de las habilidades manuales; puede disminuir la frecuencia de movimientos estereotipados, lo más característico es la escoliosis, así como la rigidez y la distonía; mejora su contacto visual, la pubertad aparece a la edad esperada en la mayoría de las niñas(Barbero; 2000)

Ante estos indicadores, se consideró más conveniente informar a los padres por parte del especialista médico, y se le recomendó acudiera a consulta neurológica, lo cual no fue posible hasta la redacción final de este trabajo.

Nos enteramos en forma “casual” en el pasillo del CEEM, que la niña fue diagnosticada con el síndrome.

Hubo que transcurrir una semana de convulsiones más otras de tipo asmático, para que la familia le otorgara ayuda y entonces fue que se le dio esta impresión médica y la recomendación de acudir a un centro especializado para niños con trastornos graves, que en nuestra comunidad, sólo existe uno privado para autismo.

La señora señaló lo que sucedió y refirió “será cierto?”, “es verdad que estos niños se chupan?”, “y si no la llevo?” y “y si mejor ya no la llevo a la escuela especial?”.

“Mi marido dice que nos operemos , que porque podemos tener otro niño igual, yo digo ,que cuando uno se casa, se hace una promesa de tener los hijos que Dios te mande, que mejor él se opere, pero dice que no es tonto”(usando otros términos).

En lo relativo a otros servicios, Comunicación humana, dio la pauta para que le atendieran en terapia de lenguaje, contemplando los niveles más básicos, incluidos los masajes, la masticación y la sensibilidad táctil y olfativa, además de la auditiva.

Con la referencia por la terapeuta de que en las primeras sesiones, se sentía contratransferencialmente, invadida, cansada, adolorida, principalmente de los brazos.

Este síndrome, que condiciona a una verdadera regresión en las diversas áreas psicológicas y de personalidad, resta oportunidades a la niña de un desarrollo prepuberal, que si bien por algunos investigadores, no es “masivo” sino diferenciado, seguirá siendo “un reto” para su manejo, mas aunque tarde, recibió ayuda para la comprensión de la comunicación escasa, particular en Claudia (Narbona- Chevrie Muller; 2001)

En lo referente a la experiencia global contratransferencial por esta terapeuta, ésta resultó abrumadora, caótica, hasta cierto punto.

Se requería una continua auto observación; con una sensación de aflicción respecto al futuro de Claudia y que al transcurrir del tiempo, mientras se mantenía una relación terapéutica directa; se iba desarrollando una relación más estrecha.

Situación que permeaba hacia una ambivalencia entre el sentir simpatía y la debida neutralidad terapéutica.

Con miedo a la vez, de *quedar atrapada e involucrarme de más*, como parecía estarlo solicitando la madre, ya que aún después de 5 meses de concluida la intervención terapéutica, me buscaba toda vez que tenía la oportunidad, para aclararle alguna duda respecto al seguimiento escolar, en mis funciones de coordinación del área.

En casos como este, existe la apariencia de que no se puede diagnosticar rápida y certeramente,

Donde la institución se colapsa y el convenio de atención es “con nadie”; cuya manifestación colectiva, es eludir, batear el caso

y pretender que no pertenece, ni es su responsabilidad atenderla, tal como una experiencia ominosa necesitada de “tiempo” para ser elaborada y “entonces si”, ser mas objetivos, sin involucrar sentimientos para poder hacer nuestro trabajo.

