

**Universidad de Palermo**

***Integración de un niño con trastorno límite de la personalidad  
en una escuela de educación común.***

**Trabajo Final de Integración**

Tutora: Dra. Nora Gelassen

Autor: Delfina Bunge

Buenos Aires, 30 de noviembre de 2012

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>4</b>
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
3.1. LA PERSONALIDAD.....	4
3.1.1. <i>Trastornos de la personalidad.....</i>	<i>5</i>
3.1.2. <i>Trastorno límite de la personalidad.....</i>	<i>7</i>
3.1.3. <i>Trastorno límite de la personalidad en niños.....</i>	<i>11</i>
3.2. TRATAMIENTO EN NIÑOS CON TLP.....	13
3.2.1. <i>Inclusión de niños con diferentes dificultades en escuelas de educación común.....</i>	<i>16</i>
3.2.2. <i>Acompañamiento terapéutico con pacientes borderline.....</i>	<i>17</i>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>17</b>
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	17
4.2. PARTICIPANTES.....	18
4.3. INSTRUMENTOS.....	18
4.4. PROCEDIMIENTO.....	20
<b>5. DESARROLLO.....</b>	<b>20</b>
5.1. SINTOMAS DETECTADOS EN EL NIÑO DESDE SALA DE 3	20
.....	20
5.2. DIAGNOSTICO DE TLP E INTERVENCIONES QUE REALIZA EL E.O.E.....	40
5.3. INTERVENCIONES QUE REALIZA LA A.T. CON EL NIÑO EN LA ESCUELA.....	46
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>54</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## **1. Introducción**

A partir de la Práctica de Habilitación Profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, realizada en el área de la Psicología Educativa, surge la presente propuesta de trabajo. Dicha pasantía se realiza en el Gabinete Psicopedagógico de primaria de un colegio de educación común ubicado en la Ciudad de Buenos Aires. El mismo es un colegio de enseñanza privada, mixto, religioso y de doble jornada, con inglés, al cual asisten alumnos de clase media, media alta y alta.

El Equipo de Orientación Escolar (E.O.E.) funciona de lunes a viernes, de 8 a 12 hs. dentro de la institución y está formado por dos psicólogos y dos psicopedagogos.

Los alumnos pueden llegar al E.O.E. por decisión propia, o por derivación de docentes y/o directivos del colegio. A veces también el E.O.E. requiere su presencia por algún motivo particular. Además se realizan testados colectivos en los diferentes grados, donde se les administran técnicas proyectivas como Persona Bajo la Lluvia o Dibujo Libre, los cuales son interpretados en el E.O.E. y archivados en el legajo de cada alumno, a fin de trabajar con la prevención o detección de problemas que podría tener algún alumno. Para esto también es importante mantener una fluida comunicación con los docentes, Directivos y entre los miembros del Gabinete. Además, ante la detección de diferentes problemáticas, se trabaja a través de entrevistas con el alumno, los padres y el profesional que atiende al niño de forma particular.

Se analizará en el presente trabajo el caso de un niño de 8 años que cursa 2° grado del colegio que, según el E.O.E., presentaría un trastorno límite de la personalidad según los síntomas que fue presentando desde la sala de 4 años hasta 2° grado y que obstaculizan su desempeño escolar y su interacción social. Se trabajará además con las entrevistas realizadas con el niño, sus padres, su terapeuta particular, la maestra de grado y su acompañante terapéutica con el fin de conocer las estrategias utilizadas para lograr la inclusión del niño en esta escuela de educación común.

## **2. Objetivo general**

Describir los síntomas de un niño de 8 años diagnosticado con trastorno límite de la personalidad y las estrategias realizadas por una escuela de educación común con el fin de lograr su integración y escolarización.

### **2.1. Objetivos específicos**

2.1.1. Describir los síntomas detectados en el niño desde su ingreso en el colegio en sala de 3, hasta 2° grado.

2.1.2. Describir las intervenciones que realiza el Equipo de Orientación Escolar con el niño desde el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

2.1.3. Describir las intervenciones que realiza la acompañante terapéutica con el niño en la escuela.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. La Personalidad**

Millon y Davis (1998) definen a la personalidad con las siguientes palabras: "un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, comprenden el modo idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo" (p.4).

El desarrollo de la personalidad se relaciona con la maduración individual y su proceso dinámico. La formación, el desarrollo y el desequilibrio de la misma están altamente ligados a los factores interrelacionales, personales, familiares y sociales. Un desarrollo normal refleja la capacidad del individuo de enfrentarse con el medio de una manera flexible logrando adaptarse a la realidad de manera creativa. Por el contrario, hay estímulos muy estresantes que generan una detención en dicho desarrollo y por lo tanto un desequilibrio de la personalidad (Millon, 1998).

Por su parte Kernberg (1975) sostiene que la estructuración de la personalidad se constituye en los primeros 6 años de vida y concluye con la resolución del conflicto Edípico.

Pinto (2004) afirma que a partir de varios factores, tanto a nivel biológico como social, se estructura la personalidad, y que la misma corre el riesgo de

desestructurarse sobre todo a nivel de identidad provocando la aparición de un trastorno de personalidad.

Kernberg et al. (2004), comentan que algunos científicos y clínicos consideran que la personalidad no ha cristalizado aún en niños y adolescentes, con lo cual podrían considerar que no tiene sentido la existencia de un trastorno de la personalidad en dicha etapa. Sin embargo, los mismos autores explican que la investigación durante los decenios pasados ha puesto al descubierto un gran conocimiento acerca del desarrollo de la personalidad del niño, lo cual incluye el surgimiento del sentido de identidad, modulación de los afectos, forma de pensamiento, y relación con el mundo externo, que están implicados en el desarrollo de los trastornos de la personalidad en niños.

### **3.1.1. Trastornos de la Personalidad**

Los trastornos de la personalidad son trastornos de tipo crónico y, por lo general, no tienen un muy buen pronóstico ya que son egosintónicos, es decir, son aceptables para el ego de quien los padece (Sadock & Sadock, 2007).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) define a este tipo de trastornos con los siguientes criterios:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- (1) cognición, por ejemplo, formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos.
- (2) afectividad, por ejemplo, la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional.
- (3) actividad interpersonal.
- (4) control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Por su parte, el DSM-5 (APA, 2012) evalúa el hecho de considerar dentro de los trastornos de la personalidad, no sólo el aspecto categorial, sino también un aspecto dimensional lo cual implicará que no se considere solamente la presencia o ausencia del trastorno sino diferentes rangos que determinen el nivel de presencia de la patología.

Así, según Kernberg, Weiner y Bardenstein (2004), es esperable que un trastorno de personalidad tenga un serio impacto en la mayor parte de las esferas de la vida de una persona, incluyendo su comportamiento en el trabajo o escuela, en la interacción con sus amigos o familia y en el funcionamiento cognitivo y emocional, que se refleja en el sentido de sí mismo y de otros y en su relación con la realidad en general.

