

La casa embrujada

Trabajo de grado para optar por el título de Magíster en Clínica Psicológica

Carolina Vásquez Mejía

Asesora

Constanza Álvarez Sánchez

Magister en Clínica Psicológica

Universidad Ces

Maestría en Clínica Psicológica

Medellín – Antioquia

2021

Tabla de contenido

1.	Datos de identificación	3
2.	Introducción y justificación	4
3.	Descripción de la implementación del método clínico	6
3.1.	Condiciones de entrada	7
	Condiciones de entrada del paciente y su grupo familiar primario	7
	Condiciones de entrada del terapeuta y del contexto de intervención	8
	El contexto de intervención	9
	La persona del terapeuta	9
3.2.	Motivo de consulta	10
3.3.	Objetivos clínicos	12
3.4.	Aproximación condensada a las razones que configuran y conservan la problemática: El cuento	13
3.5.	Planeación e implementación de acciones	17
3.6.	El vínculo: La obra de teatro (Personajes, roles e interacciones)	23
3.7.	Evaluación recursiva del proceso	32
4.	Presentación del marco referencial utilizado para el análisis del caso	39
4.1.	Teoría del Apego	39
4.2.	Una base segura	40
4.3.	Apego y psicopatología	51
4.4.	Intervención desde la teoría del apego	54
4.5.	El apego en psicoterapia	56
4.6.	El paciente preocupado: comportamiento y vínculo	59
4.7.	Intervención clínica desde la perspectiva vincular	62
5.	Aspectos personales considerados en el proceso	66
6.	Aspectos éticos considerados en el proceso	67
7.	Discusión y conclusiones	67
8.	Bibliografía	69
9.	Anexos	70

1. Datos de identificación

Estudiante: Carolina Vásquez Mejía

Supervisor: Constanza Álvarez Sánchez. Magister en Clínica Psicológica

Institución en la que llevó a cabo la atención del caso: IPS Ces Sabaneta

Línea de profundización: caso único a profundidad

2. Introducción y justificación

Se presenta el caso de un niño de 9 años atendido en la IPS Ces Sabaneta durante un periodo de ocho meses, en el proceso se llevaron a cabo 25 sesiones con periodicidad semanal y de manera presencial. El caso estuvo supervisado por la psicóloga Magíster en Clínica Psicológica Constanza Álvarez Sánchez.

El niño actualmente es estudiante de cuarto grado de primaria. Sus profesores refieren que tiene un buen desempeño escolar y que no presenta problemas comportamentales o de atención. La maestra del tercer grado sólo comenta de él que es un poco tímido. Todo el contexto de atención se ha dado en época de Pandemia, por lo que el niño ha estado estudiando la mayor parte del tiempo de manera virtual y este año 2021 en alternancia. En casa la madre evidencia problemas de comportamiento y de atención constantemente.

Sus padres son separados hace siete años, la separación se da por una infidelidad por parte del padre. Desde entonces el niño ha vivido con su madre y otros familiares como su abuela materna, su tía, dos tías abuelas y dos tíos abuelos, estos últimos adultos mayores de 60 años. Los fines de semana el niño comparte con su padre y los abuelos paternos. El comportamiento del menor es diferente en ambos lugares.

Durante los primeros cuatro meses del proceso de terapia, el niño vivía en la casa de todos los familiares anteriormente mencionados; a principios de este año 2021 se van a vivir a un hogar independiente la madre, la abuela y el niño. La madre trabaja actualmente en EPM en el área de contratación; en el año 2020 estaba trabajando en el Sena como contratista, este trabajo no le generaba mucha estabilidad y además tenía una fuerte carga operativa que le demandaba mucho tiempo más allá de la jornada laboral. Este cambio de trabajo del Sena a EPM le permitió sentirse más segura para buscar un lugar independiente para ella y su hijo. El padre trabaja como supervisor en Tigo y responde económicamente por su hijo.

El niño llega al servicio de psicología remitido por neurología pediátrica con diagnóstico provisional de “Perturbación de la actividad y de la atención, además de “Ansiedad Generalizada”. También es remitido de manera paralela a psiquiatría infantil y

neuropsicología, sin embargo, durante el 2020 sólo se llevan a cabo las terapias de psicología, y este año 2021 será atendido por psiquiatría infantil y neuropsicología.

En marzo de 2021 es atendido nuevamente por la neuróloga pediatra por la que fue remitido inicialmente; en esta consulta la profesional agrega el diagnóstico de “Trastorno Negativista desafiante”. Las consultas con la neuróloga han sido de manera virtual.

Este caso fue seleccionado para presentar como trabajo de grado por el interés que fue generando en mí como profesional, ya que si bien, el niño llega remitido con estos diagnósticos, se empezó a encontrar en el proceso que sus síntomas eran una consecuencia de su contexto familiar y de sus relaciones cercanas. Empezó a ser evidente como las manifestaciones comportamentales problemáticas sólo se presentaban en ciertos espacios y con ciertas personas, especialmente con su madre. El caso entonces adquiere una comprensión más amplia donde se incluye el sistema familiar y ciertos asuntos transgeneracionales que van influyendo en la dinámica de esta familia y en la relación madre – hijo. El caso ha permitido ver muchas cosas más allá de un diagnóstico y una sintomatología reportada por la madre, y ha facilitado el analizar toda una dinámica familiar, la relación de apego con la madre y a su vez el propio apego de la madre, y como toda esta historia se manifiesta en el comportamiento de un niño de 9 años que se torna ansioso, distraído y en ocasiones irritable.

Esta comprensión ha posibilitado realizar intervenciones no sólo con el niño, sino también con sus padres e incluso con su abuela. Los padres lograron cambios importantes y tomaron la decisión de hacer sus propios procesos terapéuticos. Se generó en esta familia un deseo por conocerse, por mejorar y un anhelo por tener una mejor calidad de vida para todos. Se pasó de que “el niño fuera el problema” a que la familia se responsabilizará cada uno de su parte y se trabajará en pro del mejoramiento.

Este caso me parece relevante en cuanto representa una muestra de la importancia de ir más allá de un diagnóstico y tratar unos síntomas. Si sólo el enfoque está en que el niño tiene TDHA, Ansiedad, Trastorno Negativista desafiante, pero no se ve más allá y no se busca la raíz o una explicación, pues simplemente se le llena de medicamentos y se tratan los síntomas. Pero no se mueve nada en la dinámica familiar, el niño queda siendo el

problema y el resto se desresponsabiliza porque que más se puede hacer si el niño tiene todos esos trastornos, que las pastillas y la psicóloga lo arregle.

Es un estudio de caso único donde se busca entender y a la vez explicar que puede haber más allá de un diagnóstico como el TDHA, la Ansiedad o el Trastorno Negativista desafiante en la infancia.

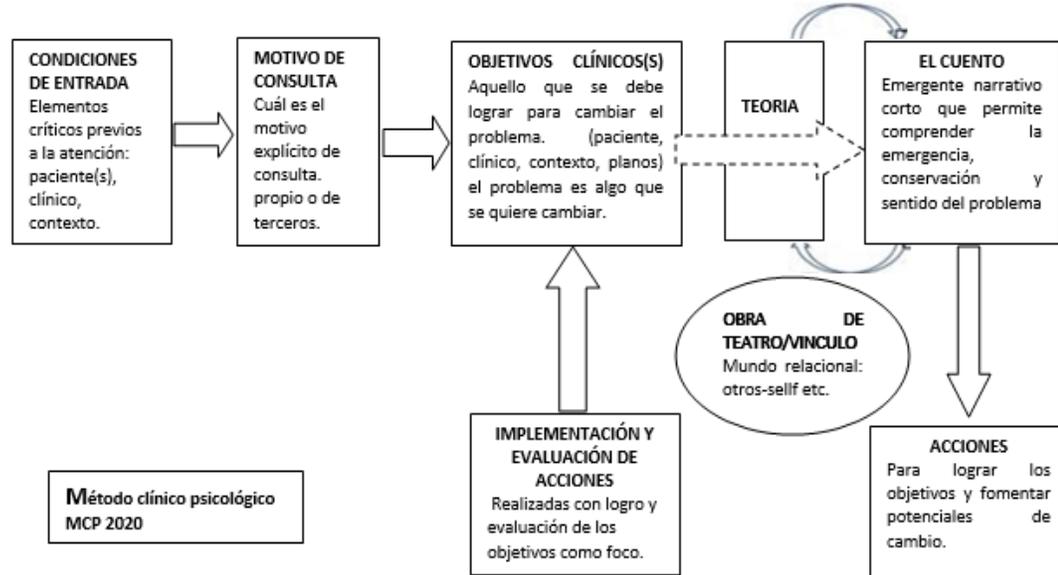
El caso también resuena con partes de mi historia personal lo que también ha motivado dicha elección. Al igual que el niño crecí con adultos mayores, abuelos paternos, primos y tíos. Mi madre también está diagnosticada con trastorno depresivo, y aunque ella no me crio, porque lo hicieron mis abuelos paternos, si compartía con ella algunos fines de semana y vacaciones. Es difícil tener una madre con estas características, entonces en muchos sentidos me identifico con lo que puede sentir y pensar el niño, en relación a su madre y a sus familiares. He visto también de primera mano el efecto que la relación de mi madre con mis hermanos medios ha dejado en el comportamiento de estos; ansiedad, depresión, abuso de sustancias, entre otros.

3. Descripción de la implementación del método clínico

Se llevaron a cabo sesiones quincenales con la asesora de prácticas donde se fue evaluando el avance y la comprensión del caso, desde los diferentes factores comunes que propone el método clínico de la maestría.

El abordaje terapéutico que a continuación se describe, se realiza teniendo en cuenta las bases del método clínico psicológico, el cual se propone en el proceso formativo de la maestría en clínica psicológica, enmarcado en una ontología relativista, paradigmas afines como la epistemología compleja y permeado conceptualmente por un carácter integrativo. En base a esto se abre un campo de análisis desde el reconocimiento de las múltiples realidades, la integración de la persona del terapeuta, los factores contextuales que conforman el caso permitiendo la comprensión de este. (Jaramillo , 2020)

A continuación, se presenta de manera gráfica la estructura del método planteado caracterizado por su recursividad, permitiendo así una lectura permanente del proceso.



Jaramillo, J. (2020). *Ilustración Método Clínico Psicológico*. Recuperado del texto del Método Clínico Psicológico.

3.1. Condiciones de entrada

Condiciones de entrada del paciente y su grupo familiar primario

El niño llega al servicio de psicología remitido por neurología pediátrica con diagnóstico provisional de “Perturbación de la actividad y de la atención, además de Ansiedad Generalizada”. También es remitido de manera paralela a psiquiatría infantil y neuropsicología, sin embargo, durante el 2020 solo se llevan a cabo las terapias de psicología, y este año 2021 será atendido por psiquiatría infantil y neuropsicología.

En marzo de 2021 es atendido nuevamente por la neuróloga pediatra por la que fue remitido inicialmente; en esta consulta la profesional agrega el diagnóstico del trastorno Negativista desafiante. Las consultas con la neuróloga han sido de manera virtual.

El proceso empieza con la entrevista a los padres. La madre se percibe angustiada por el comportamiento de su hijo y lista de manera extensa todas las faltas, fallas y defectos

del niño. Se identifica rápidamente la dificultad que presenta la madre en realizar comentarios positivos del menor. La madre acapara la mayor parte del relato, cuando el padre interviene le controvierte y presenta al menor como un niño con muchas problemáticas comportamentales.

Al momento de realizar la entrevista al padre éste se percibe más tranquilo y sereno ante la situación. Este padre percibe el comportamiento de su hijo como algo transitorio y que hace parte de su desarrollo. Comenta que: “conmigo el niño no es grosero, es respetuoso y me acata las normas”. El padre comparte con el niño los fines de semana, y refiere que cuando está en su casa se comporta bien, es respetuoso con sus abuelos y se convive en un ambiente tranquilo.

Los padres del niño se separaron hace 7 años, desde entonces el niño y la madre viven en la casa de la familia de la madre. En este entorno familiar el paciente es el único menor, allí convive con su madre y seis adultos más, cinco de ellos personas mayores de 60 años.

Es una familia conformada por ocho personas, un hogar donde predominan los adultos mayores y donde los comportamientos inquietos normales de un niño en la mayoría de ocasiones no son bien recibidos ni tolerados.

Ambos padres están interesados en el proceso del niño, los dos asisten a la entrevista inicial y se muestran dispuestos a cooperar en el proceso.

La madre manifiesta que tiene diagnóstico de Trastorno de Ansiedad y Depresión Moderada. Está siendo atendida en Samein por psiquiatría y toma medicamentos. Aún no ha comenzado su proceso terapéutico, y tiene resistencia a hacerlo.

Condiciones de entrada del terapeuta y del contexto de intervención

Para Jaramillo (2020) el análisis de la persona del terapeuta y el contexto de intervención constituyen la puerta de entrada al método clínico psicológico. Se considera que es indispensable que el clínico realice un ejercicio de reconocimiento de sí mismo de manera continua, en aspectos como su historia, nudos emocionales y actualizaciones de elementos de su vida cotidiana y personal que surjan en esta interacción. Es un proceso

constante en el que el terapeuta debe estar revisando asuntos éticos, políticos, valores esenciales y sus límites, el estilo personal, entre otros, y la forma en que pueden intervenir estos aspectos en la comprensión e intervención del caso.

El contexto de intervención

La atención se da de manera presencial en la IPS Ces Sabaneta, inicia en agosto de 2020 en época de Pandemia por Covid 19, cuando empiezan a flexibilizarse las medidas para atención a pacientes de manera presencial. Se elige esta modalidad presencial por la comodidad del espacio y las ventajas que ofrece para el trabajo con niños (juguetes y diferentes materiales para el trabajo). El trabajo presencial no ha representado ningún temor, ya que se cuenta con todas las medidas de bioseguridad.

La persona del terapeuta

Es primera vez que ejerzo la clínica después de muchos años, mi experiencia en este campo fue hace 10 años en la práctica del pregrado donde trabajé con niños con discapacidad cognitiva y autismo. El resto de mi carrera profesional me he desempeñado como psicóloga organizacional, actualmente laboro como Directora de Gestión Humana en una compañía. Tengo una especialización en psicología organizacional y una maestría en psicología de las organizaciones y del trabajo de la USB. Mi proceso personal lo llevé durante varios años con una psicoanalista, siempre me ha gustado el psicoanálisis, sin embargo, en esta maestría opté por profundizar inicialmente en el enfoque cognitivo. No obstante, me he sentido naturalmente atraída por las teorías relacionales, especialmente la teoría del apego, la cual ha constituido el eje central del marco teórico orientador de este trabajo de grado, ya que me ha permitido entender y conceptualizar el caso.

Este reto de enfrentarme a la clínica ha significado nerviosismo e inseguridad, también un deseo grande de aprender y hacer las cosas lo mejor que pueda para mis pacientes. Me tranquilizó un poco que el primer caso fuera de un niño, ya que en la práctica del pregrado había tenido esta experiencia y fue bastante enriquecedora.

Cuando me llega el caso del niño y escucho a su madre como habla de él y como lo describe, siento compasión, parece ser un niño que recibe muchas críticas y que está muy

solo en un mundo de adultos que le dedican poco tiempo y que no le tienen mucha paciencia. Además, por lo general recibe un trato descalificador, de burlas y de agresividad (gritos o pelos).

Esta empatía que siento con la historia del niño, en parte se da porque yo también crecí en un hogar con adultos y adultos mayores, mis abuelos y mis tíos, y yo era la única niña. Sin embargo, en mi caso mis abuelos fueron personas amorosas y respetuosas.

La relación de la madre con el niño en ocasiones me lleva a pensar la relación de mi madre con mis hermanos medios y conmigo. Mi madre está diagnosticada con depresión mayor y la interacción con ella es compleja, tiene una historia de vida bastante triste y actualmente su entorno familiar es caótico y disfuncional. En mi caso a diferencia de mis hermanos, mi mamá no me crio, sino que lo hicieron mis abuelos paternos. Siempre he sentido que mi madre está tan enrollada con sus propios asuntos y sufrimientos, que no tiene mucho espacio para nadie más. Con mis hermanos medios que han convivido siempre con ella, el tema ha sido difícil ya que ha predominado un ambiente ambivalente y en ocasiones hostil.

La madre de mi paciente me genera tensión desde el primer momento, como la sensación de que me quiere controlar y poner a prueba en todo momento. Al mismo tiempo también me genera compasión, ella se expresa de manera agresiva, pero es evidente que detrás de estas formas de comunicarse se esconde una profunda tristeza.

La interacción con estos dos pacientes, el niño y su madre me han movido significativamente a nivel emocional, y cada vez que reflexiono sobre el caso encuentro más resonancias con mi historia personal y con el estilo de relación que he construido con ellos.

3.2. Motivo de consulta

Este componente del método implica según Jaramillo (2020), la clarificación de aquellos aspectos por los que la persona ha buscado ayuda psicológica, ya sean motivos propios o sugeridos por un tercero.

El paciente viene remitido por neurología pediátrica con diagnóstico de “Déficit de perturbación de la actividad y de la atención y trastorno de ansiedad generalizada”. Le ordenan 10 sesiones de terapia cognitivo conductual.

Motivo de la neuróloga pediatra: “cuadro que inicia hace 6 meses, con cambios escolares, bajo rendimiento escolar, de un momento a otro, con llamados de atención, se levanta del puesto, interrumpe la clase, se atrasa, no termina su actividad, se cansa fácil, no logra terminar de ver una película, muy adicto a la tv, y videojuego. Con conductas desafiantes - se irrita fácil. Estos cambios se evidencian en casa y colegio. Trasquiló a la mascota, no la agrede. Dice mentiras. Además, conductas ansiedad. Paciente con síntomas de TDAH mixto de gravedad moderada, con síntomas de T ansiedad, no ha sido valorado por neuropsicología”.