VIII. ANEXOS

REGISTRO DE SESIONES

N° DE SESIÓN	FECHA	OBSERVACIONES
1	24-Sep-04	Se realizó primera entrevista proporcionándose los datos de identificación, el motivo de consulta y el contrato para realizar un psicodiagnóstico con fines de ubicación escolar; se tiene la impresión diagnóstica de retraso mental de moderado a severo, dada la facies de la menor.
2	1-Oct-04	Llama por teléfono para avisar que la niña tiene bronquitis y que no puede llevarla hasta dos semanas posteriormente.
3	13-Oct-04	NSP, ni avisó de su ausencia, revisando el expediente, hay documentación que indica que se intentó hacer una valoración psicológica en Nov. Por otra psicóloga ante la sospecha de Autismo, por presentar conductas de auto mecerse y nulo contacto visual, más sólo acudió a la primera entrevista. Reviso que la niña y su madre fueron atendidas en intervención en crisis dado que la madre lloraba cada vez que acudía a rehabilitación de la menor, siendo inconstante en su asistencia.
4	20-Oct-04	NSP, se procede a la BAJA por inasistencia del servicio de Psicología, se analiza el por qué se tienen tantas consideraciones si en otros pacientes la inasistencia tiene que dar el cese del servicio.
5	27-Oct-04	Notifica por teléfono acerca del motivo de su ausencia, y la coordinadora de área decide un cambio en el día y concede el reingreso de la paciente. Se continúa con la exploración de la historia clínica y se retira del expediente el informe de baja para evitar que se le retire el servicio total de rehabilitación, situación que me parece irregular
6	3-Nov-04	Se completa la historia clínica y se señala la importancia de continuar asistiendo
7	10-Nov-04	Revisión de la programación de las sesiones, del material para una devolución de resultados, ante la inconsistencia de la asistencia
8	17-Nov-04	Se intenta la aplicación de pruebas psicológicas para establecer si la menor posee las capacidades intelectuales y de maduración necesarias para su ubicación escolar, sin éxito dado que la menor no mantiene ningún contacto, ahora sí visual, más los materiales no le son atractivos y parece no reaccionar a ellos,
9	24-Nov-04	Se intenta de nuevo la aplicación de las escalas, más al no haber respuestas afirmativas, se procede al interrogatorio a la madre respecto a conductas básicas, para conocer su interacción en el hogar y con la familia extensa, a lo que responde que no hay auto cuidado excepto cuando la baña, como es en una tina grande, sí se sostiene para no resbalar, mientras que su otra hija no, otras pautas de desarrollo son realizadas por la madre, como darle de comer en la boca, iniciar el control de esfínteres. Acordamos la entrega de resultados en 7 días
10	1Dic.-04	Se presenta al a entrega de resultados y se le indica que acordamos en 15 días a lo que molesta exclama que yo manejé otra fecha, pienso en un error grave de comunicación. Para estas fechas es que se realiza la revisión bibliográfica del tema de la psicosis en la maestría y se coinciden los datos con el Dx de psicosis simbiótica.
11	8-Dic-04	Acuden la madre, el padre y la menor, les explicó acerca de la inmadurez de la niña, la dificultad para ser evaluada mediante las pruebas estandarizadas, que hubo la necesidad de evaluar las conductas observadas para su análisis y que los datos concuerdan con una posible psicosis. Dado que en el CEEM no se atienden este tipo de casos, se le referirá a otra institución, para su

		tratamiento, les explicó que yo tengo poca experiencia para proporcionar el servicio de psicoterapia, el padre afirma ahora que en su familia había una tía materna con características similares a las de la menor, que padecía de posibles alucinaciones visuales y auditivas, se refiere a la paidopsiquiatra. Durante la sesión se observan patrones de conducta de indiferencia y pobre contención en ambos padres hacia la niña, incluso hasta para ser alimentada con biberón
12	15-Dic-04	Inicio de tratamiento, se señalaron los límites de la atención, el encuadre de trabajo
13	5-Enero-05	NSP avisó por teléfono que la niña estaba enferma
14	12-enero-05	Se firmó la carta de consentimiento, la madre afirma que está muy triste porque en la familia de su esposo dicen que vieron "casos de la vida real" y que presentaron un caso de psicosis, explicando que la madre era culpable, porque no los trataba bien, ella me preguntó si era verdad, yo le señalé qué pensaba ella y dijo que no porque ella era la que estaba siempre pendiente de ella y su familia.
15	19-enero-05	NSP Se tramitó permiso para ausentarse un mes dado que la menor presentaba neumonía
16	9-Febrero-05	NSP se le llamó por teléfono para conocer el estado de salud de la menor, y porque su permiso había concluido
17	16-Febrero-05	Platica acerca de sus antecedentes familiares, en donde la dinámica era violenta, especialmente entre los abuelos,
18	23-Febrero-05	Se comentó acerca de su recorrido entre los médicos, buscando que mejore, los cuales han sido abandonados por falta de dinero y de desconfianza al no tener buenos resultados en el tratamiento
19	2-Marzo-05	Se comenta acerca de la relación entre los padres, acerca de las dificultades para ponerse de acuerdo, también de sus actividades para con la niña, de que tarda en bañarla porque se le enfermaba tanto que mejor no la bañaba, sino cada quince días, hasta que su hermana menor la convenció de sacarla de la recámara y bañarla más, ya que de igual manera se enfermaba
20	9-Marzo-05	NSP Avisó por teléfono a su terapeuta que no asistiría
21	16-Marzo-05	Contacté por teléfono una cita con la madre, a modo de rescate, ante la inconsistencia en su tratamiento, dice que no acude por no tener quién cuide de sus hijas, entonces es que se le plantea la posibilidad de verle una semana a cada quien, tal vez se cambié el día por razones de organización familia, pues es la abuela quien cuida a las niñas para que la mamá acuda al centro, se requeriría de coincidir en el tiempo en que ella descansa en su trabajo para cuidarlas.
22	18-Marzo-05	Asiste la madre y se realiza un recontrato con la opción antes mencionada de asistencia y de reiterar su participación en la investigación, ella tiene dudas respecto a si le costará algo esto, de sí habrá otros niños igual a su hija o peor,
23	30-Marzo-05	Primera hora de juego con la menor, después de un cambio en la estrategia de abordaje, que en adelante será una sesión con la menor y otra con la madre, dada la situación de ansiedad por la separación en ambas y la inconsistencia para el maternaje.
24	6-Abril-05	Se comenta acerca de la posibilidad de que la niña se cure de su asma, de cómo trata a otros niños, que prefiere "lavar sus trastes que darle de comer" a la niña, puesto que le causa mucha desesperación no recibir ninguna respuesta, de que la niña "escupa" la comida, de que su niña no se ve feliz; de sus prioridades para la rehabilitación, de que nunca ha acudido a las