Las principales características de los trastornos de personalidad, según afirman Kernberg et al. (2004), son la inflexibilidad y la falta de adaptación, las cuales son menos evidentes cuando el niño o el adulto se encuentran en situaciones estructuradas, no amenazantes o predecibles, y es más probable que aparezcan en periodos de cambio y estrés.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) divide los diez desórdenes de personalidad en tres clusters, cada uno caracterizado por desórdenes que son similares o cuyos criterios se sobrepone. El trastorno límite de la personalidad forma parte del cluster B, es decir, de los trastornos dramáticos. Dado que el niño sobre el cual se aborda el presente trabajo presenta, según el E.O.E., un trastorno límite de la personalidad, es pertinente hacer una descripción del mismo trastorno.

### ***3.1.2. Trastorno límite de la personalidad***

En primer lugar se hace una descripción general de uno de los trastornos que pareciera incrementar su prevalencia a nivel mundial. Se trata del trastorno límite de la personalidad (TLP), una compleja dolencia caracterizada por combinaciones variables de conducta como la impulsividad autodestructiva, la inestabilidad afectiva, síntomas cognitivo perceptuales y dificultades interpersonales (Martínez, 2011).

El término límite o borderline aparece por primera vez con el Psiquiatra inglés Hughes en el año 1884, quien lo utiliza para describir la línea entre la neurosis y la psicosis. Hacia 1890, Rosse, un autor de la misma nacionalidad, toma este concepto pero agrega que el estado fronterizo requiere la presencia de obsesiones severas, compulsiones, fobias, histerias y neurastenia (Paz, Palento & Olmos, 1976).

El trastorno límite de la personalidad tiene muchas definiciones y puntos de vista, dependiendo del autor que lo trabaje. La principal característica del trastorno gira alrededor de un eje central, constituido por un trastorno de la identidad, un patrón general de inestabilidad en las relaciones afectivas, interpersonales y de la autoimagen, la utilización de mecanismos de defensa primitivos, así como una notable impulsividad derivada de la incapacidad de procesar sus pensamientos, emociones y la necesidad de derivarlos hacia el polo de la conducta (Kernberg, 1975). El autor subdivide la patología en tres subtipos, alto, medio o bajo, según sea su grado de proximidad al fenómeno psicótico.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) lo define como un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, imagen del sí mismo y afectividad, y una notable impulsividad presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios: se realizan esfuerzos frenéticos por evitar abandonos reales o imaginados, manteniendo de esta manera relaciones interpersonales inestables e intensas y alternando entre los extremos de la idealización y la devaluación. En cuanto a su propia identidad, se presentan oscilaciones y una autoimagen acusada e inestable y se pueden llevar a cabo conductas impulsivas autodestructivas en al menos dos áreas, como podrían ser gastos excesivos, sexo promiscuo, abuso de sustancias, conducción de forma temeraria, atracones de comida, etc. Otro criterio característico de este trastorno es el comportamiento suicida recurrente el cual conlleva intentos o amenazas, o comportamiento de automutilación. Se puede observar además, una significativa reactividad del estado de ánimo, como disforia episódica intensa, irritabilidad, o angustia con duración de unas horas y sólo en pocas ocasiones más allá de unos días, ira inapropiada o dificultad para controlar el enojo (despliegues frecuentes de mal carácter, enojo constante, pleitos físicos recurrentes), conductas que llevan a una marcada

inestabilidad afectiva y sentimientos crónicos de vacío. Otra de las posibles características de una persona con trastorno límite de la personalidad, es la presencia transitoria de ideas de tipo paranoide, relacionadas con estrés, así como síntomas disociativos graves.

Por su parte la CIE-10 (1994), Manual Diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud, en su clasificación de los Trastornos de Personalidad incluye un trastorno llamado Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad que equivale al trastorno límite de la personalidad descrito en el DSM-IV-TR. El trastorno de inestabilidad emocional se caracteriza principalmente por una predisposición a actuar de modo impulsivo, además de un estado de ánimo inestable, y que, según este sistema de clasificación, puede dividirse en dos variantes: la primera de ellas es denominada como de tipo impulsivo, en la cual predominan la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos, frecuentemente acompañadas de un patrón de comportamiento explosivo o violento ante la crítica, la segunda de las variantes es designada como de tipo límite, de la cual se dice que la alta inestabilidad emocional está acompañada por alteraciones y confusiones en cuanto a la imagen de sí mismo, las preferencias y los objetivos personales. Menciona además la CIE-10 que esta segunda subdivisión presenta una facilidad por parte del sujeto para involucrarse en relaciones emocionales intensas e inestables que suelen conducir a repetidas crisis emocionales acompañadas, en algunos casos, de amenazas suicidas o de actos auto agresivos.

Otros estudios, como los abordados por Arza et al. (2009), afirman que los pacientes con TLP muestran déficit en diferentes áreas neurocognitivas, tales como la atención sostenida, procesos de recuperación de la memoria diferida, memoria de trabajo, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, abstracción y planificación.

Beck (1995) define a quienes padecen de TLP como personas que poseen problemas y síntomas inusuales y cambiantes en el tiempo. Presentan reacciones emocionales extremadamente intensas y desproporcionadas respecto a la situación y sus conductas suelen ser autodestructivas, auto punitivas, impulsivas y mal planeadas. Sus metas, prioridades, sentimientos y

orientación sexual, entre otros, suelen ser confusas para ellos mismos. En cuanto a sus relaciones interpersonales, existe una falta de relaciones íntimas estables, existe una tendencia, con cambios abruptos, a idealizar y denigrar a los demás. Además existe una tendencia a confundir la intimidad con sexualidad. Presentan también una baja tolerancia al contacto ocular directo, al contacto físico o a la proximidad. Otra característica que resalta el autor es la ambivalencia fuerte acerca de cuestiones y la resistencia o miedo al cambio.

No se conoce la causa exacta del trastorno límite de la personalidad, sin embargo existen diferentes hipótesis psicológicas, basadas en factores biológicos, sociales y psicológicos que intentan comprender a las personas que padecen este trastorno (Muñoz & Sánchez, 2006). Pinto (2004) considera que un factor importante en el desarrollo del TLP es la estructura familiar de origen de la persona con dicho trastorno. Siguiendo a Bowlby (1993), se entiende por apego cualquier forma de comportamiento que hace que una persona pueda alcanzar proximidad con respecto a otro individuo preferido. Se pueden lograr distintos tipos de apego: el seguro, en el que la madre logra satisfacer las necesidades básicas del niño, es cariñosa, lo acepta y a la vez le da independencia, el ansioso, en el cual el niño recibe de su madre diferentes temores, inseguridad y es sobreprotegido, el ambivalente, en el cual el niño es confundido por su madre con acercamientos y alejamientos, con premios y castigos, o el apego ausente en el cual la madre rechaza y abandona al niño sin darle seguridad. Pinto (2004) considera que probablemente, las personas con trastorno borderline, recibieron un apego de tipo ambivalente, y fueron atravesados por una permanente sensación de desamparo e indefensión. Se trata de familias de tipo disfuncional, rígidas, donde uno de los padres se muestra seguro mientras que el otro podría mostrarse poco afectivo y distante. Muchas veces se trata de madres que tienen problemas para controlar sus impulsos y tienen frecuentes explosiones de rabia, con lo cual se vivencia un clima de permanente malestar. Estos padres no tienen desarrollada la capacidad de brindar afecto, probablemente por haber tenido historias familiares que bloquearon esta capacidad, por lo que hay una contradicción entre las exigencias de los padres y las exigencias del hijo, no existen modelos adecuados de identificación. Así, la carencia afectiva y el sentimiento de abandono producen una constante desesperación en el sujeto. Vale la pena

aclarar que no necesariamente se trataría de padres negligentes, ni de niños maltratados, la falla puede estar muchas veces en el tipo de vínculo que se establece con ellos.