Motivo de la madre: “M está muy desobediente, contesta fea, es grosero con la gente de la casa, no se concentra en las clases, se mete a YouTube mientras está en clase, le da rabia cuando lo regaña, todo el tiempo quiere jugar video juegos, es muy torpe y derrama las cosas, también se come las uñas y se arranca los cueritos de los labios, y a veces hace movimientos raros con la cabeza y los brazos. El viene así, hace por ahí dos años cuando le regalaron un Nintendo”

Motivo del padre: “Yo al niño no le veo tantos problemas, pienso que es la edad y el momento que está viviendo”

Motivo del paciente: “Vengo aquí para hacer algo diferente y no estar tanto tiempo jugando video juegos”

Motivo de la profesora: “el niño es un niño normal, como lo otros, no le veo comportamiento de hiperactividad o falta de atención, tiene buen desempeño escolar, sólo es un niño un poco tímido”.

3.3.Objetivos clínicos

Para Jaramillo (2020) los objetivos clínicos se refieren a las motivaciones que subyacen al motivo de consulta y que se convierten en el objetivo de la atención. Son aquellos aspectos que se convierten en objetivo del cambio. Desde una lógica recursiva los objetivos son cambiantes, móviles y van emergiendo y desapareciendo a medida que el proceso avanza.

Siguiendo a Jaramillo (2020) un objetivo clínico debería ser visible, evidente en la vida diaria y traducible a indicadores concretos de cambio, deben poderse evaluar y ser objeto de seguimiento.

Objetivos al inicio del proceso

1. Construir un vínculo terapéutico que le brinde al niño una base segura para explorar sus vivencias, pensamientos, emociones y conductas.
2. Identificar con los padres del niño las formas de relación entre ellos, el concepto que cada uno tiene del niño y como intervienen en la crianza, desde la parte del afecto y de los límites.
3. Intervenir los aspectos de la relación de estos padres con el niño que puedan estar influyendo en su malestar y sintomatología.
4. Brindar pautas para la convivencia en el hogar con los diferentes miembros de la familia (abuela y tíos), donde se incluyan formas de comunicación más respetuosas e incluyentes.

Objetivos a la mitad del proceso

5. Generar estrategias que permitan al niño tener una imagen más positiva de sí mismo y la manera en que piensa que lo ven sus familiares.
6. Brindar estrategias que le permitan identificar y nombrar sus emociones, con el fin de encontrar formas de expresión que le generen menos malestar y menos conflictos con su familia.

7. Brindar estrategias para el fortalecimiento de la atención, la concentración y la calma, por medio de diferentes técnicas de Mindfulness.

Objetivos al final del proceso

8. Enseñar al niño nuevas pautas de comunicación para interactuar con sus familiares, desde el respeto y la calma.
9. Construir con los padres nuevas estrategias en la crianza del niño, desde una relación basada en el amor y el respeto.
10. Remisión y seguimiento a los procesos individuales de ambos padres para comprender como han influido en la dinámica familiar.

3.4.Aproximación condensada a las razones que configuran y conservan la problemática: El cuento

Para Jaramillo (2020) en el método clínico psicológico se propone desde el inicio del proceso la construcción de una historia, una narración de la vida del consultante a través de la cual el clínico va construyendo una aproximación comprensiva al cómo, el por qué y el para qué ha llegado a la situación problemática que lo ha llevado a consulta.

La casa embrujada

Cuenta la leyenda que en un reino muy lejano existe una misteriosa, antigua y ruidosa casa, habitada por personajes peculiares que durante años han atemorizado y causado curiosidad a los habitantes del reino y sus visitantes.

Esta casa vieja de grandes puertas y ventanas, cuentan los sabios del reino, recibió una terrible maldición: todo aquel que viviera en ella dejaría de sonreír, sería un hogar de personas viejas, cansadas y tristes.

Cuentan los ancianos del pueblo que la maldición embrujó a la casa y a sus habitantes, una familia de artesanos que nunca más podrían escapar de allí. Estaban

destinados a vivir eternamente bajo aquel mismo techo, ninguno de ellos podría huir, y estarían condenados a nunca más volver a sonreír.

El conjuro fue realizado por la bruja más poderosa del reino, que a su vez fue la primera habitante de aquella casa; cuentan que era tanto su sufrimiento, que el embrujo atrapó a todos sus descendientes.

El conjuro solo sería levantado por alguien de la familia que habitara la casa sin perder su felicidad. Tristemente, ningún miembro de la familia lograba sobrevivir al hechizo y tarde o temprano sus caras se tornaban amargas, se desdibujaba la sonrisa y desaparecían las ganas de ser cariñosos, reír y abrazar.

Una tarde de verano Olivia, una de las jóvenes artesanas de esta familia embrujada y nieta de la mujer que inició el conjuro, decidió salir a pasear por el sendero del río. Allí se encontró con un hermoso joven que cuidaba un rebaño de ovejas, le sorprendió la altura de aquel hombre, sus ojos claros y su amplia sonrisa, hacía mucho tiempo que Olivia no veía a nadie sonreír. Aquel joven, llamado Marco, le contó que vivía en una bella granja no muy lejos del río. Estuvieron conversando toda la tarde y acordaron seguirse viendo cada día antes del atardecer.

Olivia escapaba de su casa cuando su madre Fabiana y sus tíos y tías estaban concentrados en sus labores habituales de alfarería, aquellas personas sólo se ocupan de su trabajo y no prestaban mucha atención a lo que Olivia hiciese. Sólo Lucia, su hermana, se percataba de las escapadas de Olivia, la espiaba cada tarde y veía como pasaba horas arreglándose frente al espejo de su habitación, se sentía intrigada, pero decidió guardar aquel secreto.

Olivia seguía encantada con el joven alto de la bella sonrisa, para ella él representaba algo fantástico, novedoso, hasta llegó a pensar con ilusión que quizás él podría devolverle su alegría. Al cabo de un tiempo la joven decidió escapar de aquella casa maldita e irse a vivir en la granja con su gran amor.

Los primeros meses fueron maravillosos, Olivia empezaba a sentir que se había librado de aquella terrible maldición, aunque no podía sonreír, sentía algo diferente en su

pecho, una sensación que no sabía cómo explicar. Tal vez pensó que era aquello que otras mujeres del reino llamaban amor.

Al tiempo Olivia y Marco se dieron cuenta de que esperaban un bebé, no contaban con ser padres aún, pero aceptaron con agrado dicho acontecimiento. Aquel conjuro todavía tenía efecto sobre Olivia, que, aunque había logrado escapar de la casa, todavía seguía sin recuperar la alegría. Se preguntaba a diario si el conjuro de su abuela bruja tendría efecto en su bebé, y si éste se libraría del embrujo.

Preocupada por la situación decidió visitar al Mago del reino para consultarle por el futuro de su hijo, quien con palabras sabias le dijo: “Sólo podrás cambiar el efecto del conjuro sobre tu hijo, si logras no dejar apagar su chispa y su alegría, si al cumplir los 15 años tu hijo es un joven alegre, el conjuro no tendrá más efecto sobre él, será libre y podrá elegir como vivir su vida”.

Olivia sintió esperanza ante las palabras del viejo Mago, pues era el hombre más viejo y sabio del reino. Confió que con Marco a su lado y viviendo en la granja su hijo sería feliz. El bebé nació y recibió el nombre de Elías, fue un niño fuerte y saludable que durante sus dos primeros años disfrutó al lado de sus padres y jugando con los animales de la granja.

Cuando Elías estaba a punto de cumplir sus dos años de edad, el espíritu de la malvada bruja apareció en la granja, y le recordó a Olivia que ella no se libraría del conjuro y que pronto volvería a la casa embrujada a donde pertenecía. Olivia sintió mucho temor, no quería que nada la separara de su amado Marco, pero éste hacía algún tiempo que había dejado de quererla.

Cada día Marco se levantaba con la esperanza de ver sonreír a su mujer, de sentir su alegría, y no entendía como era para ella tan difícil expresar cariño. Finalmente, no aguantó más el vivir con Olivia. Le pidió que se marchara de la granja, le explicó que no podía amarla más ni seguir viviendo con ella, pero que confiara en que él siempre estaría en la vida de Elías, y que lucharía porque el conjuro no acabara con la alegría de su hijo.

Olivia regresó a la casa ruidosa, esta vez con Elías caminando de su mano; el niño inocente de lo que encontraría y Olivia con el corazón hecho pedazos. Al verla toda su

familia salió a su encuentro, y los llevaron a la habitación que habían estado preparando para ellos, sabían que tarde o temprano Olivia regresaría, era la misma historia que Fabiana la abuela de Elías había vivido tiempo atrás. “Nadie escapa de esta maldición”, pronunció con voz fuerte una de sus tías, aquella a la que el conjuro más había contaminado.

Elías fue creciendo en este hogar, rodeado de todas estas personas mayores, que no sonreían, que lo regañaban y que le gritaban constantemente. Elías se preguntaba porque no lo comprendían o como habrían sido ellos de niños, no entendía porque no les gustaba jugar y porque siempre estaban sus tías gritando y sus tíos callados, como ausentes. Elías a pesar de todo los quería mucho, aunque no tanto a su tía la gritona, estaba harto de que no lo dejara jugar y que siempre lo regañara.

Cada mañana Elías pensaba porque en aquella casa estas personas actuaban así, pues en la granja donde vivía su padre Marco y sus abuelos todo era muy distinto. En las noches soñaba con vivir en una casa distinta, colorida y llena de flores, donde pudiera correr y jugar en compañía de su madre.

Un día, faltando poco para que Elías cumpliera sus nueve años, su padre Marco y su madre Olivia empezaron a notar que su hijo estaba distinto, había dejado de lado sus juegos y pasaba largas horas mirando por una ventana. No entendían que veía el niño, que lo tenía tan absorto, era como si estuviera en otra realidad.

¿Acaso el conjuro había empezado a tener fuertes efectos sobre él?

Marco se preguntaba si a pesar de sus esfuerzos el destino de su hijo amado estaba inevitablemente trazado.

Olivia sentía tanta culpa que prefería evadir el tema. Le reconfortaba pensar que Elías tal vez habría contraído alguna rara enfermedad que podría ser curada fácilmente con medicinas del boticario del reino. Ambos padres empezaron a buscar respuestas, querían que su hijo lograra vencer el conjuro.

Olivia decidió cumplir el sueño de su hijo de vivir en una casa colorida y llena de flores, pensó que tal vez eso le ayudaría a superar lo que le estaba pasando. Se mudaron a una linda casa cerca del río, allí vivirían Fabiana la abuela, Elías y Olivia. Así Elías no

tendría que aguantar los gritos y la amargura constante de los viejos de la casa, pues estarían en su propio hogar.

Fueron pasando los días, y aunque Elías se sentía tranquilo en su nuevo hogar, Olivia insistía en la enfermedad de su hijo, no observaba ninguna mejoría, no lograba ver avances, ni nada bueno en él. Regresó entonces donde el viejo Mago, quien esta vez le dijo que dejará de buscar afuera las respuestas, que la clave para romper el hechizo estaba en ella. El viejo mago no podía darle una receta mágica, que era lo que ella esperaba; Olivia debía trabajar fuertemente cada día en estar mejor ella misma, en conocerse, en buscar los caminos que la hicieran estar mejor, y solo así el embrujo se iría desvaneciendo de su vida y la de su hijo.

Olivia se sentía furiosa: ¿cómo se atrevía ese viejo Mago a poner semejante responsabilidad en ella?, ¿acaso no entendía su sufrimiento y que ella también era víctima de un hechizo? Pensaba que el Mago debería simplemente agitar su varita mágica y desvanecer el conjuro, o acaso no era tan poderoso como decían. Cada semana Olivia y Elías visitaban al Mago, mientras Elías disfrutaba de conversar con el viejo y jugar con sus pocimas, Olivia le reclamaba desesperada una solución rápida a su problema.

Con el paso del tiempo Olivia fue entendiendo que cada visita que hacían al mago era un avance en el proceso de quitarse la maldición, se fue calmando la prisa y empezó a disfrutar de visitar al mago y a varios de sus compañeros, pues todos la escuchaban, se interesaban en ella y le daban importantes pistas para romper el hechizo. Ella sentía que, aunque era difícil, podía lograrlo si persistía en su objetivo, los magos la animaban a seguir, ellos sentían que ambos, Elías y ella estaban cerca de librarse del conjuro.

3.5.Planeación e implementación de acciones

Este componente corresponde a la elaboración de un plan de acción que parte de los objetivos clínicos definidos.

Jaramillo (2020) plantea que este plan debe contemplar las acciones pertinentes para promover la transformación y generar dinámicas que faciliten la activación de los

potenciales de cambio de las personas de acuerdo con sus características personales y contextuales, facilitando así la modificación de los aspectos problemáticos que fueron señalados como el objetivo de atención.

El método clínico continúa con la implementación de acciones definidas como necesarias para generar el cambio esperado, teniendo en cuenta que han sido previamente priorizadas de acuerdo con el análisis teórico y contextual realizado. Esta implementación es de carácter recursivo, pues implica una revisión circular constante del impacto que genera en las personas.

La intervención exige una lógica recursiva en la que, luego de una lectura situacional, se interviene, para luego analizar el impacto y la pertinencia de la acción, ajustándola y modificándola según la lectura contextual realizada.

Acciones vinculadas a objetivos al inicio del proceso

1. Construir un vínculo terapéutico que le brinde al niño una base segura para explorar sus vivencias, pensamientos, emociones y conductas.
 - Se crea y se consolida el vínculo terapéutico, por medio del juego, las expresiones artísticas y el interés por las aficiones del niño.
 - Se permite que el niño escoja, en muchas de las sesiones, la actividad o el juego que desea realizar. El poder elegir y tomar decisiones es importante para él, pues casi todo en su hogar le llega como imposición.
 - Se establece un espacio de escucha activa e interesada por los diferentes temas que el niño desea expresar. En su contexto familiar sólo su padre muestra interés en sus gustos, aficiones, sueños, etc.
 - Se establecen estrategias de reconocimiento al niño en las diferentes actividades que se llevan a cabo en el consultorio. El paciente pone empeño e interés en casi todas las actividades que se proponen en consulta y disfruta ser reconocido por ello.

2. Identificar con los padres del niño las formas de relación, el concepto que cada uno tiene del niño y como intervienen en la crianza, desde la parte del afecto y de los límites.

- Se llevan a cabo sesiones individuales con los padres, enfocadas en identificar el tipo de relación que tienen con el niño, como lo describen y cómo interactúan con él en la cotidianidad.
- Se implementan dentro de las sesiones espacios de interacción entre la madre y el niño, con diálogos sobre temas específicos que permitan evidenciar el estilo de comunicación e interacción entre ambos.
- Se realiza una sesión con la abuela materna con el objetivo de identificar patrones de crianza, estilo de relacionamiento entre la abuela y la madre del menor, entre otros aspectos de la historia y la dinámica familiar que puedan estar influyendo en la problemática actual.

3. Intervenir los aspectos de la relación de estos padres con el niño que puedan estar influyendo en su malestar y sintomatología.

- Con la madre se trabaja la importancia del respeto en la comunicación, se le orienta para que evite los gritos, las pelotas, las palabras soeces, las descalificaciones u otro tipo de comunicación que afecte la autoestima del niño.
- Se propone implementar estrategias de reconocimiento verbal a las conductas positivas del niño. Que el menor sienta que su madre evidencia otros aspectos en él y que no todo es malo o negativo.
- En varias sesiones se trabaja con la madre la dificultad que ésta tiene para expresar cariño y ternura hacia su hijo. Encontramos que es un aspecto que está relacionado con su tipo de crianza y que es fundamental trabajar este aspecto en un espacio terapéutico individual.
- Con el padre se llevan a cabo varias sesiones donde se le dan pautas para que intervenga y apoye a la madre en los temas de la crianza del menor que

tienen que ver con el establecimiento de límites, acatar las normas, tener disciplina, cumplir con los deberes escolares y de la casa, entre otros.

- La orientación a ambos padres es para que con acciones en el día a día logren tener una crianza respetuosa y equilibrada con el niño. Que ambos representen el amor, la ternura y el afecto, y también sean orientadores frente al respeto por las normas y la importancia del cumplimiento de los deberes.

4. Brindar pautas para la convivencia en el hogar con los diferentes miembros de la familia (abuela y tíos), donde se incluyan formas de comunicación más respetuosas e incluyentes.

- Se brindan pautas a la abuela materna frente a su interacción con el niño como: evitar las burlas, los gritos, las descalificaciones, y las conductas sobre protectoras que fomentan la inseguridad en el niño.
- Se da recomendación a los tíos por medio de la madre y de la abuela, para que eviten las descalificaciones, gritos y burlas hacia el niño.
- A la madre se le recomienda si está en sus posibilidades tener un espacio independiente para vivir con su hijo. Un espacio donde tengan más tranquilidad y no esté el conflicto constante con tantos familiares.

Acciones vinculadas a objetivos en la mitad del proceso

5. Generar estrategias que permitan al niño tener una imagen más positiva de sí mismo y la manera en que piensa que lo ven sus familiares

- Se realizan actividades (juegos de rompecabezas, pintura, manualidades, video juegos) donde el niño pueda sentir que hace las cosas bien y que está poniendo en práctica sus habilidades.
- Se llevan a cabo ejercicios (por medio de escritura o dibujo) donde el niño puede manifestar como considera que lo ven sus compañeros, sus profesores, su padre, sus demás familiares paternos. También lo que él

piensa de sí mismo en cuanto a sus cualidades y aspectos por mejorar. Esto con el objetivo de ampliar el panorama y que no se quedé solo con las cosas negativas y las descalificaciones que recibe en su familia materna.

- Se hace uso del reconocimiento de manera constante en la terapia, tanto de las habilidades observadas como de las mejoras o avances observados en el proceso.
- Se debaten con el niño estas creencias negativas para restarle fuerza al sentimiento de no ser suficiente o que nada alcanza para sus seres queridos, buscando evidencia contraria y contrastándola con la opinión de su compañeros y familiares

6. Brindar estrategias que le permitan identificar y nombrar sus emociones, con el fin de encontrar formas de expresión que le generen menos malestar y menos conflictos con su familia.

- Se explica al paciente (por medio de juego con títeres y fragmentos de la película intensamente) cuales son las emociones, para que sirven, como se manifiestan, su importancia en la vida de todas las personas.
- Se identifica con el niño (por medio de la escritura) que situaciones de su vida cotidiana le hacen sentir que tipo de emociones y como él usualmente las expresa.
- Se exploran diferentes alternativas para expresar las emociones y alternativas para regularlas cuando se presentan de manera muy intensa, como en el caso de la rabia y el miedo.
- Se identifican las emociones en el cuerpo para saber reconocerlas y diferenciarlas, de acuerdo con las diferentes situaciones.