		celebraciones del centro, que tal vez haga falta hacerlo para conocer más a la gente que acude al centro, de que en su casa prefiere invitar a las niñas a visitarla para que Claudia no se sienta sola y de su preocupación porque se integre a la escuela y no haya dejado el biberón para entonces.
25	13-Abril-05	NSP avisó por teléfono, por encontrarse con fiebre, la madre si así la lleva al centro, le respondo que es mejor que la lleve a consulta médica, ese día su terapeuta afirma un logro pequeño respecto a la actitud de la mamá para con el tratamiento en rehabilitación, un poco más de conciencia acerca de su importancia. Me deja la idea de que la sesión anterior no logró tolerar la espera y la separación ya que correspondía a Claudia acudir, y resultó que enfermó.
26	20-Abril-05	Acude la menor, cuando la deja la madre en el salón, ella permanece inmóvil, sólo viéndola irse, afuera la mamá se escucha platicando y la niña observa buscando la fuente de su voz, lo señalo y ella mete sus dedos a la boca, le explico que hoy le corresponde jugar a ella , inicia a mantener un poco mas de contacto con los teléfonos y los tira, yo los recojo por temor a que los pise y se lastime, se acerca ala casita de muñecas y toma un espejo y luego toca unas flores, mientras tanto su cara es inexpresiva, había una silla infantil y se recargo en ella mas no accedió a sentarse cuando se lo sugerí, le expliqué que ella por el momento es la única niña que juega con todo lo que hay en el salón. Durante esta sesión experimento mis dudas acerca de sí comprende lo que le digo, como si fuera discapacitada mental.
27	27-Abril-05	No hubo tratamiento por festejo del Día del niño y coronación de la reina Infantil del centro y si acuden, tanto la paciente como su hermana y su madre, las saludo por casualidad, y me lama la atención que la hermana es exactamente igual a Claudia, su carita también denota un dejo de tristeza, melancolía, las tres se ven así desde mi perspectiva, es difícil diferenciar entre las niñas, esto sólo cuando no estuvieron en la fiesta, ya que en la , la madre afirma fue muy entretenido para la hermana, la niña parecía un poco interesada, mas no mas que lo habitual.
28	4-Mayo-05	NSP avisó por teléfono que la niña estaba enferma, según la madre le ofreció una paleta de hielo y esta le "hizo daño; apenas que era la primera vez que iban a una fiesta del CEEM", dice la madre.
29	11-Mayo-05	No hubo tratamiento por celebración local
30	16-Mayo-05	Tercer cambio de día en el tratamiento dado que ya no podré verla en miércoles por las juntas de coordinadores. Sin embargo accedo a verla, ella me informa que la niña, estuvo muy enferma, que no despertaba, tal vez por efectos de la medicación, mas a mi me da la idea de que no hay consistencia para los tratamientos, vi a la niña sola, le mostré el salón, abrazando un oso de peluche que le presté y ella lo tomo de un extremo al tiempo que metía lo dedos a su boca, como ahora le llamó la atención
31	23-Mayo-05	Acude la madre únicamente para comentar acerca de que cuando Claudia era pequeña, cada 2 semanas enfermaba seriamente de la garganta, que no la dejaba comer, con tos, con dificultades para dormir, o viceversa durmiendo demasiado.; aporta datos relacionados con el parto, en donde ella se convirtió en "corajuda" que su madre (abuela materna) le dice que la cuida mucho. Explica de su desconcierto por la situación de la niña, puesto que cuando pequeña le decía "Pe" por imitación y ya usaba el andador, sin embargo después, ya no lo hizo y se empezó a jalar la ropa y ha no controlar la saliva. Platica además acerca de las citas médicas próximas y de sus expectativas al respecto,