Millon (1999), (como se citó en Muñoz & Sánchez 2006), menciona diferentes subtipos dentro del trastorno límite de la personalidad: el límite desanimado, se trata de individuos que experimentan mucha inseguridad que los lleva a diversos conflictos y malestar, el límite petulante o narcisista que no es muy diferente de la personalidad negativista, el límite autodestructivo, son sujetos que oscilan entre la sumisión total y la resistencia ante los demás, y el límite impulsivo que podría homologarse con los trastornos de personalidad histriónica y antisocial.

Muñoz y Sánchez (2006) afirman que cada tipo de personalidad límite pertenece a una estructura familiar diferente. Los límites desanimados y los autodestructivos tienen familias de origen con estado de ánimo bajo, reticentes y susceptibles a la crítica externa, que conciben la autoprotección en el hijo lo cual genera una dependencia desmedida por parte del niño, que se extenderá a lo largo de toda su vida. Por otra parte, las personalidades límites de tipo petulante e impulsivo se encuentran en familias reactivas a la autonomía, lo cual genera en un primer momento una sensación de gratificación por los refuerzos recibidos por los padres, mientras que los comportamientos irregulares e inestables derivan del rápido cambio de normas sociales inflingidos por sus progenitores, quienes a su vez se caracterizaban por una actitud histriónica y exhibicionista, además de fluctuante y cambiante en el tiempo. Pinto (2004) asocia a este último grupo, no sólo con el apego de tipo ambivalente, sino con una conyugalidad disarmónica.

A continuación se abordará teoría sobre el mismo trastorno en niños para comprender mejor el caso descripto.

### ***3.1.3. Trastorno límite de la personalidad en niños***

Así como el DSM-IV-TR (2000) y diferentes autores consideran que este y otros trastornos de la personalidad se dan a partir de la adolescencia, otros autores afirman que se los puede considerar a partir de la infancia. Kreger(2008) sostiene que es posible diagnosticar un trastorno límite de la

Personalidad en un niño si los síntomas se han manifestado por más de un año.

Kernberg et al. (2004) sostienen que los niños con trastorno límite de la personalidad presentan múltiples síntomas conductuales que deberían haberse superado. Son niños que sufren una marcada exigencia y que suelen pegarse de manera excesiva a las personas, los afectos no tienen modulación yóica.

Tienen mecanismos de defensa muy primitivos y rígidos como la disociación, negación e identificación proyectiva, y un nivel de funcionamiento yóico inestable. Además, experimentan con frecuencia sentimientos de soledad, tienen rasgos suspicaces y paranoides, sufren de una baja tolerancia a la angustia, frustración y depresión, se rigen bajo la ley del todo o nada y se enojan de manera desmedida. Comentan además que en el niño fronterizo existe la amenaza de quedar abrumado y atrapado por el objeto y que experimentan una notable ansiedad flotante con alternancia de síntomas neuróticos y psicóticos. Además argumentan que los niños fronterizos se mantienen en el nivel simbiótico y que su patología se origina en la fase de separación- individuación.

Melanie Klein (1988) consideró que el ser humano atravesaba por una etapa de ansiedad primitiva vinculada al temor a ser destruido, la etapa esquizoparanoide y otra más evolucionada llamada etapa depresiva, la cual se relaciona con el temor a la pérdida de objetos. Segal (1982) afirma que la etapa esquizoparanoide que menciona Melanie Klein está estrechamente relacionada con los trastornos psicóticos y borderline.

Realizar un diagnóstico diferencial en niños con trastorno límite de la personalidad implica un desafío, el cual consiste en diferenciar síntomas transitorios, normales del desarrollo, de los rasgos de una sintomatología grave. Además es muy común que el TLP se confunda con el trastorno de hiperactividad ya que ambos se caracterizan por presentar un alto grado de impulsividad y de disfunciones sociales (Martínez, 2011).

Es frecuente además la presencia de otras patologías comórbidas debido al trasfondo de alto riesgo de estos niños las cuales se considera importante detectar. Entre ellas se encuentran las dificultades cognitivas, los trastornos del lenguaje o el retraso mental. Otros trastornos comórbidos frecuentes son los trastornos del humor y los trastornos de ansiedad. Es de suma importancia

diferenciar la clínica del TLP de la del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Por último, el diagnóstico diferencial debe descartar que no se trate de un trastorno del espectro autista. A diferencia de estos últimos, los niños con trastorno límite de la personalidad suelen tener más iniciativa en las relaciones sociales con iguales y utilizan el lenguaje como vehículo de comunicación aunque sea con estilos inusuales (Soutullo Esperón & Mardomingo Sanz, 2010).

Es importante agregar que los niños que se desarrollan dentro de familias disfuncionales son vulnerables a la aparición y mantenimiento de déficits de ciertas habilidades sociocognitivas implicadas en la autorregulación de la conducta infantil, con lo cual suelen presentar diferentes conductas disruptivas (Ison, 2004).

Si bien el diagnóstico puede ser eficaz y puede permitir organizar adecuadamente una estrategia terapéutica, puede constituirse también como algo cerrado y cronificante llevando a que se etiquete al niño. Dicha situación debe ser abordada por la escuela de manera cuidadosa ya que podría provocarse su exclusión (Rojas, 2008).

Kernberg et al. (2004) afirman que, si bien se debe ser cuidadoso a la hora de diagnosticar a un niño ya que se encuentra en pleno proceso de constitución psíquica, resulta indispensable hacerlo para así poder nombrar la patología y establecer desde allí las estrategias terapéuticas que se consideren más apropiadas. Desde el diagnóstico arribado podrá elegirse el tratamiento que se considere más adecuado.

Por su parte, Gabaldón (2007) afirma que el proceso diagnóstico en la psiquiatría del niño encuentra obstáculos similares a los que se encuentran a la hora de diagnosticar un adulto, como divergencias teóricas, culturales e ideológicas, agravadas por la dependencia por parte de un niño y por el hecho de tratarse de un ser en pleno desarrollo. Agrega además que la evaluación de un niño con conducta escolar disruptiva debería tener en cuenta los métodos de enseñanza de su escuela y los medios utilizados para mantener el control dentro del aula. Si bien, según comenta el autor, el hecho de diagnosticar en la infancia puede tener efectos positivos como el hecho de poder utilizar recursos

adecuados, también puede provocar efectos negativos tales como la estigmatización diagnóstica o diagnósticos inapropiados que repercutirán negativamente en las oportunidades del niño.

### **3.2. Tratamiento en niños con TLP**

Por tratarse de una temática que se encuentra en pleno debate y no haber tratamientos dirigidos específicamente al trastorno límite de la personalidad en la infancia, a continuación se abordan los tratamientos utilizados en la actualidad en adolescentes y adultos que bien podrían ser adaptados para trabajar con niños.