7. Brindar estrategias para el fortalecimiento de la atención, la concentración y la calma, por medio de diferentes técnicas de Mindfulness.

- Se realizan prácticas cortas de Mindfulness para niños al inicio de las sesiones, también se enseñan y se practican ejercicios de respiración.
- En las sesiones se realizan continuamente actividades que implican paciencia, detalle y concentración. El paciente logra llevarlas a cabo sin inconveniente.
- Se monitorea en que situaciones específicas se han utilizado los ejercicios aprendidos y se han tenido efectos positivos o no.

Acciones vinculadas a objetivos al final del proceso

8. Enseñar al niño pautas de comunicación para interactuar con sus familiares, desde el respeto y la calma.
 - Se realizan prácticas por medio de juego de roles, con la manera en la que habitualmente el niño ha respondido y con posibles alternativas que se podrían usar.
 - Se reflexiona con el niño sobre él porque cree que sus familiares se comportan de manera grosera en ciertas situaciones, llevando al niño a pensar en lo que posiblemente pueden estar sintiendo o viviendo sus familiares. Este ejercicio de empatía podría llevarlo a reaccionar de otra manera no tan automática, o a identificar si él está provocando ciertas situaciones en las que luego va a sentirse mal por recibir un grito o un maltrato.
9. Construir con los padres nuevas estrategias en la crianza del niño, desde una relación basada en el amor y el respeto.
 - Se explora con los padres diferentes propuestas que sirvan para mejorar el relacionamiento con el niño desde lo que cada padre ha descubierto que debe mejorar.

- Se realiza seguimiento a las acciones de cada propuesta y lo que han significado en la dinámica familiar.

10. Remisión y seguimiento a los procesos individuales de ambos padres para comprender como han influido en la dinámica familiar.

- En las diferentes sesiones con la madre va emergiendo la necesidad sentida por ella misma de tener su espacio individual de terapia, por lo que se remite para que sea atendida también en la IPS.
- Posteriormente se va realizando seguimiento a los asuntos elaborados en la terapia individual en relación con el niño y que van facilitando la dinámica familiar.
- En las últimas sesiones del niño el padre solicita remisión para iniciar su proceso individual.

3.6.El vínculo: La obra de teatro (Personajes, roles e interacciones)

Para Jaramillo (2020) en el método clínico psicológico la lectura interaccionista es fundamental; desde esta perspectiva, la relación con los otros es el insumo esencial para comprender los significados que damos a todos los aspectos de la vida, en este relacionamiento las personas ocupan un lugar dentro de las tramas vinculares en las cuales viven, lugares que pueden ser entendidos como diferentes personajes que desempeñan roles diversos.

De esta manera, los significados construidos por las personas en el marco de sus interacciones sociales son emergentes de las interacciones entre personajes que actúan roles diversos, los cuales se convierten en focos de la lectura vincular.

El vínculo es el centro alrededor del cual gira el análisis de caso propuesto, en tanto es el eje que permite la lectura recursiva alrededor del cual se organiza y da sentido a todo el proceso.

Obra de teatro del paciente:

Personajes:

Paciente: perdido en un mundo de adultos, lo que hace nunca alcanza. “Jodo para que me vean”.

Mamá: la exigente que nada le alcanza

Papá: el compañero de juegos

Abuela materna: otra niña más

Tía abuela: la gritona

Tíos abuelos: los invisibles

Abuelos paternos: los consentidores

Terapeuta: entre dos mundos. En el cuento el viejo Mago que no hace funcionar la varita mágica.

M es un niño de 9 años que llega a la consulta remitido por neurología infantil con impresión diagnóstica de TDHA y Ansiedad. La consulta con esta profesional se da de manera virtual y la impresión diagnóstica se establece con base en el relato de la madre y en un par de preguntas realizadas al niño. La segunda consulta varios meses después se da también de la misma forma y con la misma metodología, y se agrega el diagnóstico del trastorno Negativista desafiante. Resalto este punto, ya que si el diagnóstico y el análisis del caso del niño solo se establecen desde el relato de la madre es comprensible que como resultado se obtengan estos tres diagnósticos y la visión de un niño con múltiples problemáticas comportamentales.

Análisis del micro contexto:

Los padres de M se separan (dejan de convivir, aún no se han separado legalmente) cuando éste tiene 2 años de edad, la separación se da por una infidelidad por parte del padre (versión de la madre). El hogar se disuelve y M y su madre se van a vivir a la casa donde la madre creció.

Esta casa donde la madre creció es la de sus abuelos y allí conviven sus tíos, sus tías y su madre. La mamá del niño creció en este hogar con su madre quien le dijo que su padre estaba muerto. Años más tarde, en la etapa de la adolescencia descubre que su padre está vivo y que su madre le había ocultado esta información.

En este hogar donde vivió la madre del niño casi toda su vida, y M durante siete años (desde los 2 hasta los 9 años), predominó un ambiente hostil, de críticas negativas, burlas y agresiones físicas y verbales. A la madre del paciente siempre le infundieron miedos relativos a su capacidad de ser independiente y hacer su propia vida; siempre le vaticinaban que, si se iba de la casa tarde o temprano volvería, que ella no era capaz sola. En el ambiente de esta familia se normalizó la crítica, el ver sólo el lado negativo de las situaciones y el poco o nulo reconocimiento de los logros. La madre de M dice que ella no ha recibido ese reconocimiento nunca, que incluso su hijo también solo ve lo malo en ella y ella en su hijo.

Ha sido un hogar de sobre protección, de miedo a salir, a lo nuevo, a la independencia, los adultos mayores de la casa siguen fomentando el miedo y la inseguridad en los integrantes más jóvenes. La historia entre la abuela y la madre de M, es también compleja, con recuerdos tristes de maltratos, mentiras y privaciones.

Relación del niño con su madre: imposible de satisfacer

La madre aún recuerda con dolor el motivo de su separación y manifiesta sentimientos de rabia hacia el padre de M, dice que ella nunca se imaginó criar sola a su hijo y que le ha parecido muy difícil. Reconoce que esa rabia que originalmente es hacia el padre, a veces la siente también por el niño.

Es una madre que le cuesta mostrar afecto y ternura hacia el niño, lo regaña constantemente, le desaprueba lo que hace y según el niño a todo le dice no. Esta mamá

casi siempre se muestra tensa, sería y como si estuviera brava. Para ella la mejor forma de educar es ser exigente y fomentar la disciplina, sobre todo en lo que tenga que ver con lo académico. Por parte de los profesores del niño no hay quejas de su desempeño o su disciplina, en el colegio son conscientes de las dificultades que pueden presentarse con la virtualidad. Sin embargo, a la madre la estresa constantemente el tema y los conflictos que se generan en casa en la mayoría son por este motivo. Esta mamá tiene unas expectativas altas para su hijo y esa exigencia hace que el niño sienta que todo lo que él hace para su mamá está mal. Manifiesta que su mamá no conoce mucho sus gustos, que casi no lo abraza, que no juegan juntos y que lo regaña mucho, y que esto lo entristece, aunque sabe que su mamá lo hace por su bien. La abuela del niño dice que su hija es muy brava con el niño y muy malgeniada. El padre dice que “el niño y la mamá parecen dos niños que se agarran a pelear”, y que ella en muchas ocasiones se deja llevar por emoción y actúa de manera impulsiva con el niño. En consulta también se observa la tendencia marcada de la madre a regañar, a decir no, a descalificar al niño y a poner quejas constantes de él. Casi nunca tiene nada bueno por decir, y cuando lo hace le cuesta expresarlo. Ella dice que el niño tampoco le ve nada bueno a ella.

Es una relación compleja, el niño anhela que su madre lo conozca más, que comparta sus gustos, que sean más cercanos, hasta le ha expresado en consulta que “él puede ser su amigo”. Para la madre en cambio es fundamental mantener esa distancia, considera que es la forma para que el niño “no se la monte” y “no termine haciendo lo que le dé la gana”. El cariño lo expresa con temas como darle ropa, llevarlo a comer al centro comercial o de paseo. El niño dice que es él quien la abraza, pero que ella casi no. Con todos sus familiares tiene juegos preferidos, con su madre ninguno porque no juegan.

El niño trata de complacer a su madre, pero nunca lo logra, la termina embarrando porque se le olvida anotar una tarea, se distrae en internet o porque ante sus regaños le contestan feo y se desespera. El niño se siente culpable cuando expresa los conflictos con su madre, aunque se siente triste por lo que vive, justifica su comportamiento y dice “ella lo hace para que yo sea una persona de bien”. Sin embargo, tanto regaño y tantos no, terminan por desesperarlo y explota con su madre.

Es importante resaltar que estas conductas desafiantes o groseras se presentan en su mayoría con su madre, su abuela y una tía abuela. Con el resto de la familia como el padre, los abuelos paternos y otros tíos no se presenta. Tampoco se presenta esta conducta en el colegio, el niño dice que nunca desafía o es grosero con su padre, y que con los profesores mucho menos.

M ha empezado a asumir ese rol del grosero, el desobediente, el insoportable, el contestón; así interactúa con su madre y su abuela. En el colegio, en terapia, con su padre y sus abuelos paternos el rol es otro.

Relación con el padre: el compañero de juegos y el que lo comprende

El padre se percibe como un hombre educado, tranquilo, que se expresa bien y es respetuoso. La relación entre ambos se percibe cercana, amable y tranquila. El niño describe a su padre como un hombre alegre, tranquilo y respetuoso, dice que cuando lo regaña lo hace de manera tranquila, nunca le grita o le dice cosas feas. Al niño le encanta pasar tiempo con su padre, juegan juntos, su padre lo escucha y se interesa por sus gustos y aficiones. Comparten los fines de semana y en algunos de ellos el niño se queda en casa de sus abuelos paternos con su padre. Allí el niño es más libre, no hay tantas reglas como donde su madre, y muchas veces hay conflicto con la madre porque se olvidan de hacer alguna tarea o estudiar. Este padre interactúa con el niño desde el cariño, la ternura y el compartir juegos y gustos. No se involucra tanto en el establecimiento de normas, límites y disciplina. La intervención con él ha estado enfocada a que siga manteniendo ese tipo de relación cercana con el niño pero que también ayude a la madre en el seguimiento de las tareas y deberes escolares. Este hombre es receptivo a las recomendaciones y dispuesto a poner de su parte en pro del mejoramiento del niño.

Relación entre los padres: sin aclararse, no están juntos, pero tampoco se separan.

El padre ha tenido varias parejas después de la madre del niño, actualmente tiene una novia con la que lleva 4 años. La madre no ha tenido parejas sentimentales desde la separación. Él dice tener muy claro que la relación es una amistad y que le gusta llevarla en buenos términos por su hijo. La madre sin embargo ha tenido dudas, se confunde con la interacción que él le propone y ha guardado esperanzas de volver. Lo quiere todavía y

siente resentimiento hacia él por todo lo que pasó y por quedarse sola con el niño. Actualmente ella está pensando en gestionar el divorcio formal y el padre lo acepta. El padre no está de acuerdo en la forma que la madre trata al niño, siente que lo hace sentir mal, que lo ofende y que se porta como una niña con él. La madre manifiesta que el padre solo se involucra en lo bueno y que el niño lo quiere más a él y disfruta más de su compañía. Se siente sola en la parte de la crianza que implica disciplina. Dice: “para el niño estar con el papá es el paraíso”, y ha manifestado que a veces quisiera que el niño viviera con su papá. La madre siente que el niño le tiene pereza.

Relación con la abuela materna: ambivalente, infantil, sobreprotectora, mediada por el miedo.

El niño siempre ha vivido con su abuela materna, ella es una mujer que se percibe muy temerosa de todo y actúa de manera sobre protectora. También constantemente le falta al respeto a M invadiendo sus cosas personales o burlándose de él. Juegan y comparten juntos, pero también pelean constantemente. Los familiares describen esta relación como de dos niños. Esta mujer se expresa en forma despectiva de los hombres, al parecer la relación con el padre de N (la madre del niño) y con el padre de su otra hija la dejaron marcada al respecto. Ha manifestado en el espacio de terapia que siempre fue muy temerosa con que a N le pasara algo, por lo que le impidió hacer muchas cosas en su adolescencia y su juventud. Actualmente también se comporta de manera temerosa con el niño, le da miedo que se caiga, que se aporree y que otros le hagan daño.

Relación con los abuelos paternos: cariño y respeto

Una relación respetuosa y de cariño. El menor manifiesta que disfruta el tiempo con sus abuelos, su abuela le hace comida rica y su abuelo juega con él y le da gusto.

Relación con los tíos con que creció: ambivalente, unos muy agresivos los otros muy pasivos.

Una de las tías abuelas (la gritona) era quien más causaba estrés en el niño, todo el tiempo le gritaba, lo regañaba y descalificaba sus cosas. Por ejemplo, si el niño le hacía un dibujo, le decía que “eso tan feo”. El niño también le respondía con gritos y groserías. La

otra tía abuela es más tranquila y amable con el niño, él ahora que no vive con ella es a quien más extraña. De sus tíos abuelos hombres no habla mucho.

Su tía Laura (hermana de la madre) va y viene en el hogar, ha vivido de manera independiente varias veces y luego vuelve al hogar de origen. El niño la quiere y se refiere bien de ella. La madre del niño y su tía Laura son hijas de diferentes padres. La madre creyó que su padre estaba muerto hasta que lo conoció a los 15 años, y no tiene ningún tipo de relación con él.

Relación con el terapeuta: empatía, confianza y respeto

El niño siempre se ha comportado de manera amable y respetuosa. Es conversador y muy dispuesto a realizar cualquier actividad que le proponga. Yo también respeto sus elecciones cuando él las manifiesta, por ejemplo, de querer jugar algo en específico o dibujar y escribir sobre algún tema en particular. El menor es tranquilo en el espacio de consulta, y logra concentrarse en las actividades el tiempo que estas duren. Me ha expresado su cariño por medio de abrazos y dibujos que me lleva como regalo. Le gusta contarme sobre sus aficiones y mostrarme sus videos juegos favoritos. Con el niño la consulta suele ser dinámica y divertida, el tiempo se pasa rápido y es interesante para mí escucharlo y trabajar con él. Mi visión es que es un niño muy agradable e inteligente, que busca agradar y recibir aprobación, y al que le gusta ser escuchado, y sentir que sus cosas son importantes para alguien. En ocasiones le cuesta soltarse a hablar de los conflictos en su familia, y especialmente los que tiene con su madre, se evidencia un poco de culpa y pena al tocar estos temas, como si sintiera que está haciendo algo malo al contar lo que le pasa con su mamá o con los otros familiares. Sin embargo, finalmente termina contando y aprovechamos para explorar las emociones asociadas a estas situaciones y posibles alternativas de respuesta ante las mismas.

Cuando la madre entra al consultorio al final de las sesiones, el niño se torna inquieto, empieza a moverse por todos lados y a coger las cosas; la madre empieza a regañarlo y a ponerme quejas de lo que ha pasado en la semana. Con la madre tuve que hacer un reencuadre para que no ingresara al consultorio a hablar cosas negativas del niño estando él presente, pues era evidente que el niño se ponía bastante incómodo y ansioso con

esta situación. Quedamos en que estos temas los hablaríamos a solas, y no con el niño presente.

En el proceso de terapia, M nunca se ha comportado como lo describe su madre: no cuando estamos solos, nunca he visto en su relación conmigo al niño grosero, desafiante, desatento y desobediente.

Relación terapeuta y madre del paciente: (de amores y odios)

Con esta madre la relación es ambivalente, en unas sesiones se muestra controladora, cuestionadora e inconforme, manifiesta que la terapia no le sirve al niño y que los cambios que manifiesta son mínimos. Cuestiona la metodología del juego, diciendo que el niño no va sino a jugar y que si le quito todo los juguetes y los materiales de trabajo la cosa va a ser distinta. En otras ocasiones se muestra frágil, llora y manifiesta las situaciones que le están generando tristeza y malestar, estas veces se ve más natural, más suelta, más auténtica y es más fácil para mí interactuar con ella.

Obra de teatro del terapeuta

Esta descripción se hace partiendo de los aspectos y preguntas orientadoras que se proponen en el texto del método clínico de Jaramillo (2020).

Personajes:

Abuela: la amorosa que cuida

Abuelo: el compañero de juegos

Mamá: perdida en su mundo

Papá: el ausente

Tíos: amigos y rivales

Carolina: entre dos mundos (lo que están y los que no)

“Me exijo para que me vean”

Fui criada por mis abuelos paternos desde muy temprana edad. Mi madre estuvo conmigo y mis abuelos hasta que tuve 2 años. Posteriormente mi madre decide irse a vivir

con otros familiares y dejarme al cuidado de mis abuelos paternos. Mi padre no se hizo presente en mis primeros años de vida, y en general ha sido un padre ausente y desinteresado. Mis abuelos me brindaron un buen hogar, ambos han sido personas muy centradas, inteligentes y amorosas. Llegue a sus vidas cuando ellos estaban alrededor de los 60 años, sus hijos ya estaban grandes y varios de ellos ya habían conformado su hogar. Crecí con mis abuelos, un tío, una tía y un primo ocho años mayor que yo.

Me ha acompañado toda la vida el asunto de la ausencia de mis padres, en algunas etapas con tristeza, en otras con apatía y en otras con rabia. Ha sido difícil para mí tramitar la ausencia de ambos. Mi padre, con el pasar de los años, aún sigue sin interesarse en tener una relación cercana conmigo y la comunicación es muy superficial. Mi madre tiene su propio hogar y tengo cuatro hermanos medios. He sido más cercana a ella y siempre hemos tenido contacto a lo largo de la vida, sin embargo, tiene un hogar bastante conflictivo y en ocasiones prefiero tomar distancia. Esta historia con mis padres también ha marcado en cierta forma mi manera de relacionarme y las elecciones de pareja que he tenido.