32	30-Mayo-05	La misma rutina, la madre bostezando, la niña hacia los peluches, entra la niña sola, conforme el pasar del tiempo, la niña mete los dedos a su boca, ahora se acerca a mí, sonrío y me pellizca la mejilla derecha, le señalo que no. Que me duele y ella cesa, se dirige ahora hacia una mesita infantil que agregué al escenario, puesto que parecía que los peluches estaban fuera de su alcance, situación que por supuesto ella pareció ignorar, y no toleró que se movieran de lugar los peluches, ya que volvió a su rutina de meterse los dedos a la boca., al final de La sesión se le pidió a la madre que pasara para colaborar en el establecimiento del orden del lugar y ella aprovechó para contarme acerca de su otra hija, que pasa por situaciones en riesgo
33	6-Junio-05	En cita con la madre, ella afirma que la pariente que se reporta con PB. Psicosis, "no es que la tenga, sino que cuando era chica su mamá le pegaba mucho en la cabeza, dicen que con una cazuela y por eso quedo así" según lo que le ha comentado la abuela paterna, pregunto acerca de qué habría pasado con una "leyenda" que había supuestamente en la entrada al centro donde "se daba un mensaje de cómo tratar a los hijos y cómo para darles apoyo a las mamás". Va de un pensamiento a otro. Se mantiene con curiosidad respecto a la terapeuta, de su manera de ser madre.
34	13-Junio-05	Le otorgaron cita con el oftalmólogo y éste no llegó, así que se aprovechó la sesión, señalo acerca de la programación de sesiones, de conservar el día y la hora de manera fija; yo pienso que debo anotar cada sesión en la tarjeta para que no se empalmen las citas médicas con las psicológicas
35	20-Junio-05	Se atendió a la madre, la niña ha estado enferma, explica que en la cita reciente con el neurólogo, éste le comunicó acerca de "una manchita" detectada en el estudio de TAC, que le recomienda una resonancia, afirma que prefiere que le digan que tiene psicosis, que retraso mental, porque entonces ya no hay nada que hacer.
36	27-Junio-05	NSP. La madre informó acerca de cita con el oftalmólogo, de nuevo continua su cuadro de infección, tos, irritabilidad y llanto aunque sin lágrimas
37	4-Julio-05	Acude con la menor afirmando que ha estado enferma la niña y que no ha podido acudir a su rehabilitación, ese día la llevó enferma de diarrea.
38	14-Julio-05	Se reportan complicaciones respecto a la situación económica de la familia, así como de la proximidad de citas por los que se reanudarán las sesiones hasta el 8 de Agosto
39	2-Agosto-05	La madre reporta que su esposo no ha conseguido trabajo y la niña llora, al acercarme automáticamente toco su mejilla y le pregunto el motivo de su llanto, la niña me mira y luego desvía su atención hacia otra parte aunque ya en un tono menor su llanto, luego le digo si tiene hambre?, qué le sucede? Por qué llora?, luego que no llore que pronto estará en casa y luego ya solo solloza, mientras tanto es la madre quien comienza a lagrimear, le indico por cuestiones de tiempo que me espere un poco para platicar, ella señala que le parece que no está buscando trabajo su marido y que "de pilón" tiene que cancelar las citas médicas de la niña, (rehabilitación y paidopsiquiatría) por falta de dinero: Por razones de mi trabajo, cuando estuve disponible, ellas ya se habían retirado.
40	9-Agosto-05	NSP La madre reporta que no acudió a la sesión porque llevaría a vacunar a C. por sus cuatro años y que piensa solicitar un permiso ante las dificultades económicas para acudir al centro y solventar los gastos que le genera, avisa para "que no la corra" refiriéndose al reglamento del centro y las consecuencias de su incumplimiento?