Si bien en la actualidad muchos terapeutas utilizan una metodología ecléctica, existen dos orientaciones diferentes para tratar el trastorno límite de la personalidad: la Psicodinámica, como serían la Mentalización de Bateman y Fonagy y la Terapia Focalizada en la Transferencia de Kernberg y Clarkin, y la orientación Cognitivo-conductual, como son la Terapia Cognitiva de Beck y Freeman, la Terapia de Esquemas de Young, la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan y la Terapia Icónica de Soledad Santiago (García López, Pérez & Otín Llop, 2010). Kernberg et al. (2004) comentan la principal diferencia entre las dos grandes orientaciones mencionadas. Para la Psicodinámica son los impulsos y los afectos los que desordenan el pensamiento y otras funciones yóicas. Para la orientación Cognitivo-conductual, en cambio, es a través de la disolución de los fenómenos cognitivos perturbados, como podrían ser los prejuicios y los núcleos conceptuales erróneos, que se resuelven las perturbaciones afectivas. Tomando el modelo cognitivo se puede decir que en la infancia se forman ciertos esquemas básicos que en los trastornos de personalidad serán desadaptativos, hiperactivos, rígidos, sobreaprendidos y resistentes al cambio. A su vez, las creencias disfuncionales en este tipo de trastornos son estables, con lo cual se consideran difíciles de cambiar. Para renunciar a ellas, es necesario que el sujeto cree otras más adaptativas. Para esto es importante, en el abordaje de un tratamiento, identificar estos esquemas básicos, como el autoconcepto, la concepción de los demás y las reglas y fórmulas que siguen en su vida, para así lograr modificarlos (Beck & Freeman, 1995).

Otro punto importante a resaltar es la transferencia, es decir, la relación terapéutica. Es importante prestar atención a los conflictos que se le crean al

paciente en la relación con el terapeuta, no sólo para facilitar el vínculo, sino que también para evidenciar las pautas de funcionamiento desadaptativo y así modelar y ensayar pautas más adaptativas (Beck & Freeman, 1995).

Fossa (2009) menciona cuatro tipos de abordaje psicoterapéuticos que han sido efectivos para el trastorno límite de la personalidad aunque resalta la importancia de continuar investigando la evolución de estos pacientes a la hora de terminar los tratamientos. Uno de ellos es el que mencionan Kernberg et al. (2004), el abordaje dinámico, el cual está centrado en el fortalecimiento del Yo a través de fomentar la integración de los objetos internos y la sustitución de la disociación por mecanismos de defensa más evolucionados.

Otro tratamiento efectivo utilizado principalmente en adolescentes y adultos con TLP es la terapia dialéctica comportamental. La misma consta de un pretratamiento y cuatro etapas. El pretratamiento se llevará a cabo en las 3 primeras entrevistas y consiste en formar un acuerdo entre paciente y terapeuta. Luego se trabajan las capacidades básicas, la reducción de la angustia postraumática, la resolución de los problemas de la vida e incremento del auto-respeto y la capacidad de sostener la alegría (Linehan, 2003), (como se citó en Fossa, 2009).

Otro abordaje relevante es aquel basado en la mentalización donde el terapeuta debe ayudar al paciente a reconocer y nombrar los diferentes estados emocionales y a restablecer la función reflexiva (Fonagy, 1999).

Por último, se considera eficaz, la terapia grupal intermitente, continua y ecléctica (ICE) propuesta por Menchaca (2003), (como se citó en Fossa, 2009), que consiste en un tratamiento de apoyo, paliativo de síntomas y que se adapta a la patología de cada paciente.

Es importante mencionar, sin ser la parte más importante del tratamiento del TLP, la posibilidad del tratamiento psicofarmacológico sintomático. El mismo puede resultar efectivo en la remisión de síntomas, pero no cabe duda que la parte más importante es la psicoterapia (García López et al, 2010). La psicoterapia ayudará a los niños y adolescentes de diferentes maneras. Por un lado, reciben contención emocional, y por otro, les brinda la posibilidad de resolver conflictos con otras personas, entender emociones y problemas, adquirir habilidades sociales, expresar estados de ánimo, comprender y modificar comportamientos disfuncionales y resolver inseguridades, entre otros

(Spargliardi, s.f.).

Según comenta Spargliardi (s.f.), basándose en la terapia Cognitivoconductual, en un primer momento se realizará un psicodiagnóstico para luego planear las estrategias a seguir. Las mismas comprenden, entre otras, orientación a padres y a docentes del niño. A su vez se evalúa la posibilidad de combinar la psicoterapia con otras disciplinas, tales como la fonoaudiología o la psiquiatría. Guntrip (1971) por su parte considera que para tratar con éxito a un paciente con patologías fronterizas, sobre todo cuando se trata de niños que dependen de los otros, resulta imprescindible contar con el apoyo estable de un medio familiar. Para esto es importante trabajar psicoeducando a la familia, no sólo para aliviar la carga emocional que sufren los miembros de la misma, sino para poder encontrar un camino menos confuso y con más elementos para resolver problemas y lograr una mejoría en la vida familiar y también en la vida del paciente (Paumard, Rubio & Granada, 2007).

A través entonces de un diagnóstico acertado que permita la elección de un tratamiento adecuado, se obtendrá la mejoría del niño quien podrá entonces ser integrado y escolarizado en una escuela de educación común para lograr así el contacto con sus pares y evitar el aislamiento social (Escandell, 2004).

Vale la pena mencionar que la socialización es algo sumamente importante para todo ser humano. A través del contacto con el otro, sobre todo con los iguales, se produce la identificación, la cual tiene efectos muy positivos y considerables. Cuanto más pequeños, hasta los doce años, la experiencia social se considera más rica y por el contrario, con el paso del tiempo, las diferencias mentales se hacen más agudas y dan lugar a un apartamiento social (Escandell, 2004).

A partir de lo mencionado se abordarán a continuación temáticas relacionadas con la importancia de integrar en escuelas de educación común a niños con necesidades especiales, como es el caso de un niño con trastorno límite de la personalidad.

### ***3.2.1. Inclusión de niños con diferentes dificultades a escuelas de educación común***

Dentro de los diferentes tipos de escuelas que integran a alumnos con necesidades especiales, se pueden encontrar: las escuelas integradoras, las cuales cuentan con aulas de apoyo para brindar educación especial a quienes lo necesitan, las escuelas inclusivas, donde los alumnos con dificultades físicas o psíquicas están dentro del aula ordinaria y reciben ayuda específica, atención educativa y apoyo especializado necesarios. Se intenta que el niño pueda desarrollarse en un entorno común. Y por último, la escuela comprensiva es aquella escuela que sirve para todos, teniendo en cuenta su diversidad y contemplando, por lo tanto sus diferencias (Escandell, 2004).

La inclusión, en términos generales, supone eliminar las barreras que impiden la participación de determinadas personas y puede encontrarse en diferentes ámbitos y a diferentes niveles. El terreno de la educación es uno de ellos (Berruezo Adelantado, 2006).