Me formé como una persona independiente, enfocada en lograr mis propósitos y perseverante frente a las metas y retos que la vida me fue planteando. Desde muy joven me gustó ganar mi propio dinero, y mis abuelos me apoyaron en mis diferentes emprendimientos. Crecí siendo disciplinada y ordenada con mis cosas, y con un buen desempeño escolar. Mis abuelos nunca fueron exigentes, ni autoritarios; se comportaron de manera muy respetuosa con mi forma de ser y mis decisiones. Siempre me sentí apoyada y motivada por ellos, lo que me dio seguridad y autonomía en mis asuntos.

Mi primer trabajo formal fue a los 17 años y desde esa época he estado trabajando en organizaciones. He alternado el trabajo con el estudio todo el tiempo, lo que me ha permitido seguir creciendo como profesional y también tener estabilidad e independencia económica.

En general me ha caracterizado la estabilidad tanto en los trabajos, como en las relaciones de pareja y en las relaciones de amistad. Cuando se presentan dificultades tengo la tendencia a quedarme y tratar de resolverlas, no a irme. En el contexto laboral me identifican como una persona líder, con capacidad para resolver problemas y segura de sí

misma. Me gustan los retos y estar aprendiendo constantemente, no solo de mi profesión sino de otros aspectos relacionados a los negocios y al manejo de las empresas.

Actualmente vivo en unión libre, llevo con mi pareja 12 años y hemos decidido no tener hijos. Nos gustan mucho los animales y tenemos una perrita y dos gatas. Es una relación tranquila, compartimos gustos y el mismo grupo de amigos. Mi esposo es publicista, siempre ha trabajado como independiente, le gusta crear y administrar negocios. Es importante para mí ese complemento de tener emprendimientos y crear nuevas oportunidades de negocio.

En mi visión del ser humano está el ver a las personas como constructores activos de su realidad. Creo en la potencialidad de las personas para moldear su vida y vivir acorde a sus valores. Tengo la tendencia a ver las dificultades como retos, oportunidades y aprendizajes, que te hacen crecer y ser más fuerte. Trato ver la vida desde la posibilidad y no desde el victimismo o el pesimismo. Creo en que la forma en que interpretamos la realidad es la que nos hace sufrir, y que siempre hay formas alternativas para ver las cosas.

3.7.Evaluación recursiva del proceso

Posterior a la implementación de acciones, se analiza de manera recursiva el proceso evaluando a su vez logros alcanzados, impacto y cambios acorde a los objetivos propuestos. Esta evaluación responde a una lógica tipo bucle recursivo, es decir, un proceso nunca se puede considerar cerrado puesto que siempre existirá la oportunidad de ser revisado múltiples veces (Jaramillo, 2020).

Objetivo	Acciones principales	Indicadores de cambio
1. Construir un vínculo terapéutico que le brinde al niño una base segura para explorar sus vivencias, pensamientos, emociones y conductas.	<ul style="list-style-type: none"> • Se crea y se consolida el vínculo terapéutico, por medio del juego, las expresiones artísticas y el interés por las aficiones del niño. • Se establece un espacio de escucha activa e interesada por los diferentes temas que el niño desea expresar. En su contexto familiar sólo su 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el niño se despierta el interés y el gusto por asistir cada ocho días a la sesión. ✓ Participa activamente en los ejercicios que se le proponen y otras veces el mismo propone las actividades a realizar, se muestra activo, propositivo y cooperativo. ✓ Se logra empezar a tratar el tema de los conflictos que se presentan con su madre, abuela y tías.

	<p>padre muestra interés en sus gustos, aficiones, sueños, etc.</p>	<p>✓ Se empiezan a expresar emociones y sentimientos en torno a la relación con su madre.</p>
<p>2. Identificar con los padres del niño las formas de relación, el concepto que cada uno tiene del niño y como intervienen en la crianza, desde la parte del afecto y de los límites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevan a cabo sesiones individuales con los padres, enfocadas en identificar el tipo de relación que tienen con el niño, como lo describen y cómo interactúan con él en la cotidianidad. • Se implementan dentro de las sesiones espacios de interacción entre la madre y el niño, con diálogos sobre temas específicos que permitan evidenciar el estilo de comunicación e interacción entre ambos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con la madre se identifica la dificultad de expresar el afecto, por temor a perder la autoridad. Se evidencia también, como aspectos de la historia de vida de la madre están estrechamente relacionados con la forma en la que ella interactúa con su hijo. Se ha establecido entre ellos una relación ambivalente. ✓ Con el padre se percibe una relación tranquila y respetuosa. Este padre representa para el niño una figura reconfortante donde encuentra cariño y aceptación. Se logra evidenciar que al padre (que no vive con el niño) le cuesta involucrarse en los temas que tienen que ver con las normas y los límites. ✓ El niño ve en su padre todo positivo y la madre la mayoría de las cosas negativas. ✓ Estos espacios se dan alrededor de la cuarta sesión, allí se logra evidenciar como es la interacción entre ambos, el estilo de comunicación que utiliza la madre y como el niño responde a su presencia. ✓ Se detecta un estilo de comunicación por parte de la madre bastante descalificador, señalando solo los aspectos negativos, regañando constantemente al niño y utilizando un tono de voz y una gestualidad que expresa rabia y enojo. ✓ El niño se pone muy inquieto en presencia de su madre, empieza a caminar aceleradamente por el consultorio, si tiene papel y colores a la mano empieza a rayar con fuerza o a gastar los materiales de trabajo de manera exagerada, casi compulsiva.

<p>3. Intervenir los aspectos de la relación de estos padres con el niño que puedan estar influyendo en su malestar y sintomatología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con la madre se trabaja la importancia del respeto en la comunicación, se le orienta para que evite los gritos, las pelotas, las palabras soeces, las descalificaciones u otro tipo de comunicación que afecte la autoestima del niño. • Se propone implementar estrategias de reconocimiento verbal a las conductas positivas del niño. Que el menor sienta que su madre evidencia otros aspectos en él y que no todo es malo o negativo. • En varias sesiones se trabaja con la madre la dificultad que ésta tiene para expresar cariño y ternura hacia su hijo. Encontramos que es un aspecto que está relacionado con su tipo de crianza y que es fundamental trabajar este aspecto en un espacio terapéutico individual. • Con el padre se llevan a cabo varias sesiones donde se le dan pautas para que intervenga y apoye a la madre en los temas de la crianza del menor que tienen que ver con el establecimiento de límites, acatar las normas, tener disciplina, cumplir con los deberes escolares y de la casa, entre otros. • La orientación a ambos padres es para que con acciones en el día a día logren tener una crianza respetuosa y equilibrada con el niño. Que ambos representen el amor, la ternura y el afecto, y también sean orientadores frente al respeto por las normas y la importancia del 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La madre logra empezar a moderar sus reacciones hacia el niño y a comprender el impacto que esto puede estar teniendo en las reacciones del niño hacia ella. También trabajamos en como este tipo de verbalizaciones afectan el concepto que el niño seguirá construyendo de sí mismo. Esta reflexión mueve a la madre bastante y logra moderar significativamente las verbalizaciones negativas y descalificadoras hacia su hijo. ✓ Con la madre se hicieron intervenciones durante todo el proceso, ella siempre tuvo un espacio en las sesiones para expresar sus emociones en relación con el proceso de niño y que la movilizaban a ella directamente. Al principio estaba muy reacia a iniciar su propio proceso personal, aunque era evidente el malestar y la angustia por el que estaba pasando. Entonces se brindó ese espacio a la madre, en el que fue explorando asuntos de su historia que permitieron comprender y resignificar aspectos de la relación con su hijo y su forma de relación. ✓ Finalmente, la madre pide la remisión para tener su propio proceso y así lo hacemos. Aun así, se conservó para ella el espacio para ser escuchada en cada sesión cuando lo necesitara. ✓ El padre es receptivo con las recomendaciones y a partir de las sesiones en las que se trabaja con él, empieza a involucrarse en acompañar el seguimiento y el cumplimiento de los deberes escolares del niño. El mismo empieza a implementar un seguimiento diario y establece un cronograma de actividades que le ayuda al niño a organizarse con sus deberes. Este
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>cumplimiento de los deberes.</p>	<p>acompañamiento es bien recibido por el niño.</p> <p>✓ Ambos padres lograron empezar a equilibrar los dos aspectos de la crianza y el acompañamiento del niño. Para la madre era importante que su hijo también pudiera reconocer en ella aspectos positivos, ya que manifestaba que su hijo le tenía pereza. Con este objetivo en mente empezó a realizar actividades con el niño que los uniera más y que fueran espacios positivos y de bienestar (salir al parque, practicar deportes juntos, salir de paseo). Y el padre como ya lo comenté, siguió manteniendo los espacios significativos para ambos e integró el acompañamiento a los deberes y responsabilidades del niño.</p>
<p>4. Brindar pautas para la convivencia en el hogar con los diferentes miembros de la familia (abuela y tíos), donde se incluyan formas de comunicación más respetuosas e incluyentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se brindan pautas a la abuela materna frente a su interacción con el niño. Estas incluyen; evitar las burlas, los gritos, las descalificaciones, y las conductas sobre protectoras que fomentan la inseguridad en el niño. • Se envía recomendación a los tíos por medio de la madre y de la abuela, para que eviten las descalificaciones, gritos y burlas hacia el niño. • A la madre se le recomienda si está en sus posibilidades tener un espacio independiente para vivir con su hijo. Un espacio donde tengan más tranquilidad y no esté el conflicto constante con tantos familiares. 	<p>✓ Con la abuela se tienen dos sesiones, la primera con el objetivo de profundizar en la historia familiar y en los patrones de crianza. La segunda con el objetivo de brindar pautas para el acompañamiento del niño. Hasta el final del proceso a la abuela aún le seguía costando modificar su forma de relación con el niño. Sin embargo, la madre logró empezar a poner límites en la forma en que la abuela del niño interviene con él y a explicarle porque no son adecuados ese tipo de tratos hacia el niño.</p> <p>✓ En este aspecto no se logran cambios significativos. A estas personas les cuesta moverse de ese lugar y se siguen comportando de la misma manera, aun cuando se les explica que esta forma de trato le hace daño al niño.</p> <p>✓ La madre logra a mitad del proceso irse a vivir con su hijo en un espacio independiente. También se va a vivir con ellos la abuela del niño. Este nuevo hogar a significado un poco más de tranquilidad para la familia, un ambiente más sereno y con mayor</p>

		independencia. También ha significado para la madre un importante logro personal.
5. Intervenir en la forma en la que el niño se refiere a sí mismo y la manera en que piensa que lo ven sus familiares. Debatir con el niño estas creencias para restarle fuerza al sentimiento de no ser suficiente o que nada alcanza para sus seres queridos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevan a cabo ejercicios (por medio de escritura o dibujo) donde el niño puede manifestar como considera que lo ven sus compañeros, sus profesores, su padre, sus demás familiares paternos. También lo que él piensa de sí mismo en cuanto a sus cualidades y aspectos por mejorar. Esto con el objetivo de ampliar el panorama y que no se quedé solo con las cosas negativas y las descalificaciones que recibe en su familia materna. • Se hace uso del reconocimiento de manera constante en la terapia, tanto de las habilidades observadas como de las mejoras o avances evidenciados en el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El niño logra identificar aspectos positivos de su personalidad y nombrarlos claramente. También destaca aspectos importantes de como lo ven sus pares, maestros y su familia paterna. El auto concepto del niño no está sesgado por lo que recibe de la madre y el resto de familiares maternos. El niño identifica también los aspectos que quisiera mejorar para lograr tener una mejor relación con su madre y abuela. Es consciente de sus fortalezas y puntos por mejorar. ✓ Esta estrategia ha ayudado a que el niño se sienta más seguro y logre dar avances importantes como expresarle sus sentimientos, pensamientos y emociones a su madre.
6. Acompañar al paciente a identificar y nombrar sus emociones, con el fin de encontrar formas de expresión que le generen menos malestar y menos conflictos con su familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica al paciente (por medio de juego con títeres y fragmentos de la película intensamente) cuales son las emociones, para que sirven, como se manifiestan y su importancia en la vida de todas las personas. • Se identifica con el niño (por medio de la escritura) que situaciones de su vida cotidiana le hacen sentir que tipo de emociones y como él usualmente las expresa. • Se exploran diferentes alternativas para expresar las emociones y alternativas para regularlas cuando se presentan de manera muy intensa, como en el caso de la rabia y el miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El paciente logra entender las emociones e identificar como se presentan en momentos de su vida cotidiana. ✓ Se empiezan a normalizar para él emociones como la rabia y la tristeza. Al inicio solo quería aceptar que en su vida estaba la alegría. ✓ Logra reflexionar sobre la forma usual en la que responde cuando se activan en él las emociones de rabia, miedo o tristeza, y como sus formas habituales de reaccionar agravan las discusiones con su madre, abuela y tías. ✓ Empieza a incorporar estrategias distintas para la expresión emocional, como respirar antes de reaccionar con gritos o sacando la lengua. Es capaz ahora de pedir respeto cuando se siente ofendido. ✓ En una de las sesiones logra expresarle a su madre como se siente con la forma en que ella lo

		trata y que quisiera que ella lo pudiera conocer mejor.
7. Brindar estrategias para el fortalecimiento de la atención, la concentración y la calma, por medio de diferentes técnicas de Mindfulness.	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan prácticas cortas de Mindfulness para niños al inicio de las sesiones, también se enseñan y se practican ejercicios de respiración. • En las sesiones se realizan continuamente actividades que implican paciencia, detalle y concentración. El paciente logra llevarlas a cabo sin inconveniente. • Se monitorea en que situaciones específicas se han utilizado los ejercicios aprendidos y si han tenido efectos positivos o no. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Al principio le costaba concentrarse en los ejercicios, le daba risa, abría los ojos y se distraía. Con la práctica fue logrando estar más sereno y enfocado en las prácticas. Los ejercicios de respiración los aprendió fácilmente y empezó a ponerlos en práctica en momentos estresantes de su vida cotidiana. ✓ No se evidenciaron dificultades en el paciente para concentrarse y llevar a cabo este tipo de actividades. Por el contrario, las realiza con gusto y dedicación. ✓ El niño aún se altera cuando se generan discusiones o peleas en su casa, sobre todo cuando siente que le ofenden o le faltan al respeto. Sigue siendo muy reactivo al ambiente emocional que le proporcionen.
8. Enseñar al niño pautas de comunicación para interactuar con sus familiares, desde el respeto y la calma.	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan prácticas por medio de juego de roles, con la manera en la que habitualmente el niño ha respondido y con posibles alternativas que se podrían usar. • Se reflexiona con el niño sobre él porque cree que sus familiares se comportan de manera grosera en ciertas situaciones, llevando al niño a pensar en lo que posiblemente pueden estar sintiendo o viviendo sus familiares. Este ejercicio de empatía podría llevarlo a reaccionar de otra manera no tan automática, o a identificar si él está provocando ciertas situaciones en las que luego va a sentirse mal por recibir un grito o un mal trato. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El niño logra identificar sus formas usuales de comportamiento y como en algunas situaciones es él quien propicia que se den las peleas. ✓ En el juego de rol logra responder de formas alternativas, sin ser grosero y escuchando. ✓ Logra reflexionar en las posibles causas del porqué sus familiares son groseros o se comportan mal con él. ✓ En situaciones estresantes sigue respondiendo con gritos y llantos. Tanto la madre como el niño siguen intentando tener formas de comunicación más tranquila y respetuosa, pero aún les cuesta y responden de manera automática. Sin embargo, ambos logran llevar esas situaciones a terapia para ser trabajadas y verbalizadas.
9. Construir con los padres nuevas estrategias en la crianza del niño, desde una relación basada en el amor y el respeto.	<ul style="list-style-type: none"> • Se explora con los padres diferentes propuestas que sirvan para mejorar el relacionamiento con el niño desde lo que cada padre ha 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La madre ha moderado significativamente sus reacciones de agresión como gritar, pegar y descalificar. Ha empezado a incorporar otras maneras más

	<p>descubierto que debe mejorar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza seguimiento a las acciones de cada propuesta y lo que han significado en la dinámica familiar. 	<p>respetuosas de poner el límite y orientar al niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ También ha logrado equilibrar mejor su tiempo para compartir más con su hijo, en actividades placenteras para ambos. ✓ Logra reconocerle avances al niño y felicitarlo. ✓ El padre está más involucrado en los diferentes aspectos de la crianza y no solo en el juego y lo divertido.
<p>10. Remisión y seguimiento a los procesos individuales de ambos padres para comprender como han influido en la dinámica familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En las diferentes sesiones con la madre va emergiendo la necesidad sentida por ella misma de tener su espacio individual de terapia, por lo que se remite para que sea atendida también en la IPS. • Posteriormente se va realizando seguimiento a los asuntos elaborados en la terapia individual en relación con el niño y que van facilitando la dinámica familiar. • En las últimas sesiones del niño el padre solicita remisión para iniciar su proceso individual. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La madre inicia su proceso de psicoterapia lo que le ayuda a resolver asuntos inconclusos en su relación con el padre del niño. Decide formalizar el proceso de divorcio que está pendiente hace 7 años. Entiende la necesidad de cerrar ese ciclo para darse la oportunidad de conocer otras personas. ✓ También logra identificar que en ocasiones la rabia que descarga en su hijo, realmente va dirigida al padre. ✓ Logra identificar que está repitiendo con el niño los mismos patrones de crianza que ella recibió por parte de su madre y sus tías. Es consciente de los efectos que ha generado en ella y manifiesta el deseo de querer hacer las cosas de forma diferente. ✓ Logra reconocer que gran parte de lo que el niño hoy padece, es por la forma de relación que han construido y donde ella tiene la mayor responsabilidad. Sabe que, si ella logra estar más tranquila y equilibrada, su relación con el niño estará mejor. ✓ El padre logra entender la importancia de aclarar la situación con la madre del niño y no dejar el tema abierto.

4. Presentación del marco referencial utilizado para el análisis del caso.

Jaramillo (2020) propone que la teoría debe ser utilizada como un medio para alcanzar la comprensión de los fenómenos que emergen en el proceso de la trama vincular. Así vista, la teoría puede guiar al terapeuta hacia la exploración de posibilidades que emergen de la matriz interaccional. El método clínico psicológico propone que se llega a la teoría, no se parte de ella, se hace de la teoría un medio y no un fin en sí misma.