41	15-Agosto-05	Se presenta la madre para informar acerca de cambio de día y que la menor continua enferma, por lo que se agrava su situación económica y decide solicitar un mes de permiso para no asistir a la rehabilitación, se le otorga un cambio mas en el que la sesión será los días miércoles a las 10 de la mañana
42	23 –Agosto-05	NSP.
43	7-Sep-05	Acuden madre e hija, Claudia tuvo sesión con C.H. para continuar en técnicas de alimentación, la niña se nota bastante bien, la saludo y me mira, pareciera que levemente me sonrío, tomada de la mano de su madre se balancea de un lado a otro introduciendo sus dedos aunque en menor medida y por menos tiempo, le hago el señalamiento de que se ve bien la niña, ella afirma que ya está mejorcita, yo le digo que pensé que ya no vendría y ella dice que su permiso termina el 21 de este mes, que s yo no le llamé para decirle de que se cancelaba su cita , le digo que no porque yo sabía de su permiso, explica de que ven mejoría en técnicas de alimentación, es como un ligero cambio, yo me agacho para mirar y saludar a Claudia y ella me mira brevemente y luego parece como si se avergonzara o mas bien tímida ante mi respuesta al verla, quedamos en mover un poco la sesión para que yo pueda asistir a la reunión de coordinadores y ella mientras dar su comida a la niña, ya que para ingresar al salón de juego no es necesario que vaya en ayunas o con tiempo de haber comido, “así nadie pierde, todas ganamos”, la madre explica que su marido le jugó una broma acerca de que le llamaron para “correrla del C.E.E.M” y ella dijo que si pasaba era su culpa ya que él no le daba dinero, la abuela de la menor ha estado “regañando” a la madre por tolerar la situación del marido quien nuevamente se quedo sin trabajo y la oportunidad de trabajo para Lupita era los domingos mas tendría que llevarse a las niñas situación que el padre ni apoyo ni desmiente.
44	21-Sep-05	Acuden puntualmente, se establece un nuevo cambio en el seguimiento de sesiones, ahora se trabajarán dos con la niña y una con la madre.
46	28-Sep-05	Acuden puntualmente
47	5-Oct-05	Acude la madre sola
48	12-Oct-05	Asiste la niña en compañía de la madre
49	19-Oct-05	Asiste la niña junto a su madre
50	26-Oct-05	NSP Reportan por teléfono dificultades económicas
51	2-Nov-05	Suspensión de labores en el centro
52	8-Nov-05	Llamada telefónica, deja recado la mamá explicando no podrá acudir a su cita del 9 de Nov. Tanto su terapeuta como su psicóloga no podemos tomar la llamada ni devolver el mensaje
53	15-Nov.-05	NSP. Aviso por teléfono que no vendría, ni su terapeuta ni su terapeuta respondieron a la llamada
54	22-Nov.-05	Acude la madre a solicitar permiso para faltar, exponiendo nuevamente la situación económica deficiente y que el padre quedo desempleado nuevamente.
55	30-Nov.-05	NSP
56	7-Dic.-05	Acuden ambos padres y la menor
57	4-Enero-06	Última sesión con la menor
58	12-Enero-06	Despedida con la familia y referencia a otra institución
59	5-Febrero-06	Elaboración de carta canalización, no regresó la madre por ella
60	19-Febrero-06	Se realiza una entrega de documento –resumen para referir a la niña a CAM, se hace una intervención en su área de terapia física, ante el anuncio de su terapeuta de que había acudido a la cita. Cierre.

JUNTA DE VALORACIÓN

AGOSTO 2005

NOMBRE: JCCJ

EDAD: 4 AÑOS Y 1 MES

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: León; Gto. 21 de Julio del 2001

FECHA DE INGRESO: 24 DE ABRIL DEL 2003

28-04-03 Rehabilitación. Se niegan antecedentes hereditarios y familiares; producto de 2do. Embarazo de curso normal, obtenida por parto eutócico, dada de alta con la madre, peso =3,100gr. No hipoxia ni ictericia. APP infecciones de vías respiratorias frecuentes, desde los 6 meses de edad, PB. Crisis convulsiva febril al año y dos meses. PC de 46cms. Ala inspección general se presenta reactiva-activa, auto agresiva, movimientos de tipo mecedora hasta cambiar a otra actividad, cabeza y cuello funcional, neurológicamente con pbs. En adquisición de lenguaje, déficit en control de salivación, ruidos inespecíficos bucales, de tórax y abdomen, buen equilibrio, defensas, no Galán, buenos vestibulares. AMPc Normal, buen tono, palmomentoniano positivo bil. ROTS ligeramente sanos, Babinsky dudoso. Id. Rdpm Moderado a Dc. Daño Neurológico. Pbs. Crisis de masturbación.

21-04-03.Neuropediatria. Microcefalia. Retraso Psicomotor Global: TAC y EEG Normales: No requiere de medicamentos.

13-08-03.EMT. Se refiere continuamente irritable, ocasionalmente monosílabos "ma" la madre presenta signos de Depresión (llanto, desánimo) ante la nula atención de la niña y deficiente respuesta tanto visual como auditiva; se solicita reval.MER estando de pié se balancea hacia los lados, PSIC. Para descartar Autismo.