Escuela inclusiva, también conocida como escuela de integración total, es un concepto que proviene de Estados Unidos y hace referencia a un ambiente menos restrictivo. Es un modelo de escuela que intenta educar en el entorno para lograr que el niño con necesidades especiales pueda desenvolverse dentro del mismo. Al no segregar, no cuenta con clases especiales de apoyo (Escandell, 2004).

Para que esto sea posible, es necesario que la integración o, mejor dicho, la inclusión forme parte del proyecto institucional de la escuela y cuente tanto con intervenciones y estrategias, como con la correspondiente adaptación curricular (Fildoro, 2011).

Una de las estrategias con la que cuenta la escuela a la que asiste el niño con trastorno límite de la personalidad, propuesta por el Equipo de Orientación Escolar, es la presencia de un/a acompañante terapéutico/a que, en este caso, pueda hacer de yo auxiliar del niño y así pueda desenvolverse dentro del ámbito escolar sin tener que ser excluido.

### ***3.2.2. Acompañamiento terapéutico con pacientes borderline***

El acompañamiento terapéutico tanto con niños como con adultos, es una estrategia terapéutica que se despliega en la cotidianeidad del paciente, es decir, el acompañante terapéutico (A.T.) es quien se traslada al lugar del paciente y lo acompaña en sus actividades cotidianas favoreciendo la

elaboración y el desarrollo de respuestas frente a lo social y haciendo de puente entre el tratamiento en curso y el ambiente. Desde el principio se ponen en juego un conocimiento y reconocimiento mutuo, el paciente y el acompañante terapéutico deben aceptarse y elegirse para trabajar ya que el vínculo será lo más importante para poder llevar adelante la tarea. Una vez establecido el vínculo, la tarea podrá dirigirse hacia el cumplimiento de los objetivos planteados de forma conjunta por el equipo tratante. De acuerdo con las respuestas del paciente, los objetivos podrán ser sostenidos o modificados durante el transcurso del mismo proceso terapéutico (Altomano & Azpillaga, s.f.).

Es importante tener en cuenta a la hora de trabajar con personas con trastorno límite de la personalidad que la estructura personal de estos pacientes está siempre amenazada y que su precaria adaptación depende del sostén que el medio le proporciona. A medida que las exigencias incrementan, el self del sujeto comienza a fragmentarse y casi inmediatamente experimentará una angustia inimaginable, de cualidades psicóticas y actuará para reestablecer el equilibrio. La angustia inimaginable resulta insoportable e imposible de manejar y se tornará en una angustia persecutoria con un argumento dependiente de otro que supuestamente la genera. Es importante entonces que el otro, en este caso el acompañante terapéutico, pueda darle sostén en la realidad a la persecución, de lo contrario, el paciente se encontrará lisa y llanamente con su locura (Painceira Plot, 1997).

#### **4. Metodología**

##### **4.1. Tipo de estudio**

El mismo será de tipo descriptivo ya que estará basado en el estudio de un caso único.

##### **4.2. Participantes**

En primer lugar se trata de un alumno llamado P de 8 años que actualmente se encuentra cursando la escuela primaria en un colegio privado en la Ciudad de Buenos Aires. El mismo vive con su madre, su padre y un hermano menor que asiste a la misma escuela.

P entró al colegio en sala de 3 años. En su primer año escolar no presentó ningún problema. En la sala de 4 comenzaron a manifestarse diferentes síntomas, los cuales persisten al día de hoy.

Según el Gabinete Psicopedagógico del colegio, el niño presenta un trastorno límite de la personalidad. Los mismos se basan, por un lado, en las técnicas proyectivas administradas al niño y, por otro, en el DSM-IV-TR según el conjunto de síntomas que fue manifestando P desde los 4 años, tales como síntomas de identidad difusa, conductas disruptivas dentro del aula, fallas en el control de los impulsos, conductas agresivas y dificultad de integración con sus pares seguidos de sentimientos de culpa, llanto y autoagresión, escasa tolerancia a la frustración, ansiedad marcada y difusa y ansiedad de desintegración, fuga de ideas, intereses adulto-formes que coexisten con conductas muy regresivas y hasta en algún momento ha manifestado pensamientos suicidas.

Luego se mencionan a todas las personas que fueron parte del presente estudio: los padres del niño, la maestra del turno mañana, la terapeuta que trata al niño de manera particular, la acompañante terapéutica que acompaña al niño en el Colegio, los miembros del Equipo de Orientación Escolar (dos Psicólogos y dos Psicopedagogos), la Vicedirectora de primaria y quien lleva a cabo el presente trabajo desde un rol de pasante.

### **4.3 Instrumentos**

1- Legajo del alumno donde constan documentos archivados acerca del mismo, desde su ingreso a la escuela en sala de 3 años .

2- Observación no participante de entrevistas no estructuradas llevadas a cabo por el E.O.E. y la Vicedirectora del colegio con los padres del alumno para conocer el funcionamiento familiar y el comportamiento que presenta el niño tanto en su hogar, como en otras actividades extra escolares.

3- Entrevistas no estructuradas con la maestra del alumno acerca del rendimiento escolar y el comportamiento del mismo dentro del aula y en otras actividades escolares.

4- Observación no participante de entrevista no estructurada llevada a cabo por

el E.O.E. y la Vicedirectora del colegio con la terapeuta particular de P para conocer su postura sobre el caso, el diagnóstico al que arribó y las estrategias de tratamiento que utiliza.

5- Entrevistas no estructuradas con la acompañante terapéutica del niño acerca de su comportamiento en el aula, en los recreos y en otras actividades escolares y conocer sus estrategias implementadas.

6- Entrevistas con el niño en las cuales se le administraron diferentes técnicas proyectivas. Las mismas, según Sneiderman (2011), permiten explorar la personalidad de un sujeto y, aunque en general son utilizadas como complementarias de otras evaluaciones, permiten acceder a ciertos constructos que de otra forma podrían considerarse intangibles. Las técnicas utilizadas fueron:

- El Test Gestáltico Visomotor de Bender que evalúa madurez visomotriz, posible disfunción neurológica y el ajuste emocional (Koppitz, 1972).

- El Test de Dibujo Libre Infantil de Wolff. El mismo evalúa las características de la personalidad en el desarrollo de los niños. Estas características son: la inteligencia, la memoria, la riqueza imaginativa, el conocimiento del mundo que lo rodea, su estado de ánimo y sus miedos, así como los sueños y los deseos satisfechos o insatisfechos (García Arceno, 1983).

- El Test de La Familia Kinética Actual posibilita explorar las dinámicas familiares, sus entornos, vínculos, identificaciones, así como los sentimientos de pertenencia o de exclusión con relación a la familia del sujeto evaluado (Hammer, 1997).

- Otra herramienta que iba a utilizarse pero que finalmente no pudo ser administrada por falta de tiempo es el Test de Persona Bajo la Lluvia, el cual evalúa la imagen corporal del individuo y las defensas que utiliza bajo condiciones ambientales tensas donde la lluvia es el factor perturbador (Hammer, 1986).

7- Observaciones no participantes en el aula y en los recreos, y participantes dentro del Gabinete Psicopedagógico.