La teoría elegida para orientar la comprensión del caso es la Teoría del Apego, partiendo de los conceptos centrales planteados por su fundador John Bowlby, hasta las ideas y propuestas de autores más contemporáneos como Mario Marrone, David J. Wallin, Inés Di Bártolo, entre otros.

Este enfoque ha facilitado una comprensión amplia del caso y además ha posibilitado la construcción de un modelo de intervención particularizado a las necesidades del paciente y su grupo familiar. Una teoría que he descubierto profunda, completa y fascinante.

4.1. Teoría del Apego

Con esta teoría se busca comprender las configuraciones vinculares de esta familia; especialmente en la relación entre madre e hijo, y el tipo de apego que se ha establecido en el niño. Esta teoría permite analizar asuntos intergeneracionales del tipo de crianza, la forma de vincularse y las representaciones que se han ido construyendo en la historia familiar.

Para la comprensión del caso ha sido fundamental entender la relación que se ha construido entre el niño y la madre, y las diversas circunstancias que han permeado esta relación. Gran parte de la sintomatología y el malestar del niño es detonado por la forma en que ambos interactúan, y obviamente la madre ha marcado la pauta con su estilo de interacción y comunicación hacia el menor. El padre del niño también juega una parte importante en como el entramado familiar se ha configurado, y en como la madre se posiciona hoy ante su hijo.

Teniendo esto presente la teoría del apego da una guía importante en la forma de leer y analizar ese vínculo profundo entre madre e hijo, y los efectos que esta relación va dejando en el psiquismo del niño.

Comprender este entramado vincular permite, además de entender el caso, ofrecer al paciente otra forma de vínculo, que es lo planteado en el primer objetivo de la intervención.

4.2.Una base segura

Bowlby (2009) cuando se refiere al papel del apego en el desarrollo de la personalidad detalla como la teoría del apego fue formulada para explicar ciertas pautas de conductas características no solo de los bebés y los niños, sino también de los adolescentes y adultos, que antes eran conceptualizadas como dependencia y sobredependencia. En su desarrollo la teoría ha estado ligada a las observaciones detalladas y a los datos de las entrevistas sobre como los individuos responden en situaciones determinadas. Esta teoría destaca: el estatus primario y la función biológica de los lazos emocionales íntimos entre los individuos, la poderosa influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por la figura materna, y que los actuales conocimientos sobre el desarrollo exigen unas teorías de los caminos del desarrollo. (p. 141-142).

Lorenzini & Fonagy (s.f) acerca de la teoría del apego, postulan que se refiere a las formas características con que una persona se relaciona con sus más cercanos o “figuras de apego”, y como estas interacciones entre el niño y sus figuras primarias establecerán las bases para el desarrollo de la personalidad y moldearán las posteriores interacciones íntimas, las expectativas de aceptación social y las actitudes frente al rechazo. (p. 3)

El concepto de base segura fue descrito por primera vez por Ainsworth en (1967), este concepto de exploración a partir de una base segura funciona de manera adecuada siempre que el niño sepa que el padre es accesible y que responderá cuando recurra a él, así el niño sano se sentirá tranquilo para explorar. Estas conductas exploratorias se van alargando en el tiempo a lo largo del desarrollo, pero la base de un hogar seguro seguirá siendo indispensable para el óptimo funcionamiento y para la salud mental. (p. 143)

El desarrollo de la conducta de apego como un sistema organizado, que tiene como objetivo la conservación de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente. Las observaciones muestran que a partir de los nueve meses el bebé adquiere la capacidad de representación, también desarrolla un modelo operante de sí mismo en interacción con la madre, y lo mismo hace con su padre. La teoría también propone que existe un sistema de control del apego dentro del sistema nervioso central, que mantiene la conexión de una persona con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad.

Para Lorenzini & Fonagy (s.f) la base segura se forma a través de la estabilidad y seguridad que la figura primaria de apego (usualmente la madre) provee al niño en momentos de estrés, lo que permite al infante explorar el ambiente a su alrededor. De esta manera el niño crea una serie de modelos mentales acerca de sí mismo (modelos operantes internos) y de los demás en un contexto de interacción social, basados en ese relacionamiento constante con otros significativos. Estas relaciones de apego tempranas son cruciales para la adquisición de las capacidades de regulación afectiva, de control atencional, mentalización y del sentido de autonomía del infante. (p. 3)

Estos autores también destacan que los estilos de apego se mantienen estables durante todo el ciclo vital y que existe una importante correspondencia de entre el 68 y el 75 por ciento entre las clasificaciones de apego durante la infancia y aquellas en la adultez. Los cambios pueden ocurrir debido a sucesos negativos o traumáticos en la infancia temprana como pérdida de alguno de los padres, divorcio de los padres, enfermedad terminal de alguno de los padres, maltrato físico, abuso sexual. (p. 5)

Para Bowlby (2009) la presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí-mismo y de la figura o figuras de apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida. El segundo aspecto central en la teoría del apego es el papel que tienen los padres de un niño en el modo en el que este se desarrolla. Este autor destaca que existen pruebas impresionantes de que la pauta de apego que un individuo desarrolla durante los años de inmadurez (la primera infancia, la niñez y la adolescencia)

está profundamente influida por el modo en que sus padres (u otras figuras de paternidad) lo tratan. (p.145).

Bowlby en su texto una base segura describe tres pautas principales de apego que están identificadas junto con las circunstancias familiares que las favorecen:

1) Pauta de apego seguro: el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad se atreve a hacer sus exploraciones del mundo. Esta pauta se favorece cuando el progenitor o preferiblemente la madre se muestra accesible y sensible a las señales de su hijo, y amorosamente sensible cuando busca protección y consuelo.

2) Pauta de apego ansioso resistente: el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si le ayudará cuando lo necesite. A causa de esta incertidumbre, siempre tiene la tendencia a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo. Este tipo de apego mediado por el conflicto es promovido por un progenitor ambivalente que una vez se muestra accesible y otras veces no, por separaciones y/o por amenazas de abandono utilizadas como medios de control.

3) Pauta de apego ansioso elusivo: el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial, si no que por el contrario espera ser desairado. En esta pauta el conflicto está más oculto y es el resultado del constante rechazo de la madre cuando el individuo se acerca a ella en busca de consuelo y protección. El individuo intenta vivir su vida sin el amor y el apoyo de otras personas, intenta volverse emocionalmente autosuficiente y luego puede ser diagnosticado como narcisista o con un falso sí-mismo.

Según este mismo autor, las pautas de apego observadas en los niños de un año, una vez establecidas tienden a persistir. Lo explica argumentando que el modo en que un progenitor trata a su hijo sea para bien o para mal, tiende a permanecer invariable. Otro aspecto importante es que la pauta también tiende a perpetuarse a sí misma. (p.148).

Lorenzini & Fonagy (s.f) dividen los estilos inseguros de apego de la siguiente manera:

Ansioso: el individuo es hipersensible al rechazo e intenta llamar la atención de los otros de manera compulsiva.

Evitativo: el individuo es hiposensible a las interacciones sociales, por lo que tiende a aislarse.

Desorganizado: el sujeto es incapaz de controlar sus reacciones de estrés, por lo que tiende a sufrir desregulaciones afectivas generalizadas.

Sroufe (2018) describe y caracteriza los patrones de apego de la siguiente forma:

Apego seguro:

- Uso efectivo del cuidador como una base segura
- Clara preferencia por el cuidador cuando está angustiado
- Iniciación activa de contacto o interacción después de separaciones breves
- Facilidad de ser confortado por el cuidador si está angustiado

Apego evitativo:

- Poca preferencia obvia por el cuidador cuando está estresado
- Poca interactividad emocional
- Evita activamente al cuidador después de separaciones breves
- Minimiza la expresión de conducta de apego

Apego resistente:

- Pobreza en la exploración
- Desconfianza ante lo no familiar y dificultad para la separación
- Dificultada para ser confortado por el cuidador, enojo visible.
- Maximiza la expresión de conducta de apego

Apego desorganizado

- El cuidador es una fuente de amenaza

- Paradoja irresoluble (huir hacia o lejos de)
- Desorientación e incoherencia
- Aprehensión o confusión

Regresando a Bowlby (2009) éste postula que la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. El saber que esa figura de apego es accesible y sensible, le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y le alienta a valorar y continuar la relación. Esta conducta, aunque es más obvia en la infancia puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Es considerada parte integral de la naturaleza humana y se le atribuye la función biológica de la protección. (p.41)

Bowlby (2009) también plantea que los adolescentes y los adultos sanos, felices y seguros de sí mismos, provienen de hogares estables en los que ambos padres han dedicado gran tiempo y atención a sus hijos. No está de acuerdo en que la crianza por parte de un solo progenitor sea adecuada, por la alta demanda física y emocional que trae consigo la crianza de un niño. Entonces es fundamental esa otra figura cuidadora que puede ser el padre o la abuela que ayude a la madre a alivianar las cargas. (p.14).

Para este autor el modo en que la conducta de apego llega a organizarse dentro del individuo depende de los tipos de experiencia que tiene en su familia de origen.

Tomando estos fragmentos de la teoría del apego y llevándolos al caso de M, empezamos a notar la gran influencia que ha tenido el entorno familiar en el comportamiento del niño. Además, es importante aclarar que la madre también creció en el mismo entorno, con vivencias muy similares y exactamente con las mismas personas. Este hogar que se ha caracterizado por una forma distante y fría de relacionarse, donde abunda la crítica, los gritos, el conflicto y donde el miedo es la emoción predominante. No sólo la madre ha transmitido al niño lo que ella misma vivió y sigue viviendo, también el menor lo vive directamente.

En cuanto a la crianza de un niño siguiendo a Bowlby (2009) “todos los detalles son aprendidos, algunos de ellos durante la interacción con bebés y niños, muchos mediante la

observación de la conducta de otros padres, empezando desde la propia infancia del futuro padre y el modo en que sus progenitores lo trataron a él y a sus hermanos” (p.17)

Siguiendo al autor, él argumenta que existen pruebas clínicas de que el sentimiento de una madre por su bebé y la conducta que muestra hacia él, están profundamente influidos por sus anteriores experiencias personales, sobre todo las que tuvo y puede estar aun teniendo con sus propios padres. La evidencia muestra que la influencia que los padres tienen en la pauta de cuidados que desarrollan sus hijos comienza muy temprano. (p.28).

Bowlby (2009) también cita un estudio de Frommer y O’Shea (1973) donde se evidencia que las mujeres que durante el embarazo presentan una historia de separación de uno u ambos padres antes de los once años de edad, muy probablemente tendrán dificultades maritales y psicológicas después del nacimiento de su bebe. Estos estudios permiten tener pruebas firmes de que las mujeres cuya infancia ha sido perturbada tienden a interactuar menos con sus niños, que las madres con infancias más felices, en esos periodos de la vida del niño donde la interacción está casi determinada por la madre (p.29)

En la historia de esta familia la abuela materna, dominada por una gran cantidad de miedos y angustias, orientó la crianza de su hija con base en el temor y la sobre protección. Siempre estaba temerosa de que algo malo pudiese ocurrirle por lo que le restringió muchas actividades que solamente después siendo adulta pudo realizar. El abuelo fue un padre ausente, la madre de M creyó que estaba muerto, hasta que lo conoció inesperadamente a los 15 años y posteriormente nunca tuvo ningún tipo de relación con él. Creció muy sola, con muy pocos amigos, con actividades muy limitadas por el miedo de su madre y rodeada de tías que dictaminaban como debía ser su crianza y que intervenían de una manera descalificadora y amenazante para ella. Estas fueron las formas que la madre aprendió, gran parte de estos aprendizajes están presentes en la crianza de niño y sus interacciones familiares.

Bowlby en su teoría advierte: “una madre que, debido a experiencias adversas durante la infancia, llega a estar ansiosamente apegada es propensa a buscar el cuidado de su propio hijo y por tanto a hacer que éste se vuelva ansioso, culpable y tal vez fóbico”. En la misma línea postula: “Una madre que cuando niña sufrió descuidos y amenazas de ser

abandonada o golpeada, es más propensa que otras a maltratar a sus hijos físicamente, dando lugar a efectos adversos en el desarrollo de la personalidad del niño” (p.51).

Los estudios y las investigaciones llevadas a cabo por Bowlby (2009) señalan que la pauta de apego que un niño desarrolla depende de la forma en que su madre lo ha tratado, igualmente sucede con la pauta de apego que se desarrolla en relación con el padre. Se ha evidenciado que un niño puede tener una relación segura con la madre y no con el padre, o al revés; y también puede ocurrir que no tenga relación segura con ninguno de los dos progenitores o que la tenga con ambos. De la manera en que se presente la pauta de apego derivara la seguridad y aptitud que el infante presente, en un nivel alto, intermedio o nulo (cuando no tiene una relación segura con ninguno de los dos). (p.23)

En el caso de M el padre ha desempeñado el rol que Bowlby (2009) denomina como el “compañero de juegos” ese rol donde ambos participan en juegos ingeniosos y físicamente activos (p.23). Es una relación de cercanía y confianza. La madre por su parte ha asumido el rol de cuidadora principal, desde una posición más de poner los límites, educar y disciplinar, dejando de lado las demostraciones de afecto, la ternura, la comprensión y el divertirse juntos. El niño vive con la madre, desde la separación de sus padres hace 7 años. El padre comparte con su hijo los fines de semana, y usualmente desarrollan actividades lúdicas y que representan diversión y bienestar para el niño.

Para Bowlby (2009) la característica central en la crianza de un niño es que ambos progenitores provean una base segura a partir de la cual el niño o adolescente pueda hacer salidas al mundo exterior y posteriormente regresar sabiendo que será bien recibido física y emocionalmente, y que será reconfortado si así se requiere. Una combinación entre autonomía que permita explorar, y sensibilidad y accesibilidad cuando se requiere regresar. (p.24)

Bowlby (2009) retomando la obra de Karen Horney (1951) relata cómo esta autora era explícita en atribuir muchos de los problemas de sus pacientes a las influencias adversas que vivieron de niños. En una de sus obras denominada *Neurosis and Human Growth*, destaca como estas influencias adversas pueden estar simplemente en el hecho que las personas del entorno están demasiado envueltas en sus propias neurosis para ser capaces de

brindar la atención y el amor que el niño necesita o incluso concebirlo como el individuo particular que es. (p.95)

Recordemos que M vivió los dos primeros años con ambos progenitores, en este tiempo la madre descubre infidelidades por parte del padre de Matías y la relación posteriormente termina. La madre vuelve entonces a su hogar de origen y desde entonces ha vivido en un conflicto constante con las personas de su familia y en una lucha por cerrar el ciclo de amor hacia al padre de M; esta batalla aún se está librando en ella. Han pasado siete años desde la separación y ella no ha tenido ningún tipo de relación amorosa desde entonces, una parte de ella añora volver a esta relación. Sin embargo, el padre ha tenido relaciones de noviazgo largas y ha tomado a la madre de M como aquella a quien le cuenta sus problemáticas en el amor. Esta mamá no ha podido cerrar ciclos, no ha logrado su independencia del hogar de origen, aunque sufre y vive angustiada allí; tampoco logra cortar la relación con el padre del niño, no se permite construir una vida como mujer, volver a enamorarse y vivir otras experiencias. Todos estos asuntos sin resolver se expresan en la ansiedad y la depresión que actualmente esta mujer presenta. Estos padecimientos hacen que su relación con M se torne tensa, demandante, desgastante. El niño es quien recibe el malestar de la madre, que se manifiesta en gritos, pelos, desaprobación, exigencia exagerada en algunos momentos. Pocas veces esta madre le deja ver a su hijo su lado amable, tierno, divertido o amoroso; la constante es que el niño tenga que lidiar con los estados emocionales más negativos y difíciles de su madre. La rabia es la emoción predominante en esta mujer, es la que se permite expresar, pues la tristeza, aunque la siente, no se permite expresarla fácilmente, siente que la hace débil, frágil y vulnerable.

El niño ha quedado atrapado en esta dinámica familiar, una madre angustiada, ansiosa y triste, un papá que ha hecho su vida con otras mujeres, pero que al mismo tiempo no suelta a su madre y la lleva a crearse falsas expectativas, y un contexto familiar donde se generan malestares y peleas diariamente, pero del cual aún no encuentran la forma de salir.

Es apenas entendible que el niño sienta angustia y temor, lo que se expresa hoy en su ansiedad y nerviosismo. Las personas de su entorno y especialmente sus padres están batallando aún con sus propios conflictos, en palabras de Horney (1951) “están demasiado envueltos en sus propias neurosis”. De alguna manera el niño reclamaría ser visto en su

individualidad, y estos síntomas ansiosos, que a veces aparecen en forma de irritabilidad y problemas de atención de alguna forma han volcado la mirada de sus padres hacia él.

Según Bowlby (2009) cuando la conducta de apego de un niño obtiene una respuesta tardía y de mala gana, es probable que el niño se vuelva ansiosamente apegado o sea aprensivo por temor a que la persona responsable de los cuidados se ausente o no lo ayude cuando él la necesita, por lo tanto, se vuelve reactivo a apartarse de su lado, obedece de mala gana y de manera ansiosa y se comporta poco preocupado por los problemas de los demás. (p.100).

En el niño se ha configurado una pauta de apego ansiosa, lo que hace que se comporte de forma insegura en muchas de sus interacciones sociales y que sea percibido por sus compañeros de juego como frágil y miedoso, y en otras situaciones como imponente y egoísta. Le cuesta mucho aceptar de buena gana las directrices o llamados de atención de su madre, su abuela y sus tías, y es evidente que le molestan notablemente.

La madre tiene discusiones con el niño donde le amenaza con dejarlo y que este se vaya a vivir con su padre. Esto genera en M sentimientos de culpa, ansiedad y vergüenza. Para Bowlby (1973) las repetidas amenazas de abandono son tan patógenas como las separaciones reales, y probablemente más. Es constante también que la madre reniegue y se queje de él, no importa si el niño está presente cuando se lo cuenta a alguien más o incluso si se lo dice directamente. Muchas veces da la impresión de estar haciendo reclamos a otro adulto.