23-08-03. comunicación humana. Sin intención comunicativa franca, respuesta auditiva ante su nombre y búsqueda de fuente sonora, adecuado seguimiento visual, sialorrea, no presenta imitación, IDx. Retardo en el lenguaje Alálico.

11-03.Psicología. PDx. Inconcluso, referida por EMT al detectar ctas. De Autista (auto mecerse, mirada inexpresiva o sin contacto visual), dada de baja por inasistencia.

13-01-04. EMT.Inasistencia irregular por enfermedades recurrentes en vías respiratorias. Atención dispersa, se lleva las manos a la boca, realiza pinza fina, inicia marcha independiente por tramos cortos con defensas altas.

17-02-04.Audiología.PEA.Audición normal en OD, hipoacusia leve OI, no candidata a auxiliares, realizar PEA en un año.

Neuropediatria. No alerta, lateralidad izquierda, T/A baja, hipotonía generalizada, EMOC hipotónico, TAC a los 6 meses con pérdida de la relación corteza sub corteza en forma difusa.EEG Normal, Cardispam ante deficiencias alimentarias.

17-03-04. Rehabilitación. Tono normal, ROTS normales, act. Vol. Normal, no pronuncia palabras, sigue sonidos, programa de casa.

14-04-04.Psicología.Tratamiento familiar en relación con las funciones familiares y el establecimiento de límites de límites, dada de alta por cumplir con los objetivos propuestos.

23-09-04.UTF. Ingreso a Natación, mejorar equilibrio en bipedestación, marcha y subir y bajar escaleras.

27-09-04.Pediatría.Acude por PB crisis asmática.IDX Hipotrófica con déficit del 11%; Asma moderado persistente, estado atópico: Dermatitis atópica rinitis alérgico y PB Asma Alérgico=Desparasitar, control de estado atópico; se propone inmunización con anti neumococo e influenza.

23-11-04.Psicología. Psicodiagnóstico con fines de ubicación escolar. Según criterios del DSM-IV-TR, se obtuvieron los siguientes resultados: Eje I: Z55.8. Dificultad para ingresar al ámbito escolar regular. Eje II: F79.9 Retraso Mental de Gravedad No Especificada; (F84.9 Trastorno Generalizado del Desarrollo no específico). Eje III: Asma de moderado a severo. Hipoacusia leve en oído izquierdo sin requerir de auxiliares. EMOC. Dermatitis atópica. Probable parasitosis. Eje IV: Fuertes dificultades de relación entre los padres; dificultad para el acceso a los servicios básicos de salud, medio socioeconómico bajo, adicciones y alcoholismo en la figura paterna, tabaquismo en la materna; incumplimiento terapéutico. Eje V: EEAG= 50 (Actual). Se considera con IDx. De Psicosis Simbiótica, desde la perspectiva mahleriana, a manera de hipótesis teórica y psicodinámica de la etiopatogenia, a través del cuadro siguiente: 1) Defectos innatos de una capacidad yoica para neutralizar impulsos, con defectos primarios preceptuales;2) Defectos en la relación madre-hija por alteración en la dinámica familiar y PB. Narcisismo patológico materno y 3) Enfermedades, hospitalizaciones que pongan en riesgo el vínculo y la auto imagen. Con las siguientes sugerencias de abordaje: Valoración integral por Paidopsiquiatría ante probable trastorno psiquiátrico. Psicoterapia vincular profunda para favorecer la relación madre e hija. Seguimiento médico por Medicina Física en Rehabilitación para fortalecer el desarrollo psicomotor y el general. Seguimiento médico por Pediatría ante trastornos ya conocidos de dermatitis atópica y crisis asmáticas, así como de control de crecimiento. Terapia Ocupacional con fines de rehabilitación sensorial para reconocimiento corporal. Ingreso a CAM para cubrir en lo posible su formación escolar.

12-01-05. Paidopsiquiatría. IDx. De Retraso Global del Desarrollo sec. A Microcefalia, caracterizado por: Irritabilidad, llanto frecuente, se jala la ropa, se autoagrede con "rasguños" atención dispersa, contacto visual mínimo, nulo seguimiento de órdenes, risa desmotivada, nulo lenguaje. Manejo médico con Melleril, peso =12 Kg.

08-06-05. Terapia Ocupacional. Valoración indica falta de prensión, ni la acción de tomar ni de soltar, no toma líquido en vaso, requiere técnicas de alimentación tanto para la ingesta de líquidos como de sólidos. Se solicita vaso entrenador y libreta para control de esfínteres.

08-06-05. Paidopsiquiatría. Se suspende medicamento y reaparece el cuadro, se reinicia Benzodizina, se avisa que acudirá al IMSS para apoyo médico.