#### **4.4. Procedimiento**

En primer lugar se hizo una lectura del legajo del alumno para recorrer su historia en el colegio, desde que ingresó a los 3 años.

Luego, se lo observó una vez por semana, tanto en el aula como en los recreos. Además se realizaron 4 entrevistas individuales en las cuales se le administraron las diferentes técnicas proyectivas mencionadas: Bender, Dibujo Libre y Familia Kinética. No se administró Persona Bajo la Lluvia por falta de tiempo.

Se llevaron a cabo dos entrevistas no estructuradas con los padres de 45 minutos cada una donde se buscó conocer el funcionamiento familiar y el comportamiento del niño tanto en su casa como en otras actividades fuera de la escuela.

También se mantuvieron dos entrevistas no estructuradas con la maestra del niño de media hora cada una donde se pudo conocer acerca de su rendimiento académico y su comportamiento dentro del aula y en otras actividades escolares, tanto con los docentes como con sus compañeros.

Además se llevó a cabo una entrevista no estructurada con su terapeuta particular de 45 minutos, donde se buscó conocer su postura frente al caso, conocer el tratamiento que realiza con el niño y las estrategias que implementa con el fin de lograr la mejoría de P.

Por último, se mantuvieron dos entrevistas no estructuradas con la acompañante terapéutica de P para conocer el comportamiento del niño a partir de su presencia y las estrategias implementadas por ella para lograr su integración en el colegio.

## **5. Desarrollo**

En el presente apartado se procederá a responder a los objetivos planteados según los datos recolectados como pasante en la Institución a la que asiste el niño en cuestión.

### **5.1. Síntomas detectados en el niño desde sala de 3 .**

En este primer objetivo se pasarán a relatar todas aquellas conductas inapropiadas observadas desde el Colegio en el niño desde que empezó jardín. P tiene un hermano menor, ambos viven con sus padres. Empezó el Colegio a los 3 años. En la entrevista inicial su mamá menciona que es más pegado a su papá pero no comenta ningún aspecto negativo acerca del niño.

En sala de 3 se observaron algunas conductas negativas, sin embargo P pudo cursar esa sala normalmente. Se menciona en sus informes que en ocasiones molestaba a algunos compañeros, aunque en general su relación con los

demás era buena, y que se ponía a llorar ante la puesta de límites, pero la maestra de ese entonces señala que podría haber estado más sensible en ese momento. Si bien su rendimiento era bueno, solía dispersarse con facilidad. No tuvo dificultades durante el período de adaptación, logró incorporar rápidamente la rutina de la sala. En un principio solía llamar la atención escondiéndose debajo de una mesa cuando se explicaba alguna actividad pero con el correr de los meses logró quedarse sentado escuchando las consignas aunque hablando a los compañeros de al lado. Algo que se menciona también, pero sin darle en ese momento demasiada importancia, es que P imitaba movimientos de animales mientras caminaba o cada vez que se sentaba. Otro dato relevante es que durante el transcurso de esta sala se solicitó un informe fonoaudiológico ya que no se lograba entender todo lo que el niño decía, su dicción era poco clara para su edad.

En el primer período de la sala de 4 años P se mostró inquieto y conversador aunque no se observaron dificultades a nivel cognitivo. Se destacó que a veces le costaba obedecer a su maestra y que ante la puesta de límites se ponía a llorar.

Al año siguiente, P continuó mostrándose como un niño alegre, cariñoso, conversador, comunicativo, muy inquieto, ansioso y disperso. No presentó problemas de adaptación pero requería de una constante atención ya que en todo momento realizaba cosas inapropiadas: se tiraba encima de sus compañeros, hacía ruidos durante las conversaciones, se escondía detrás de las mesas gritando y riéndose y se movía de un lado al otro pasando por arriba de los otros chicos. La maestra destacó que se hacía muy difícil lograr que se quedara sentado correctamente, que escuchara o que participara de la clase. Según afirman Kernberg et al. (2004), la inflexibilidad y la falta de adaptación, las cuales son menos evidentes cuando el niño o el adulto se encuentran en situaciones estructuradas, no amenazantes o predecibles, es más probable que aparezcan en períodos de cambio y estrés y son una de las principales características de los trastornos de personalidad, lo que podría relacionarse con el comportamiento que comenzó a presentar el niño en esta nueva etapa. Muchas veces irrumpía para pedir la intervención de la docente en cuestiones mínimas, por ejemplo: decía que un chico lo miró mal o que lo molestaba porque le hacía caras. Si bien parecía escuchar y comprender cuando se le

pedía que se controlara y permaneciera quieto y atento, no lograba llevarlo a cabo. Cuando empezó el año se daban episodios en los que el niño representaba a distintos animales, en movimientos y sonidos.

Cuando se trataba de hablar con él sobre estos hechos P decía que era ese animal y que por eso debía comportarse como ese animal. A mitad de año estas conductas ya no se veían con tanta frecuencia. Si bien se encontraba integrado al grupo de pares y jugaba con distintos chicos, generalmente a juegos que requieren mucha descarga física, a veces se generaban conflictos con otros chicos por diferentes motivos y cuando se trataba de recapacitar con él, se angustiaba y lloraba por no poder resolver las cosas de la manera que él quería.

En la segunda mitad de este año la maestra señala que era necesario estar muy atentos al comportamiento del niño ya que constantemente cambiaba de actitudes. De repente estaba tranquilo mirando un libro y de repente se acercaba a un chico acusándolo de haberle pegado, lloraba y se angustiaba pidiendo a la maestra que retara a ese chico y al ratito se lo volvía a ver riéndose como si nada hubiera pasado. Con este tipo de comportamiento Beck (1995) define a quienes padecen de TLP, como personas que poseen problemas y síntomas inusuales y cambiantes en el tiempo. Presentan reacciones emocionales extremadamente intensas y desproporcionadas respecto a la situación. En ocasiones el niño estaba atento a una conversación o a un cuento y al instante saltaba encima de un compañero, gritaba o se iba corriendo de la sala. Se le hizo muy difícil en esta parte del año respetar las normas de convivencia: hacer una fila para subir la bandera, permanecer sentado durante las actividades grupales, trabajar en silencio, ir al baño o tomar agua en los momentos establecidos. Comenzó a olvidarse sus pertenencias en distintos lugares del jardín y no recordaba dónde los había dejado. No aceptaba las reglas del juego y esto le trajo conflictos en repetidas ocasiones con sus amigos y cuando no lograba lo que él quería solía pegarles o acusarlos de que lo burlaban o le pegaban. A partir de esto se dirigía a la docente llorando muy angustiado y golpeándose a sí mismo o pidiendo a otros que lo golpearan o lo llamaran “tonto”, situaciones que podrían coincidir con lo descrito por Kernberg et al. (2004) sobre los niños con TLP ya que dichos autores sostienen que se trata de niños que tienen rasgos paranoides y que

sufren de una baja tolerancia a la angustia, frustración y depresión y se enojan de manera desmedida.