Al respecto Bowlby destaca: “entre las características presentadas como especialmente frecuentes en las madres que comenten malos tratos, encontramos las siguientes: propensas a periodos de intensa ansiedad interrumpidos por estallidos de ira violenta, se dice que son impulsivas e “inmaduras”. Aunque su necesidad de dependencia parece descrita como excepcionalmente fuerte, son celosas en extremo y en consecuencias incapaces o poco dispuestas y entablar relaciones estrechas. Se encuentran aisladas socialmente. Muchas de ellas buscan el cuidado y el consuelo en alguno de sus hijos, al que tratan como si fuera mucho mayor que ellas”. (p.100).

Siguiendo al autor en cuanto a lo referente a la experiencia infantil, muestra como muchos investigadores han notado que la mayor parte de este tipo de mujeres ha tenido una infancia desdichada y, han sido privadas de los cuidados maternos básicos.

Recordemos que esta mujer (la madre del niño) fue criada sin un padre, con una madre insegura, temerosa, protectora en extremo, y en un ambiente conflictivo conformado por sus tíos. Ninguno de ellos logró abandonar el hogar primario, y los intentos de la abuela del niño fueron fallidos, lo que la llevó a retornar nuevamente al mismo círculo. En un tiempo esta abuela dejó a su hija a los cuidados de sus hermanas, cuando intentó convivir con una nueva pareja con la cual tuvo otra hija. Esta otra hija se ha comportado de manera mucho más autónoma e independiente. Para la madre de M, el mandato siempre ha sido que no será capaz sin ellos y que las cosas a su hijo y ella no les funcionarán por fuera de ese hogar.

Bowlby (2019) retomando el estudio de Main (1985) explica cómo se descubre una marcada relación entre el modo en que la madre describe sus relaciones con sus padres durante la infancia y la pauta de apego que su hijo tiene con ella. La madre de un bebé seguro es capaz de hablar libremente y con ternura de su infancia, la madre de un bebé inseguro no lo es. Este segundo grupo de madres describen una relación difícil y desdichada con su propia madre, aún se siente claramente perturbada y mentalmente implicada. Las madres de los niños ansioso elusivos afirman haber tenido una infancia feliz, pero son incapaces de proporcionar detalles para sustentarlo, a veces pueden describir episodios que señalan lo contrario. Pueden insistir también en no recordar nada de su infancia, ni el modo en que fue tratada.

Con esto se sustenta la impresión de los clínicos de que una madre que tuvo una infancia feliz probablemente tendrá un hijo que muestre un apego seguro hacia ella, y que una infancia desdichada, plantea dificultades. Existe una excepción donde mujeres que afirman haber tenido una infancia muy desdichada, pero sus hijos muestran una pauta de apego seguro hacia ellas. La diferencia está en que estas mujeres pueden contar su historia de una manera fluida y coherente, y los aspectos de su experiencia reciben su respectivo lugar; son mujeres que parecen haber aceptado su experiencia. Esta capacidad de equilibrio es la que muestran las madres de los niños seguros. (p.156)

Main citada en Bowlby (2009) y sus colegas llegan a la conclusión de que el libre acceso a la información relacionada con el apego, y la coherente organización de la misma, desempeñan un papel determinante en el desarrollo de una personalidad segura durante la vida adulta. Sin embargo, Bowlby aclara que cuando una mujer logra retener o recuperar el acceso a esos recuerdos desdichados y los vuelve a procesar de tal manera que puede aceptarlos, logra responder a la conducta de apego de su hijo de modo que este desarrolle un apego seguro hacia ella. (p.157)

En el desarrollo de la personalidad Bowlby (2009) propone que existen varios caminos potenciales, y no fases determinadas como han planteado otro tipo de teorías. Postula que: “cada niño tiene su propia serie individual de caminos potenciales para el desarrollo de la personalidad, unos compatibles con la salud mental y otros no. El camino particular por el que avanza está determinado por el entorno en el que se encuentra, sobre todo por el modo en que los padres lo tratan y por el modo en que él responde” (p.158).

Es importante señalar que para este autor el curso del desarrollo posterior no es fijo y que los cambios en el modo en que es tratado el niño pueden desviar el camino en direcciones más favorables o desfavorables. Postula que la capacidad de cambio, aunque disminuye con los años, se sigue dando durante todo el ciclo vital, entonces los cambios siempre serán posibles. Estas posibilidades de cambio permiten la oportunidad de realizar una terapia eficaz. El objetivo del terapeuta será capacitar al paciente para reconstruir sus modelos operantes de él mismo y de sus figuras de apego, de forma tal que no se quede enganchado en sufrimientos del pasado y pueda disfrutar el presente de una manera más tranquila.

Bowlby lo nombra así: “que el sujeto se encuentre menos dominado por el hechizo de desdichas olvidadas y más capacitado para reconocer a los compañeros del presente tal como son”. Luego cita a Freud (1909) dándole más fuerza a la idea; “una cosa que no ha sido comprendida, reaparece inevitablemente; como un fantasma no conjurado, no puede descansar hasta que el misterio ha sido resuelto y el hechizo ha quedado roto” (p.159)

4.3. Apego y psicopatología

M presenta un estilo de apego ansioso resistente. Este apego como vimos anteriormente se caracteriza porque el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o lo ayudará cuando lo necesite.

Para Lorenzini & Fonagy (s.f) los individuos con apego ansioso, luego de una historia de apoyo inconsistente por parte de sus figuras de apego primarias, presentan un umbral más bajo para la percepción de las amenazas ambientales y por tanto para desarrollar estrés. Esto explica la frecuente activación del sistema de apego, lo que provoca angustia e ira. Estos sujetos exhiben búsqueda compulsiva de atención y sobredependencia. (p. 8)

Un niño con un apego seguro ha contado con un adulto capaz de reflejar sus estados emocionales agudos de una manera consistente, certera y no invasiva. Esto equipa al niño con la capacidad de mentalizar (habilidad para entender el mundo interno y el mundo social en términos de estados mentales, pensar que los demás poseen una mente similar a la propia). Esto implica que el individuo saludable puede interpretar y responder a los sentimientos del otro, y no sólo a su propia experiencia.

El estilo de apego inseguro conduce a un desarrollo disfuncional del léxico referido a los estados internos, lo que resulta en alexitimia en la adultez. Por esta razón Lorenzini & Fonagy (sin año) destacan la importancia de que las terapias incluyan un componente que permita a los pacientes reconocer, etiquetar y comunicar sentimientos verbalmente.

Sroufe (2018) postula que la teoría y la investigación sobre el apego han creado una nueva perspectiva de la psicopatología, considerándola como el resultado del desarrollo. La patología es vista como un proceso acumulativo de múltiples influencias a través del tiempo. Considera que el apego infantil es crítico, porque inicia las vías de desarrollo y tiene conexión con funciones críticas del sí mismo como; la capacidad de relación social, la modulación de la excitación, la regulación emocional y la curiosidad, entre otros.

Según este autor “las relaciones tempranas de apego establecen una dirección inicial para el desarrollo, dado que los individuos buscan, seleccionan y reaccionan a las

experiencias posteriores, dentro del marco de actitudes y expectativas forjadas en las relaciones de apego, hay una tendencia para que estas vías tempranas sean seguidas en forma de cascada”. (p.47).

Sroufe (2018) postula que el papel del apego temprano en la formación de la persona puede ser conceptualizado en términos de cinco bases:

Base motivacional: a partir de un apego seguro se desarrollan expectativas positivas de las relaciones.

Base de actitud: es la creencia de que uno puede obtener las respuestas que necesita de los demás y crear expectativas de destreza personal en el mundo social.

Base instrumental: es el apoyo a la exploración, desarrollar habilidades y capacidades para disfrutar el juego y los descubrimientos.

Base emocional: el apego es definido como fundamentalmente la regulación diádica emocional, es el entrenamiento para la regulación emocional.

Base relacional: se refiere a la noción de reciprocidad en las relaciones, de donde surge la empatía.

Estos fundamentos sientan las bases de una personalidad sana en el caso del apego seguro o para la conducta distorsionada o los trastornos de la personalidad en el caso del apego ansioso. De la teoría del apego también se deriva la autoestima y la autoconfianza. La autoestima alta deriva de haber sido tratado como valioso; la autoconfianza en no haber sido empujado tempranamente hacia la independencia, sino haber experimentado la afectividad dentro de una relación.

Marrone (2009) explica que la experiencia de Bowlby como psiquiatra infantil consolidó su creencia de que la psicopatología se origina en las experiencias reales de la vida interpersonal, y no en la fantasía o en asuntos puramente intrapsíquicos. Relata que Bowlby desde sus estudios en (1940) cuando escribe su artículo “La influencia del ambiente temprano en el desarrollo de la neurosis y del carácter neurótico”; se dio cuenta que las madres de niños neuróticos tendían a desplazar hacia sus hijos la hostilidad que originalmente iba dirigida a sus propios padres. También observó la tendencia a satisfacer

necesidades afectivas previamente insatisfechas poniendo en sus hijos unas demandas excesivas e inapropiadas. Desde allí Bowlby mostró su interés y preocupación por la interacción familiar y por el fenómeno intergeneracional.

Para Wallin (2015) “Nuestros primeros vínculos de apego definen el proyecto inicial de la mente. Los patrones de comunicación interpersonal en dichos vínculos se interiorizan como el conjunto de esquemas estructurados conocidos como el yo”. (p. 136)

Este autor explica el tipo de apego ambivalente/preocupado como en el que no hay cabida para una mente propia; es un tipo de apego que se caracteriza por la infra regulación del afecto. Estos niños con el fin de asegurar la atención irregular de los padres, aprendieron a amplificar sus expresiones de angustia, lo que Wallin denominó “Estrategia hiperactivadora”. En la situación extraña estos niños podían centrarse sólo en su madre. “Pegajoso y resistente, en unos casos o reducido a la pasividad indefensa en otros, el niño ambivalente era muy difícil de apaciguar. Mostraba una ansiedad crónica por la localización de su madre y parecía muy abrumado para explorar”. (p.147)

Wallin (2015) explica como este patrón era una respuesta predecible del niño ante una madre imprevisiblemente receptiva. Los padres de los hijos ambivalentes estaban por lo general profundamente absortos en su propia preocupación por el apego. Padres que parecen atormentados por la carga de una preocupación excesiva, confusa, airada o pasiva, por las figuras de apego. En ellos subyace el propio miedo al abandono y a la indefensión. En las entrevistas de apego adulto, estos padres se comunicaban de modos confusos, con relatos difíciles de seguir, irrelevantes y generalmente largos.

Wallin considera que estos padres y sus hijos ambivalentes habitaban un mundo representacional definido por múltiples modelos funcionales no integrados, y que dichos modelos eran consecuencia de experiencias contradictorias con figuras de apego impredecibles. Esas figuras eran receptivas en algún encuentro, luego intrusivas o inaccesibles en otro, lo que generaba en sus hijos una preocupación por la esperanza de la proximidad y por la probabilidad de su pérdida. La estrategia hiperactivadora de los padres preocupados tiende a representarse con los hijos y a ser adoptada por ellos. (p.150)

4.4. Intervención desde la teoría del apego

Para Bowlby (2009) “un terapeuta que aplica la teoría del apego considera que su papel es el de proporcionar las condiciones en las que su paciente pueda explorar sus modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego, con el fin de volver a evaluarlos y reestructurarlos a la luz de la nueva comprensión adquirida y de las nuevas experiencias vividas en la relación terapéutica”. (p.160)

Para el autor el papel del terapeuta puede ser comprendido y descrito desde cinco puntos principales:

Primero, proporcionar al paciente una base segura, para desde ahí explorar los diferentes aspectos desdichados y dolorosos de su vida pasada o presente. Hechos y situaciones que pueden ser muy difíciles de abordar sin un compañero confiable que brinde apoyo, comprensión y en ocasiones guía.

Segundo, apoyar al paciente en sus exploraciones, con respecto a las relaciones que entabla, a las expectativas frente a sus propios sentimientos y conductas, a las tendencias inconscientes al momento de hacer elecciones de personas en las relaciones íntimas y cuando crea situaciones que lo perjudican.

Tercero, una relación particular que el terapeuta invita al paciente a examinar, que es la que se establece entre los dos. El paciente logra introducir allí todas sus construcciones de cómo puede sentirse y comportarse con él una figura de apego dictada por sus modelos operantes de los padres y del sí mismo.

Cuarto, animar al paciente a revisar como sus percepciones pueden ser producto de acontecimientos que enfrentó en la infancia y en la adolescencia, sobre todo los vividos con sus padres. Este es un proceso doloroso y difícil.

Quinto, capacitar al paciente para reconocer que sus modelos de sí- mismo y de los demás derivados de experiencias pasadas dolorosas, pueden no ser adecuadas para su presente y su futuro. Con esto se abre la oportunidad para el paciente de pensar, sentir y actuar de una manera diferente.

Para Sroufe (2018) la teoría del apego ha señalado el camino hacia una terapia completamente basada en la relación, y está de acuerdo con Bowlby en que la tarea principal del terapeuta es establecerse como una base segura para el cliente, para que desde ahí se puedan examinar las expectativas con respecto a sí mismo y a sus relaciones con los otros. (p.30)

Marrone (2009) considera que la psicoterapia psicoanalítica contemplada desde el punto de vista de la teoría del apego puede definirse como un método de tratamiento que consiste en dos aspectos; el primero es obtener, modificar e integrar modelos operativos internos, de uno mismo y de otros significativos, y el segundo es promover el pensamiento reflexivo.

Este autor también explica que en la actualidad se pueden identificar cuatro tendencias diferentes con respecto a la manera en que la teoría del apego inspira la terapia. Estas tendencias son compatibles, solo que han surgido en diferentes momentos y han sido propuestas por diferentes autores. Estas tendencias son:

Primera tendencia, basada en las enseñanzas y escritos de Bowlby, donde el objetivo fundamental de la terapia es proveer una base segura a partir de la cual el paciente pueda explorar su mundo representacional (sus modelos operativos internos).

Segunda tendencia, surgió en Gran Bretaña, liderada por Peter Fonagy y sus colaboradores, quienes ponen el énfasis en el desarrollo de la función reflexiva que ellos denominan mentalización.

Tercera tendencia, surgió en los Estados Unidos como punto de convergencia entre la teoría del apego y la psicología del self. El énfasis está en la disponibilidad empática del analista para tratar de reparar el déficit que la falta de empatía de figuras de apego en la infancia pudo haber creado.

Cuarta tendencia, apareció también en los Estados Unidos, y se apoya en los estudios sobre la memoria implícita de las experiencias tempranas de apego. Desde este punto de vista los procesos implícitos solo pueden cambiar a través de la interacción entre el paciente y el terapeuta, y no pueden ser activados simplemente por el hecho de activar el conocimiento reflexivo.

4.5.El apego en psicoterapia

Wallin (2015) citando a Bowlby (1985), describe como el padre de la teoría del apego caracteriza la labor psicoterapéutica: “Nuestro papel consiste en propiciar que el paciente desarrolle pensamientos que sus padres le han prohibido o disuadido de pensar, que experimente sentimientos que sus padres le han prohibido o disuadido experimentar, y que sopesa acciones que sus padres le han prohibido contemplar”. La función del clínico es facilitar la integración y por lo tanto la reanudación del desarrollo sano, empezando por el desarrollo emocional. (p.159)

Wallin (2015) postula que: “si nuestros primeros vínculos han sido problemáticos, las relaciones posteriores pueden ofrecernos otra oportunidad, y quizá el potencial de amar, sentir y reflexionar con la libertad que surge de un apego seguro. La psicoterapia aporta, idealmente, ese vínculo curativo.” (p.23)

Son tres los hallazgos que el autor identifica como de consecuencias profundas para la psicoterapia: primero, el vínculo de apego entre paciente y terapeuta como clave para el desarrollo; segundo la importancia de la experiencia preverbal; y tercero, que la postura del yo respecto de la experiencia predice mejor la seguridad del apego que los propios hechos de la historia personal. Es un modelo de psicoterapia que conlleva la transformación del yo a través del vínculo.

Wallin lo expresa de la siguiente manera: “el proceso relacional/emocional/reflexivo que está en el núcleo de toda terapia centrada en el apego facilita la integración de la experiencia negada y fomenta en el paciente un sentido del yo más coherente y seguro” (p. 25).

Para este modelo de terapia también es fundamental la función reflexiva y la metacognición. La postura del yo ante su propia experiencia tiene un papel decisivo. El apego seguro se ha asociado con una actitud reflexiva ante la experiencia. Para este autor mientras más podamos movilizar la postura reflexiva, más resilientes seremos y menos costará el infundir la seguridad en los hijos.

En esta misma línea se propone que para que un terapeuta pueda infundir seguridad en sus pacientes debe cultivar personalmente la capacidad de reflexionar con profundidad psicológica. Esta postura de profundidad conlleva una atención deliberadamente acrítica de la experiencia en el momento presente; una postura de atención plena.

Wallin (2015) aclara la actitud de la atención plena, recurriendo a la metáfora de cuatro anillos concéntricos, donde cada uno representa un elemento que contribuye a la experiencia de ser un “yo atento” a cada instante: anillo exterior, representa la realidad externa donde están los acontecimientos y las personas con las que nos relacionamos; luego, está el segundo anillo que simboliza el mundo relacional, esto es, los modelos mentales de la experiencia anterior, los cuales orientan las interpretaciones del pasado y el presente y definen las expectativas de futuro. El tercer anillo representa la capacidad de actitud reflexiva ante la experiencia, el “yo reflexivo”. El cuarto y último anillo representa el “yo atento”, que es la respuesta a la pregunta ¿Quién reflexiona sobre la experiencia? Para explicarlo de otro modo, el yo que reflexiona sobre la experiencia presta atención al contenido de la experiencia, mientras que el yo atento presta atención al proceso de la experimentación.

Para este autor los vínculos de apego pueden ser también el marco donde, ya sea en el amor o en la psicoterapia, se curan con mayor probabilidad las heridas emocionales tempranas. El terapeuta puede ser una nueva figura de apego con la que el paciente puede desarrollar, a través del vínculo, nuevos patrones de apego.

Desde la perspectiva de Wallin (2015), la psicoterapia funciona generando un vínculo de apego seguro en el que se pueden desarrollar las capacidades de mentalización y regulación del afecto en el paciente. Propone que para Fonagy, “la psicoterapia se trata de un vínculo intersubjetivo en el que el paciente llega a conocerse en el proceso de ser conocido por otro”. (p. 100).