14-06-05. Neuropediatria. Refiere Dx. De paidopsiquiatría de RR., t. Neuroconductual, valorar después de iniciar TX. Paidopsiquiatría.

27-06-05. Oftalmología. MÓV. Os Normales, fija y sigue luz. Cita a refracción bajo cicloplejía.

04-07-05. Oftalmología. Estrabismo en estudio, FO: Buena rapidez, buen reflejo, 30° centrales aplicados.

02-08-05. UTF. paciente estable, no cambió en su marcha y con obstáculos le es difícil al trabajar, ni por medio de juegos, es distraída y no sigue la instrucción.

15-08-05. Comunicación Humana. Indicaciones de trabajo de alimentación, masticación y alimentación con cuchara, disminuye sialorrea.

DIF LEON
CEEM
RESUMEN REVISION DE CASO 14 DE SEPTIEMBRE 2005

- 1.-Se comentó que la paciente cursa con un padecimiento neuropsiquiátrico en el cual coexisten tanto factores orgánicos como ambientales.
- 2.-Se hizo hincapié que la paciente ha crecido en un núcleo familiar disfuncional el cual repercute de forma importante en su patología.
- 3.-Se concluye que los problemas atópicos que padece la paciente (rinitis alérgica, asma) pueden deberse aún de forma indirecta a su problema psiquiátrico de base.
- 4.-Es evidente en base al peso actual de la paciente, que puede estar cursando con un problema nutricional grave. Hasta la fecha no ha sido valorada por nutrición ni se le han realizado estudios para confirmar ese aspecto. La actitud de los familiares ha sido de aparente "indiferencia", lo cual obviamente puede repercutir en la alimentación de la paciente. Consideramos urgente la determinación de su estado nutricional y en caso de identificar un trastorno grave (especificando que sea por alimentación deficiente) se buscará el apoyo necesario a través, incluso, de asesoría legal.
- 5.-Se acepta como hipótesis de trabajo el diagnóstico de psicosis simbiótica desde el punto de vista de Margaret Mahler.
- 6.-Se acepta en base al DSM-IV que la paciente cursa con un trastorno generalizado del desarrollo. Se revisó los posibles diagnósticos que entran dentro de esa categoría mencionando: autismo, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger (no se mencionó el trastorno inespecífico). Después de descartar posibilidades se llegó a la conclusión de que hay elementos para considerar autismo y de trastorno de Rett (este último por la microcefalia que presenta la paciente).
- 7.-Los pendientes a corto plazo son valoración integral nutricional. Los pendientes a mediano plazo son: continuar valoraciones por psiquiátrica, neurología pediátrica y pediatría. Continuar con terapia física. Por parte de psicología (y con apoyo de trabajo social) estar al pendiente de la conducta que presenta la familia hacia la paciente y en caso de identificar que esa conducta repercute negativamente en su salud, buscar la manera de apoyarla a través de asesoría legal.

Dr. Rafal Ludwik Smolinski
Coordinador médico CEEM

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Adler."Técnicas de Investigación Cualitativa".(1980).p.80
2. Álvarez Gayou. (Comp.).(2003).Cómo hacer investigación.Entrevista.México
3. Barbero L.(2000).**Síndrome de Rett: Revisión y Actualización de conceptos**.Fundación Nuevo D.I.A. (Desarrollo Integral del Autista). Venezuela
- 4.Bleichmar. (Comp.). (1988).El Psicoanálisis después de Freud, Teoría y Clínica. (Capítulo 16).Buenos Aires: Eleia Editores
5. Coderch J. (1990).TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA. Barcelona: Herder
6. Corona Sosa, M.(Abril 1997).La contratransferencia en el psicoanálisis infantil.Trabajo presentado en la graduación del Curso de psicoanálisis infantil.Instituto de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana APM 6.Dallal y Castillo E. y Mendoza García E. (Comp.).(1981).Psicosis infantil. Introducción, historia y clasificación. Trabajo presentado en el Taller Sobre Psicosis Infantil en el Inst. Nacional de Salud Mental DIF Mayo 22
- 7.Dupont y Jinich (1984).Análisis grupal.Órgano Oficial de la asociación Mexicana de psicoterapia Analítica de Grupo (A.M.P.A.G.). Volumen II. Número 1.pp 130
8. Eco Umberto(2001).Cómo se hace una tesis. Biblioteca de Educación. Herramientas Universitarias.Barcelona:Gedisa.pp235
- 9.Esquema de Historia clínica para la Supervisión de Casos. Autorizado por la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Propuesto por el Cuerpo Académico de la Maestría en Psicoterapia psicoanalítica De la Universidad Vasco de Quiroga, Campus León (1998).
10. Fiterman P, Valdez L, García R. FACTORES DE RIESGO, SIGNOS TEMPRANOS DE TRASTORNO Y DIAGNÓSTICO