Con sus maestras se mostraba cariñoso y comunicativo pero reclamaba atención exclusiva. Cuando la maestra le llamaba la atención por algún conflicto, la acusa de haberse burlado de él o de haberle pegado y decía: “le voy a decir a mi mamá que me dijiste tonto y me pegaste”. El trastorno de inestabilidad emocional se caracteriza principalmente por una predisposición a actuar de modo impulsivo, además de un estado de ánimo inestable. Como ya se vio anteriormente, la CIE-10 (1994) divide este trastorno en dos variantes donde la primera es denominada como de tipo impulsivo, en la cual predominan la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos, frecuentemente acompañadas de un patrón de comportamiento explosivo o violento ante la crítica y la segunda es designada como de tipo límite, de la cual se dice que la alta inestabilidad emocional está acompañada por alteraciones y confusiones en cuanto a la imagen de sí mismo, las preferencias y los objetivos personales. Además, esta segunda variante presenta una facilidad por parte del sujeto para involucrarse en relaciones emocionales intensas e inestables que suelen conducir a repetidas crisis emocionales acompañadas, en algunos casos, de amenazas suicidas o de actos auto agresivos, comportamientos que tienen una estrecha relación con los comportamientos descritos y que se describen más adelante sobre P.

En el área intelectual, si bien comprendía e interpretaba perfectamente las consignas, no lograba atender ni concentrarse sino que se lo veía jugando, hablando o molestando a sus compañeros.

Si bien se mantuvieron algunas reuniones con los Padres de P durante la sala de 5 y los mismos informaron que se encontraba en tratamiento, no se recibió en el jardín ningún informe por parte de la Psicopedagoga que supuestamente lo trataba.

Antes de que P pasara a primer grado el Equipo de Orientación Escolar de primaria realizó una evaluación de ingreso a todos los alumnos de preescolar. A partir de esto el Psicólogo del Gabinete se puso en contacto con los padres del niño para llevar a cabo una entrevista. Concurrieron ambos padres. Éstos comentaron que a partir de la sala de 4 en el Jardín habían comenzado a

citarlos ya que P no lograba seguir las consignas que la maestra daba y con el tiempo esto se agravó ya que comenzó a tener problemas con el grupo como ya se mencionó. Los padres cuentan que en Jardín les habían sugerido, dadas las características del niño, que lo ayudaría un Colegio más pequeño donde pudiera tener un seguimiento más individualizado, con grupos más reducidos, pero ellos no estuvieron de acuerdo por considerar que no eran los otros quienes debían adaptarse a P sino él al mundo, por esto prefirieron que siguiera en ese Colegio y que lograra adaptarse a las normas.

Agregan en dicha entrevista que consultaron con una Psicopedagoga por recomendación del Jardín y que la misma lo había visto bien. Dicen que en ese momento el Colegio (Jardín) también les sugirió la posibilidad de un trastorno bipolar por lo que sería importante consultar con un Psiquiatra.

Finalmente los padres decidieron consultar con una Psicóloga, la cual, según ellos, dijo que el problema del niño no pasaba por no respetar las consignas ni por un problema cognitivo, sino por un problema atencional.

En la evaluación psicológica administrada por el E.O.E. para el ingreso a primer grado se percibió autoagresión, sin embargo, cuando se les comentó esto a los padres ellos dijeron que no notaban eso en su hijo pero que hacía un tiempo lo notaban con un gran sentimiento de culpa y triste, con frecuentes crisis de llanto. Agregaron los padres que el Colegio exageraba la situación pero que por la importancia que le daban al Colegio respetaban su pedido de mantener al niño en tratamiento.

Ni bien P comienza primer grado comienzan a notarse conductas algo inesperadas como por ejemplo treparse a las maestras, jugar constantemente con las manos o llevar a cabo juegos imaginarios. La primer semana de clases la Vicedirectora de primaria se acercó al niño y el mismo comenzó a gritar.

Los docentes de educación física informaron que en el campo de deportes P pegaba a sus compañeros, se pegaba a sí mismo y en el micros saltaba de asiento en asiento sin escuchar ni obedecer ninguna indicación.

En el aula le costaba, desde el primer día de clases, permanecer sentado y al recibir una indicación su respuesta era: "no me pegues". En natación también se comportaba de forma inadecuada, no aceptaba órdenes, siempre tenía que ser observado y controlado por dos personas, en el vestuario se negaba a vestirse y pellizcaba a sus compañeros.

En inglés, por la tarde, mostraba también dificultades para concentrarse, cuando se realizaba una actividad oral solía desorganizar al grupo, motivo por el cual generalmente era sacado del aula hasta se terminara con dicha actividad.

Luego de algunos meses de haber comenzado primer grado los padres comentaron, una vez que fueron citados, que las mismas conductas se repetían en su casa y en otros ámbitos y que la Psicóloga a la que iba y había dejado de ir no había podido darles alguna solución ni suficientes estrategias ni herramientas al niño ni a ellos como padres. Contaron que la Lic. decía que el niño le causaba ternura cuando decía que se convertía en dinosaurio. Por este motivo los padres solicitaron la recomendación de algún profesional. Así fue como el Psicólogo del E.O.E. les recomendó una Psicóloga con quien P inició un nuevo tratamiento de forma particular.

La Psicóloga realizó un Psicodiagnóstico y se puso en contacto con el Colegio. Al poco tiempo envió el informe del mismo. La síntesis diagnóstica hecha a mitad de ese año dice que se trata de un niño educado, respetuoso y sensible, que cuenta con procedimientos cognitivos lógicos e infra-lógicos adecuados para su edad cronológica. Que además el niño aprende con interés y sin presentar dificultades para apropiarse de las nociones numéricas y de la lengua escrita. Que en el área de la conducta era donde se manifestaban reacciones desajustadas ante situaciones frustrantes para el niño, que cuando algo no era como él quería se angustiaba, mostraba características de un niño de menor edad, se desorganizaba, recurría al uso de la fantasía y a la rigidización para defenderse del dolor que le causaban las exigencias del ambiente perturbando sus posibilidades de adaptación al medio. Por todo esto consideró que el niño debía ser asistido terapéuticamente para organizarse, fortalecerse y así tolerar los embates de la realidad. Al tiempo los padres se pusieron en contacto para comentar la devolución que les había hecho la Psicóloga y contaron que realizaría un tratamiento a largo plazo asistiendo dos veces por semana. Una integrante del E.O.E. les comentó a los padres que el niño actuaba como si tuviera cuatro años, que era muy sensible y que todas las sensaciones las tomaba y las amplificaba y que el niño en ocasiones manifestaba estar enojado con su mamá. En ese momento su mamá comentó

que P tuvo algunas dificultades durante el primer año de vida por algunos problemas familiares, pero sobre esto no aportó más información.

En otra entrevista que el Psicólogo del Gabinete mantuvo con la docente de P ésta le comentó que había días en los que el niño iba muy excitado al Colegio y relataba cosas las cuales el Psicólogo vincula con fuga de ideas. A veces cuando había que dibujar a la familia el niño dibujaba una familia de marcianos y después aclaraba que no era real esa familia. La maestra le proporcionaba un cuadernillo para que el niño dibujara ya que de esa forma se descargaba cuando iba más acelerado. Contó que es un niño muy inteligente y que no presentaba ningún tipo de problema en su rendimiento.