Wallin (2015) resalta también las investigaciones de Daniel Stern que destacan: “el vínculo terapéutico tal como se vive (y no tanto según se analiza) es la intervención terapéutica primaria”. (p.100)

Este enfoque sitúa el nuevo vínculo de apego en el centro de la labor terapéutica. En este contexto de un vínculo intersubjetivo cocreado, la comunicación implícita y no verbalizada desempeña un papel preponderante que permite reconocer el proceso de desarrollo inconcluso del paciente. El vínculo terapéutico también se puede estructurar para que opere como una incubadora de capacidades enfocadas en el sentir, pensar y amar. El autor lo describe de la siguiente manera: “para los pacientes cuyo desarrollo sano descarriló a causa de las carencias de estos vínculos formativos, la psicoterapia puede recrear una matriz interactiva de apego en la que el yo tiene el potencial de curarse”. (p.103)

En un tratamiento orientado desde este modelo las diferentes dimensiones del Yo juegan un papel fundamental, desde el análisis y desde la intervención. En este nuevo vínculo de apego que genera el terapeuta; las emociones del paciente (yo emocional) son esenciales, junto con su regulación afectiva que le permite sentir, modular, comunicar y comprender las emociones. Este aspecto suele situarse en el núcleo del proceso que permite la curación. El yo somático también incluye una atención especial, en un tratamiento orientado al apego. El yo representacional o modelo funcional interno, es esa construcción propia que hemos estructurado de nosotros y del mundo, con la habilidad o no, para diferenciar entre el interior y el exterior; entre el mundo mental y el físico. Luego están el yo reflexivo (mentalización) y el yo atento (atención plena), los cuales no son potenciales para todos. Ambas son capaces de impulsar la perspicacia y la empatía, la regulación del afecto y el sentido de la agencia personal, la libertad interna y la capacidad de flexibilidad adaptativa a las circunstancias complejas. Estas dos potencialidades del yo son nombradas por Wallin como “vías de liberación psicológica”. (p.114)

En la labor terapéutica la capacidad de mentalización del terapeuta permite aportar a los pacientes un nuevo vínculo de apego en el que se puede nutrir su propia capacidad de desarrollar un yo reflexivo.

Para este autor tanto los padres como los terapeutas tienen el potencial de impulsar un vínculo mutuamente consolidativo, entre la regulación del afecto y el apego. El padre (o terapeuta) que se experimenta cada vez más como un refugio y una base segura, es cada vez más capaz de contribuir a que el niño acceda a su experiencia emocional para modularla, diferenciarla y hacer uso de ella.

Si un niño obtiene ayuda con los sentimientos que expresa, tenderá a dominar el conocimiento y la expresión de lo que siente, lo cual es, a su vez, una parte importante del conocimiento sobre cómo mantener un vínculo seguro. El desarrollo sano depende de un vínculo que dé cabida y confiera sentido a la experiencia emocional del niño, o en la psicoterapia, a la experiencia emocional del paciente. (p.165)

Wallin (2015) resalta la comunicación colaborativa, contingente y sintónica en lo afectivo, como el núcleo de la prescripción para que los padres y/o terapeutas aporten una base segura. Estas respuestas de sintonía afectiva ayudan al niño o al paciente a que se sienta sentido. Esta habilidad de sintonizar emocionalmente, depende de la capacidad de estar plenamente presente, abierto y en el momento. Es un estado anímico receptivo, denominado comunicación de hemisferio derecho a hemisferio derecho. Las experiencias repetidas de esta receptividad emocionalmente sintónica, contribuyen a fomentar expectativas positivas de modelos funcionales internos más seguros. Son lecciones de cómo mantener un vínculo cómodo y efectivo, tanto con uno mismo y sus emociones como con los demás.

Wallin (2015) citando a Tronick (1998) ha sugerido que tanto el vínculo hijo-progenitor como el de paciente-terapeuta posibilitan el desarrollo al generar “estados de conciencia diádicamente expansivos”. También lo explican los teóricos clínicos de la intersubjetividad y los investigadores del apego de la siguiente manera: “Necesitamos la mente del otro con el fin de conocer y desarrollar la nuestra. (p.175)

4.6.El paciente preocupado: comportamiento y vínculo

Wallin (2015) en el capítulo trece de su libro, profundiza sobre las características vinculares y comportamentales de los pacientes con un estado anímico preocupado respecto del apego. Los describe como pacientes abrumados por sus sentimientos, concentrados en evitar la distancia de los demás, con dudas acerca de sí mismos y con temor a ser demasiado independientes. Son personas a las que les cuesta dominar las capacidades lingüísticas del hemisferio izquierdo para dar sentido a la experiencia que se presenta como desordenada. Dentro de los pacientes preocupados están los histéricos y los límites cada

uno en un extremo. Los primeros se muestran como abrumados e impotentes, aunque a veces cooperativos y seductores. Los segundos se presentan enojados, exigentes y caóticos. (p.325)

La vida de estos pacientes está marcada por el miedo al abandono. Se han caracterizado como “ávidos de fusión”, sus grandes amenazas son la separación, la pérdida y la soledad, y la proximidad se experimenta como el bien más valioso. Sus experiencias con las figuras de apego están caracterizadas por una receptividad impredecible, que les ha enseñado que la mejor manera de recabar la atención y el apoyo de los otros consiste en acentuar su angustia para que no pase desapercibida. Estos pacientes tienden a ser demasiado conscientes de los pensamientos, sentimientos, y sensaciones corporales amenazadoras, exagerando su significado; también, se muestran hipervigilantes con los signos de desaprobación, alejamiento o rechazo. Tienen una necesidad crónica de mantener activado el sistema de apego, lo que afecta notablemente la capacidad de lograr un equilibrio emocional, una sana autoestima y la confianza en los demás.

En el tratamiento de estos pacientes se les debe ofrecer un vínculo que represente una alternativa para su estrategia hiperactivadora. Un vínculo en el que los pacientes puedan contar con la aceptación y la disponibilidad emocional del terapeuta. Un vínculo en el que cada vez menos se haga necesaria la estrategia hiperactivadora. No es fácil, ya que la inseguridad manifiesta se ha convertido en el mejor medio para tener la atención de los demás. (p.327)

Hay pacientes preocupados que se caracterizan por la impotencia (los histéricos), mientras que otros por la ira y sus exigencias apremiantes (los límites). Cada uno requiere un enfoque terapéutico distinto. Se describirá el patrón de la impotencia por ser el que caracteriza el comportamiento del niño, y sus vínculos.

Según Wallin (2015) los pacientes caracterizados como “histéricos” se muestran como hiperemotivos y melodramáticos. Se diferencian del paciente límite en que sus necesidades de dependencia son menos extremas, al igual que sus reacciones cuando estas necesidades se ven frustradas. El enfoque que adoptan para satisfacer sus necesidades de vínculo puede resultar más atractivo y exitoso.

Se relacionan más a través de la impotencia que de la ira. No ocultan sus carencias, pero no contribuyen a satisfacer sus necesidades. Viven menos en su propia mente que la mente de los demás. Están siempre ansiosos por evitar el abandono, temen ser demasiado asertivos o serviles para agradar a los demás.

En el proceso de terapia plantean una contradicción, parecen disponer de aptitudes y recursos psicológicos, pero en el tratamiento se comportan como incapaces de gestionar su angustia y de comprenderla. Pueden tener más capacidades de las que están dispuestos a reconocer. Su disposición al vínculo terapéutico no es tanto un indicio de su capacidad para colaborar, como de agradar y complacer. Para obtener el consuelo y la proximidad, estos pacientes saben que deben mantener la apariencia de impotencia y contribuir al mismo tiempo a que el terapeuta se sienta bien. Tienen una necesidad de ser el paciente perfecto, el miedo y la desconfianza los lleva a comportarse de manera complaciente y agradable. (p.329)

Con estos pacientes preocupados se tiene que distinguir la apariencia de la realidad, no se puede confundir la estrategia defensiva del paciente con las dificultades para las que creó dicha estrategia. Es necesario vigilar constantemente con estos pacientes la hiperansia de rescatar o de ser idealizados y no actuar en complicidad con sus defensas.

Según Wallin (2015) para estos pacientes una menor dependencia de la estrategia hiperactivadora va de la mano de una creciente capacidad de experimentar al terapeuta como base segura. Propone que al principio los pacientes traen al vínculo terapéutico los miedos al abandono y no pueden confiar en la disponibilidad del terapeuta, por lo que dedican sus energías a mantener dicha conexión, por lo que desatienden su propia experiencia; “Sólo en la medida en que los pacientes preocupados se sienten menos forzados a controlar o gestionar las respuestas del terapeuta, pueden centrar su atención más plenamente propia experiencia” (p.331)

El vínculo en los pacientes preocupados se caracteriza por su capacidad camaleónica de adaptación a las expectativas de los demás. El miedo a que el otro no esté accesible los predispone a adaptarse, y la consecuencia es recibir lo que esperaba el terapeuta desde el principio. Estos pacientes temen desarrollar un sentido de la seguridad y

la independencia, porque en su infancia se desincentivaron de una u otra manera; por lo tanto, son incoherentes con sus creencias acerca de cómo pedir la atención de los demás.

El miedo del paciente a que el terapeuta no esté accesible incentiva el afán de conexión. Esa necesidad de consuelo de un vínculo estrecho puede expresarse de diferentes modos: impotencia, muestras de angustia, docilidad, seducción o el afán de ser un “buen paciente”. (p.336)

Cuando el terapeuta tiene un estilo negador, por el miedo al sentimiento y a la proximidad, podrá tender por acorralar la emoción intensa del paciente mediante la comprensión intelectual. Si el estilo del terapeuta se caracteriza por un estado anímico más preocupado, tendrá mayor capacidad de empatizar con la experiencia del paciente, pero puede pasar que su propio miedo al abandono le impida ir más allá de la empatía. También puede aparecer el impulso de rescatar al paciente, en lugar de ayudarlo a reconocer sus propios recursos.

Por otro lado, si el estilo del terapeuta es seguro, le costará menos reflejar los sentimientos más profundos del paciente, la interacción será relativamente libre y se podrá contribuir a que el paciente comprenda su papel en las interacciones que se cocrean.

4.7. Intervención clínica desde la perspectiva vincular

Di Bártolo (2019) postula que hace alrededor de tres décadas se ha venido impulsando una audaz noción clínica, según la cual cualquiera que sea el motivo de consulta psicológica por un niño, el objetivo primario de la intervención en los niños pequeños es la relación entre el niño y sus padres. El objetivo clínico es la relación. Para esta autora los niños son inseparables de su contexto, y a la vez tiene influencia en él. (p.123)

La comprensión clínica estaría dirigida a desentrañar la red de significados que ha sido construida en la historia de las interacciones dentro de esa relación. Desde esta óptica no se trata solo del problema del niño; si no que importa igualmente la manera en que los padres experimentan e interpretan ese problema. Los problemas de salud mental en la

infancia, más allá de que se expresen en el niño, precisan ser abordados en forma relacional. Di Bártolo (2019) lo expresa así: “Si bien el objetivo primario de la psicoterapia infanto-parental es la salud mental del niño, la forma de alcanzar ese objetivo es a través del trabajo con la relación y con la manera en que la relación está representada mentalmente”. (p.126)

Esta relación tiene dos componentes, la interacción que constituye el componente observable; lo que se ve; y el proceso representacional que constituye el componente interno. El trabajo clínico con las relaciones debe incluir tanto los comportamientos de interacción como las experiencias subjetivas. Con esto es claro que las relaciones no existen solamente entre los individuos sino también dentro de los individuos. No solo es lo que pasa entre dos, sino también lo que está en la propia mente.

El objetivo básico de la evaluación en este modelo, es identificar cuáles son los factores, internos y externos, que influyen negativamente en la relación. Un análisis que incluye lo que los participantes hacen, las interacciones y la manera en que perciben e interpretan las interacciones. Di Bártolo (2019) cita el modelo de Stern (1995) que integra cuatro elementos básicos: las representaciones de la madre o padre; los actos de la madre; los actos del niño y las representaciones del niño. A estos elementos subyace el contexto en el que están insertos. Para Stern (1995) estos son los elementos que constituyen la relación y todos están conectados entre sí. Propone que cada uno de estos elementos representa un puerto de entrada potencial para la intervención. Cada entrada define un abordaje terapéutico, lo que constituye una vía por la cual se comienza la intervención. (p. 133)

Di Bártolo (2019) resalta que el trabajo clínico con la relación entre padres e hijos incluye múltiples abordajes. Considera que uno de los elementos centrales es el trabajo con los padres, con el objetivo de que desarrollen una mayor sensibilidad para comprender al niño, para interpretar sus comportamientos y para comprenderse a sí mismos como padres. (p.135)

Estos son algunos de los abordajes propuestos por Di Bártolo y que incluye la psicoterapia entre padres e hijos: entrevistas de orientación a los padres, sesiones vinculares, sesiones de psicoterapia individual con uno de los padres, sesiones individuales con el niño (si es mayor). Se resalta la importancia que tiene trabajar con las

representaciones parentales, este abordaje se constituye en un puerto de entrada privilegiado para modificar la relación infanto-parental. Es visto así ya que los padres como adultos, tienen más dominio y más libertad para cambiar sus representaciones.

Los problemas en las relaciones entre padres e hijos se presentan cuando las representaciones que problematizan la relación están distorsionadas, cerradas, conflictivas, unidimensionales y negativas. Estas representaciones se pueden referir al niño, a los padres, o a lo que significa en la cultura ser padre o madre. La perspectiva de Di Bartolo es que a menudo el problema está en las representaciones que un padre, o ambos, tienen sobre el niño. Lo ilustra de la siguiente forma: “Lo que se piensa del otro guía lo que se hace en la relación con él. Las representaciones se traducen en conducta interactiva y así se transmiten”. (p.137)

En esta misma línea, la autora enfatiza en los temas internos de los padres, en especial los conflictos que no han sido resueltos, y que se ponen en juego en la interacción con el hijo y la moldean. También explica como ciertas características del niño activan estas representaciones, constituyéndose así en un proceso dinámico e interactivo. La tarea más importante en este sentido es que la madre o el padre traten de mirar el mundo a través de los ojos del hijo, y de imaginar lo que siente y lo que motiva sus actos, desde el punto de vista de él y no desde el propio.

A la pregunta ¿Qué impide a los padres usar sus recursos empáticos para sumergirse en el mundo mental del niño?, Di Bártolo postula que la capacidad de los padres para simbolizar, organizar, dar sentido y contener las emociones del niño está en directa relación con su capacidad para hacer ese proceso con sus propias emociones, y con la elaboración de su propia historia como hijos. Uno de los focos primordiales en la terapia entre padres e hijos es descubrir y hacer visibles las relaciones inconscientes entre temas personales conflictivos del progenitor y aspectos disfuncionales en su manera de tratar y de comprender al niño. (p.141)

En cuanto a la relación terapéutica, Di Bártolo reconoce su importancia y centralidad en el proceso de psicoterapia, según su posición, entre los padres y el clínico se construye una relación que tiene un inmenso efecto. Se ofrece a los padres una nueva comprensión del niño y de sí mismos, se proporciona una mirada más profunda de la

relación y los padres también amplían la visión de sí mismos como padres. Postula que, a través de la mirada del terapeuta, la madre y el padre construyen una nueva forma de verse, más empática y comprensiva, lo que permite que la visión de su hijo también este permeada de estas mismas cualidades. Para esta autora el factor más influyente para que un padre cambie la relación con su hijo es la relación que establecen con el terapeuta, considera que por la vía de una profunda relación con otra persona pueden producirse enormes cambios en la personalidad. (p.154)

Con respecto a la exploración clínica en niños, Di Bártolo plantea que los síntomas que motivan una consulta clínica son indicadores que toman sentido al ser comprendidos dentro de su contexto. Estos síntomas deben ser transformados en comunicación y pensados en el marco de la relación del niño con sus padres. “Es necesario levantar la vista del síntoma y mirar la situación emocional general del niño, de la relación con sus figuras de apego, de los padres de la familia”. (p.155)

Importante resaltar los conceptos de multicausalidad, multifinalidad y equifinalidad que Di Bártolo (2019) explica en su texto. La multicausalidad hace referencia al hecho de que las perturbaciones o trastornos mentales no obedecen a una sola causa; siempre son multi causados. Tampoco hay un tipo de trastorno que resulte de una combinación de causas, ya que de una misma combinación de causas pueden obtenerse múltiples resultados, siendo esta la multifinalidad. La equifinalidad por su parte, hace referencia a que un mismo trastorno puede resultar de diferentes combinaciones causales, un mismo cuadro donde las causas pueden ser diversas. Estos tres principios hacen alusión a la falta de una relación lineal entre causas y consecuencias, y dejan clara la importancia de una evaluación particular y detallada en cada caso.

En la evaluación clínica de un niño se debe apuntar no solo a lo interno sino también a lo interpersonal. Es un proceso que lleva varias entrevistas y que se organiza en torno de las mismas áreas que configuran la relación entre padres e hijos:

1. Mundo representacional de los padres
2. Mundo representacional del niño
3. Interacción entre padres y niños

5. Aspectos personales considerados en el proceso

Este caso ha sido de gran aprendizaje en diferentes aspectos, no solo a nivel académico y profesional, sino también a nivel personal.

El comienzo de la práctica significó nerviosismo, ansiedad y un poco inseguridad, hacía mucho tiempo que no ejercía la clínica y el primer caso, que es el que expongo en este trabajo, fue retador y movilizador. Algunos aspectos del caso resuenan con mi historia personal, lo que me ayudó a empatizar rápidamente con mi paciente, pero también significó movimientos en mí a nivel personal.

Este último semestre en el que he tenido que articular de manera consciente aspectos de mi obra de teatro, con la obra de teatro del paciente para identificar y esclarecer el tipo de vínculo y relación que establecimos, ha significado encontrarme con un montón de asuntos propios no resueltos y que han empezado a emerger en forma de síntomas somáticos y psíquicos fuertes y angustiantes. He retomado nuevamente mi proceso personal buscando entender y procesar lo que estoy viviendo actualmente.