PRECOZ EN AUTISMO Y OTROS DESÓRDENES TEMPRANOS DEL DESARROLLO. Estudio comparativo-retrospectivo de antecedentes y de desarrollo en niños -0 a 36 meses-. Universidad de Uruguay: www.psico.edu.uy/academia/uipd2.htm-9k

11. Freud A. (1984). NORMALIDAD Y PATOLOGÍA EN LA NIÑEZ. Evaluación del desarrollo: Paidós

12. Gardino F. (Mayo, 1983). El cuerpo como registro de la contratransferencia. V Reunión Científica Anual de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. *Cuadernos de psicoanálisis*.

13. Greenson R. (1976). Técnica y Práctica del Psicoanálisis. España: Siglo XXI Editores.

14. Guzmán T. (1996). Multiplicidad de factores para la coordinación de un Grupo de Psicoterapia en una Comunidad Terapéutica Psiquiátrica. Tesis de Postgrado para el Doctorado en Psicoterapia Grupal Psicoanalítica. Instituto de la A.M.P.A.G

15. Kohut H. (1986). La analizabilidad a la luz de la psicología del sí mismo. En ¿CÓMO CURA EL ANÁLISIS? (PP. 22-24). Buenos Aires: PAIDOS

16. Lartigue, Maldonado y Rosas. (1998) La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. Cap. 14 Trastornos en los vínculos parento-filiales. Asociación Psicoanalítica Mexicana; A.C. México: P y V Editores

17. Lerner y Nemirovsky (Noviembre 1999). Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D. Winnicott a la comprensión y tratamiento de la psicosis y otras patologías graves. Aperturas Psicoanalíticas. www.winnicott.net/español/html/i_clinica.asp

18. López-Ibor A y Valdés M. (2001). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Texto Revisado. **DSM-IV-TR**. España: MASSON

19. Mahler Margaret (1era reimpression 1990).Estudios 1 psicosis infantiles y otros trabajos: PÁIDOS
20. Manoni Maud.(1981)La primera entrevista con el analista.España:GEDISA
21. Marcelli d. (2004) Psicosis infantiles. En de Ajuriaguerra (Comps.), PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO (pp. 291- 331).Barcelona: MASSON
22. Martínez Salazar. (enero- junio 1996).Transferencia y contratransferencia en la investigación del Psicoanálisis. *Cuadernos de psicoanálisis*, XXIX:1 y 2
23. Mendizábal Pérez J.(2001)Vínculos y psicosis.Trabajo presentado en sesión científica sobre psicosis en la asociación psicoanalítica Mexicana
24. Monzón I. (Septiembre 1992). Descubriendo un nuevo continente. Encuentro Internacional sobre pacientes gravemente perturbados. Mora: la enfermedad de la muerte.Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires:www.isabelmonzon.com.ar/mora.htm_42k
25. Narbona J. y Chevrie-Muller Claude (2001). El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos
26. Nasio J. D.(2005)1.¿QUE ES CASO?.**LOS MÁS FAMOSOS CASOS DE PSICOSIS**.2da reeimp.Buenos Aires: Paidós
- 27.Pérez de PLa. (Septiembre 1997).De cómo la intervención precoz en las afecciones genéticas puede cambiar favorablemente su evolución psíquica.Trabajo presentado en el XI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil, de Adolescentes y Familia. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. México:admurray@ksu.edu

28. Reca T. Psicoterapia en la infancia. Psicoterapia de las psicosis infantiles: Nueva Visión.p. 362
29. Rolla E., Petre F., y cols (1988). "El empleo del cuerpo en la psicosis clínica". Cuadernos de psicoanálisis. Vol 1
30. Sandler J. y Tyson R. Conversaciones con Anna Freud. La técnica en psicoanálisis de niños: Gedisa.p.71
31. Stake R.E. (1999). Investigación con Estudios de Casos: Morata
32. Taylor y Bogdan. (1987). Investigación Cualitativa. Nociones Básicas
33. Tubert-Oklander, J. (1985). REFLEXIONES SOBRE PSICOTERAPIA. Capítulo 1 Las tres patologías básicas. Revista de Psicoanálisis APM. pp. 1145-1158
34. Tustin, F. (1972). Autismo y Psicosis Infantiles. Capítulo XI EL MARCO DE LA PSICOTERAPIA. PAIDÓS. p.p. 132-138