A nivel profesional el aprendizaje ha sido invaluable, lo más importante ha sido el hecho de autorizarme a hacer clínica y lanzarme a vencer ese miedo, ya que llevaba varios años postergando el iniciar aun cuando sentía el deseo de hacerlo. De cada docente, de cada clase, de las asesorías, de los debates con mis compañeros me han quedado muchos aprendizajes y también preguntas para seguir resolviendo, un deseo fuerte de seguirme formando como clínica y de ofrecer a mis pacientes lo mejor que pueda dar.

Podría decir que también veo la vida diferente, con mayor comprensión, compasión y empatía, no solo hacia los otros, sino también hacia mí. Ha sido muy bonito recibir el cariño y el agradecimiento de mis pacientes y sus familias, y sentir que estoy acompañándolos en su proceso de construir una vida más tranquila, reflexiva y equilibrada; y que en ese acompañamiento también me ido transformando yo como persona y como clínica.

6. Aspectos éticos considerados en el proceso

Para el abordaje terapéutico y posterior presentación del análisis del caso, se siguieron los lineamientos establecidos según la normatividad vigente así:

Resolución 8430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” con énfasis especial en los artículos relacionados en el Capítulo 1, que trata de los aspectos éticos de las investigaciones en seres humanos.

La ley 1090 de 2006, en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología (Títulos I - VI) y establece el correspondiente Código Deontológico y Bioético (Título VII), dentro del cual se crean y reglamentan el Tribunal Nacional y los Tribunales Regionales Deontológicos y Bioéticos, además se definen pautas relativas a los procesos disciplinarios para los profesionales de la psicología.

Por último, se solicitó a la madre del niño autorización para compartir su historia en contextos con fines académicos y formativos, se pidió la firma del consentimiento informado para dicha actividad, así como la grabación de algunas sesiones, dejando claro que esta podría ser suspendida en el momento que se considerara necesarios.

7. Discusión y conclusiones

La atención y el estudio de este caso han permitido comprender la importancia de ver más allá de los síntomas y de un diagnóstico. Como propone Di Bártolo (2019), levantar la mirada del síntoma para poder ver la situación emocional en general, hacer lecturas en contexto y tener en cuenta como el mundo relacional de un niño; su relación con las figuras de apego da respuestas a los interrogantes que surgen sobre las dificultades emocionales o de comportamiento.

Otra enseñanza importante es que en el trabajo con niños es fundamental intervenir también a los padres o cuidadores, hacerlos participantes activos del proceso, que se piensen en la relación con su hijo, y que reflexionen en como su hijo puede sentirse en

relación con ellos. El propiciar este tipo de reflexiones en los padres abre el camino para que los cambios empiecen a darse y sobre todo que puedan sostenerse.

Quedan claridades sobre la importancia y el poder que tiene el vínculo terapéutico, más allá de las técnicas o cualquier otro tipo de estrategia. Se pudo ver directamente como ofrecer un vínculo seguro, de aceptación, respeto y validación, hace que el paciente empiece a pensarse de forma diferente y a comportarse de una manera más auténtica y tranquila.

Se tuvo la oportunidad de trabajar con un grupo familiar, más que solo con el niño y esto permitió analizar y entender asuntos relacionales que se transmiten en las diferentes generaciones, sin mucha conciencia de lo perjudiciales que pueden ser. Fue interesante ver como la madre del paciente empieza a ser consciente de que está repitiendo el mismo modelo de vínculo que su madre tuvo con ella, y como el reflexionar sobre ello, le permite tomar distancia y analizar sus formas de relación con su hijo.

Este caso como ha quedado plasmado en otros apartados del trabajo, no solo trajo aprendizajes a nivel académico y profesional, sino que también llevó a la necesidad de trabajar asuntos de la persona del terapeuta aun inconclusos.

Por otro lado, el estudio del método clínico ha permitido ampliar el panorama a la hora de analizar un caso, proporcionando una guía y una base para pensar y construir un caso. Una guía flexible que ha dado cabida a la invención, a la creatividad y al estilo propio.

El estudio del caso con el método de la maestría, permite entender las posibilidades que trae la integración y no cerrarse exclusivamente a un modelo teórico o terapéutico. Ayuda a descubrir y a explorar diferentes orientaciones más; reconociendo lo valioso que es conocer y tener herramientas de diferentes corrientes que puedan servir en beneficio del proceso del paciente.

En definitiva, el aspecto más valioso que ha dejado el estudio de la maestría, del método y del caso, ha sido el hecho de autorizarse a hacer clínica, vencer ese temor y poder lograr dar el paso y materializar ese deseo.

8. Bibliografía

Bowlby, J. (2009). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.

Di Bártolo, I. (2019). El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gojman, S., Herreman, C. & Sroufe, L.A. (2018). La teoría del apego. Investigación e intervención en distintos contextos socioculturales. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Jaramillo, J.C. (2020). Método clínico psicológico. Medellín.

Lorenzini, N. & Fonagy, P. (s.f.). Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. Revista mentalización.

https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego_y_trastornos_de_la_personalidad_breve_revision.pdf

Marrone, M. (2009). La teoría del apego, un enfoque actual. Madrid: Editorial Psimática.

Wallin, D.J. (2015). El apego en psicoterapia. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

9. Anexos

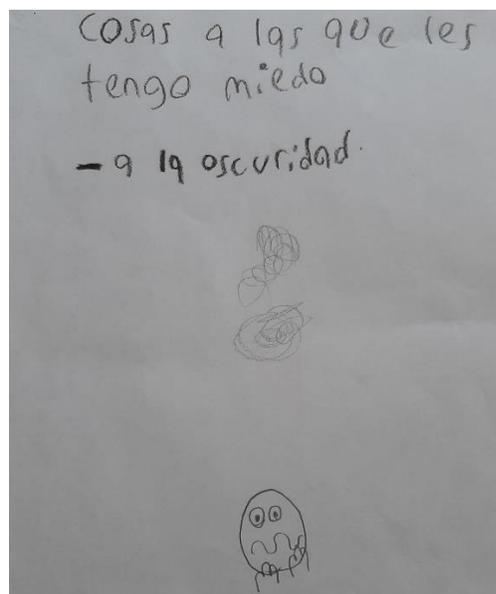
Estos son algunos de los trabajos realizados con el niño en consulta y que permiten evidenciar asuntos de su subjetividad y de la relación con su familia.

Anexo 1: Dibujo de la familia. Se le pide al paciente hacer el dibujo de su familia, él termina el dibujo y cuándo le pregunto por dónde están sus padres, me dice que olvidó dibujarlos y procede a dibujarlos al reverso de la hoja.





Anexo 2: Trabajo sobre las emociones.



Las veces que estoy Enojado

- cuando se ríen de mí.
- cuando estoy triste
- cuando me caigo

Las veces que me pongo triste

- cuando me gritan
- cuando me pelean
- cuando me reñan



cosas que no me
gustan

- que me griten
- que me regañen

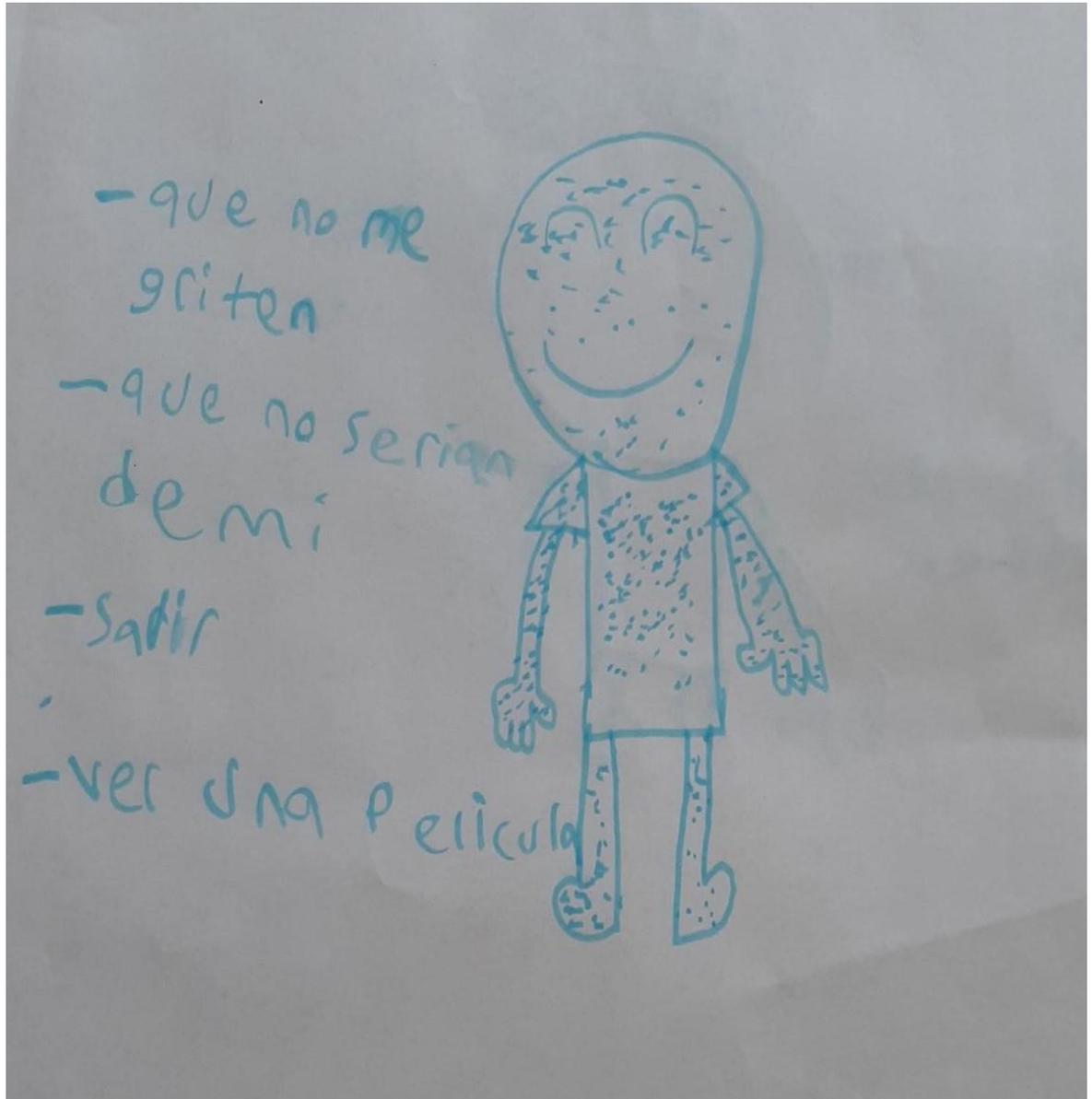


lo que me da alegr
a

- que venga mi papá
- que mi mamá duerma
conmigo
- cuando me dan regalo
s
- cuando me felicitan



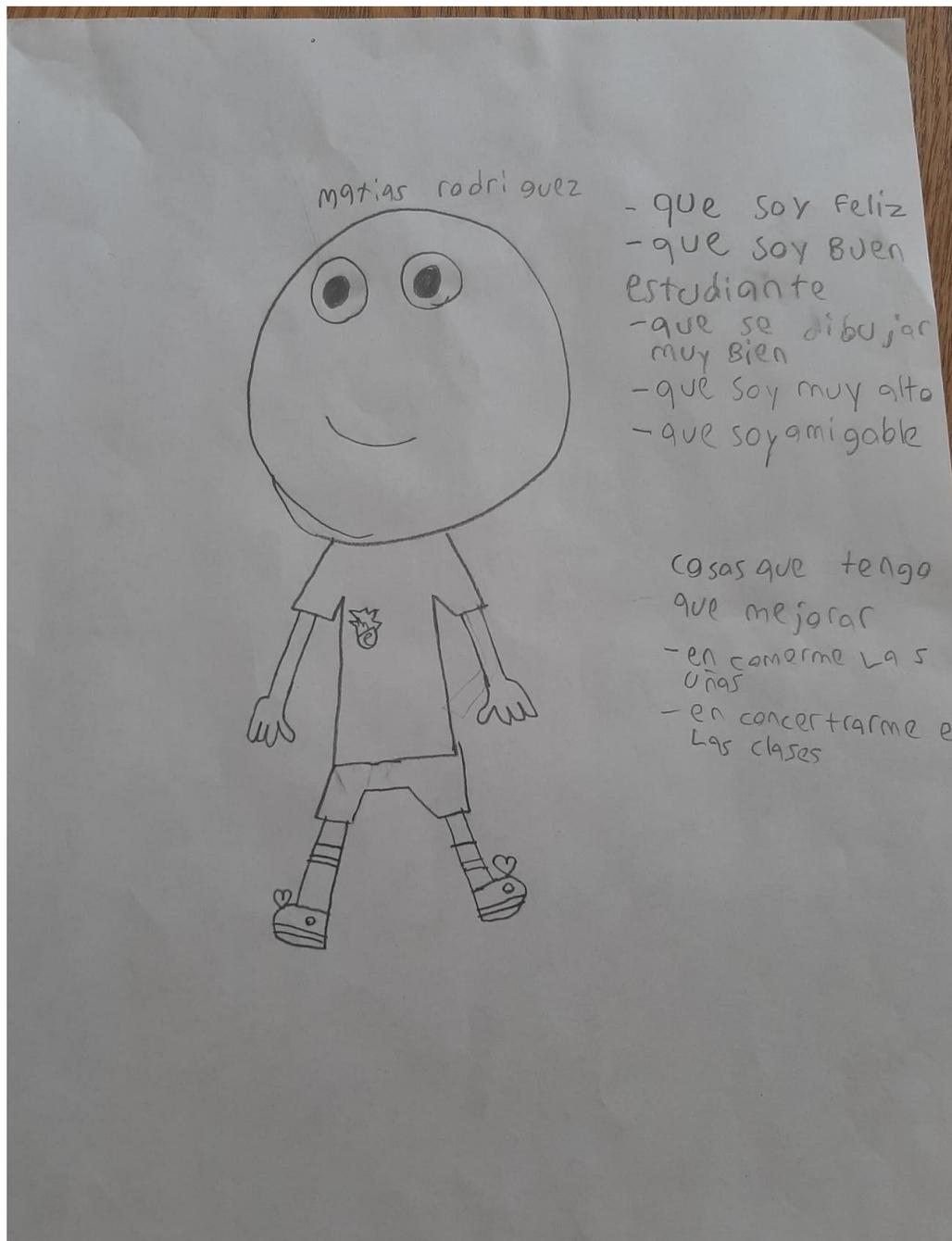
Anexo 3: Trabajo gráfico posterior a la meditación “El lago en calma”. Es la respuesta a la pregunta ¿Qué te ayuda a estar en calma?



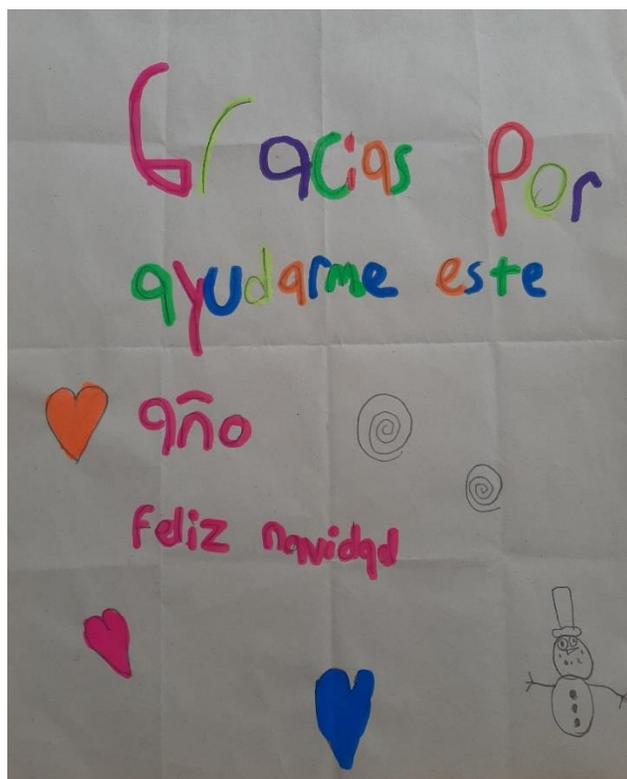
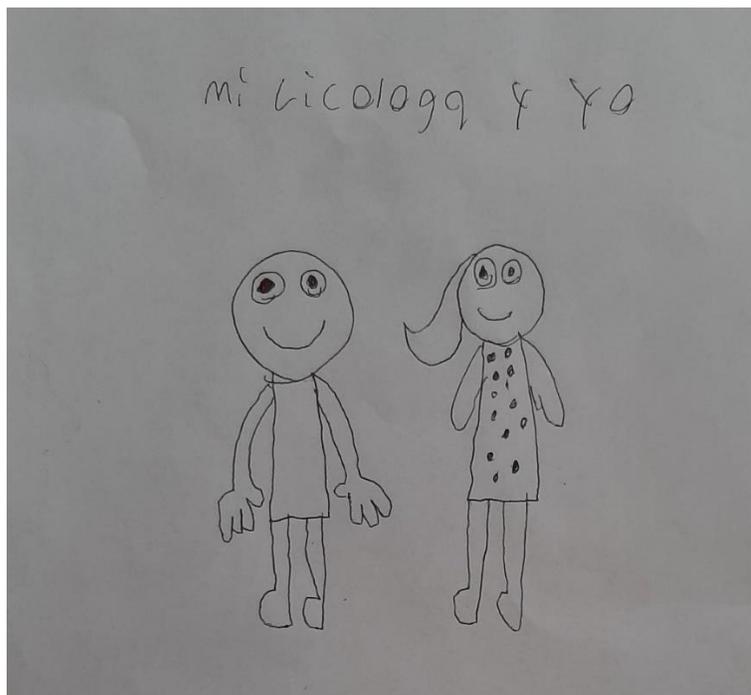
Anexo 4: Trabajo gráfico posterior a la meditación “El árbol de las preocupaciones”. Es la respuesta a la pregunta ¿Qué es lo que más te preocupa?



Anexo 5: Trabajo de exploración del auto concepto. Reconociendo las fortalezas y las cosas por mejorar.



Anexo 6: Sobre asuntos del vínculo terapéutico



Anexo 7: La nueva casa. Dibujo de cuando el niño se pasa para una casa nueva con su madre, su abuela y la mascota.