A mitad de año se lleva a cabo una nueva entrevista con la Psicóloga del niño y la docente. Una de las Psicólogas que en ese momento formaba parte del E.O.E. señaló que P por la mañana funcionaba mejor que a la tarde y que era un niño muy cariñoso. Su Psicóloga particular dijo que no tenía problemas de aprendizaje, que si no copiaba era por su problemática emocional, que tenía un déficit estructural subjetivo en un Yo endeble y que dicha fragilidad era la causante de sus dificultades en el control de impulsos, atención sostenida entre otras, según Kernberg et al. (2004) los niños con personalidad border tienen un nivel de funcionamiento yóico inestable, al igual que P. Además, la Psicóloga agregó que su funcionamiento pertenecía a un estadio anterior del desarrollo probablemente relacionado con un vínculo no consolidado con la mamá cuando él era un bebé. Según recabó en los datos históricos la mamá no pudo darle de mamar y lo rechazó y el que significó una presencia benéfica para el niño fue el padre. Contó también que la mamá es la que motoriza las reglas con poco afecto y que había situaciones primarias de insatisfacción que el niño ahora intentaba solventar actuando como un bebé. Siguiendo a Bowlby (1993) P recibió por parte de su madre un apego de tipo ambivalente y ausente y, como se da en general en los niños con trastorno límite de la personalidad, sufre de una marcada exigencia (Kernberg et al., 2004).

La docente comentó que en una ocasión había un chico que lloraba y P lo consoló y después le dijo que si él quería podría ser su mamá por un rato. La Psicóloga explicó este episodio como el intento de reparación de ese agujero yóico y el protagonismo de ese rol adulto por parte de P. Señaló además que

las dificultades con P aparecían cuando la realidad presionaba para hacerlo funcionar como un chico de 6 años.

La Psicóloga particular contó que cuando nació el hermano la mamá pasó a vivir para el pequeño dejándolo a él más de lado y el padre también.

Según la Lic. el niño sobrecompensaba esto protegiendo a su hermanito.

La Psicóloga del E.O.E. comentó que creía que la madre del niño consumía medicación psiquiátrica pero esto no pudo ser confirmado. La maestra mencionó que la mamá dormía mucho y que entonces P le daba la mamadera a su hermano en estas ocasiones, cosa que se contradice con su inquietud en clase.

La Psicóloga particular comentó que P tenía miedos primarios de aniquilación y que lo escolar le quedaba grande porque tenía que resolver cosas previas.

La docente añadió que en ocasiones era el único que escuchaba, que se acordaba de todo y que no tenía vergüenza de hablar en voz alta. Otras veces tomaba literalmente las consignas, por ejemplo cuando el Director les pidió que rezaran con más sentimiento el niño lo hizo de manera exagerada y literal lo cual refleja su rigidez interior. Señaló además que en ocasiones P decía que se merecía que le pegaran y que en esos momentos se pegaba a sí mismo o decía que se iba a tirar a la basura. Estas conductas se veían con mayor frecuencia ante la puesta de límites. La docente dijo que el curso lo integró y que lo querían. Que sus conductas agresivas y bizarras se daban en los recreos, en natación donde una vez, por ejemplo, se había olvidado la ropa y quería nadar desnudo. Dicha falta de pudor la Psicóloga del E.O.E. la asoció con una falta de estructuración en el niño.

También la maestra contó que un día llovió, había charcos en el patio y P se arrojó como si fuera a nadar y cuando se lo retó señaló que no se pudo aguantar. La Psicóloga particular señaló que este niño tenía un superyó errático y poco estructurado. La maestra agregó que se sacaba los zapatos en clase.

La Psicóloga particular contó que el niño decía que tenía una gotita de agua en el cuerpo que lo recorría y le hacía hacer cosas que no debía hacer.

Agrega que una vez el niño comentó que el padre le había pegado una patada

en el trasero porque había hecho algo mal y que reflexionó que eso que le había pasado a su papá a él le pasaba todo el tiempo, haciendo referencia al control de los impulsos.

La maestra de inglés se incorporó a la entrevista y señaló que el niño se comportaba como un chico de 3 años, que tenía baja tolerancia a la frustración y que cuando iban al campo de deportes se descontrolaba.

La Psicóloga señaló que se le mezclaba la fantasía con la realidad y que sus conductas bizarras derivaban de esa fantasía. Recalcó que sus funciones yóicas no estaban estructuradas y que le salían por eso mecanismos de defensa primitivos y rígidos como la disociación, negación e identificación proyectiva (Kernberg et al., 2004).

La Psicóloga del E.O.E. le preguntó a la Psicóloga particular del niño si el mismo tenía un funcionamiento borderline y la Psicóloga contesta que sí, luego agrega que era un niño que se había quedado en un estadio anterior. Agregó que el niño necesitaba vínculos que le marcaran la realidad y que cuando eso ocurriera hacía falta sostenerlo en su dolor.

La Psicóloga del E.O.E. agregó que estaban trabajando para que dejara las necesidades primarias de lado (ir al baño en forma perentoria, comer apenas sentía la necesidad) a fin de contrapesar su falta de deber ser, la cual en realidad es una responsabilidad primaria de los padres del niño. Además sostuvo que la conexión con la realidad podía ser estimulada buscándole cuentos que estuvieran algo alejados de lo fantasioso primario.

La maestra agregó que el niño estaba obsesionado con los jueguitos de "Mario Bros" y que en ocasiones decía que él era Mario lo cual la Psicóloga relaciona con un síntoma de difusión de la identidad.

Un tiempo después, el Psicólogo del E.O.E. llevó a P al Gabinete mientras todos sus compañeros estaban en natación y observó que era un niño al que se veía muy excitado y verborreico, que no podía sostener una línea de pensamiento. Comentó que era muy difícil trabajar con él.

En agosto de ese mismo año se mantuvo una nueva entrevista con la Psicóloga particular del niño a la cual asistieron la Psicóloga que formaba parte en ese momento del E.O.E. y la Vicedirectora del Colegio. La Psicóloga explicó cómo funcionaba la psiquis de su paciente y cómo se podría ayudarlo desde el

Colegio. Contó que para el niño un reto significaba no quererlo más, que se desintegraba. Afirma que el niño tenía una personalidad border y que funcionaba a través del afecto. Agregó que P no tuvo un buen anclaje materno, un apego de tipo ambivalente que provoca en él un gran sentimiento de soledad, de abandono y desesperación, tal como plantea Pinto (2004).

En el mes de octubre la Psicóloga particular de P se comunica telefónicamente con el E.O.E. para saber cómo se encontraba su paciente y comentó que ella lo notaba mejor y que en los juegos había empezado a encontrar principio de realidad. El Psicólogo del Gabinete le comentó que tanto la maestra como la Vicedirectora lo notaban más inquieto, charlatán y disperso.

La terapeuta comentó que sería un proceso que duraría mínimo tres años y que no se iban a ver cambios rápidamente. Sugirió que se lo siguiera ayudando y conteniendo.

Al poco tiempo ocurrió un episodio agresivo con un compañero. Estaban mirando un cuento y cuando el compañero quiso cambiar la hoja del libro, P le tomó el cuello de atrás y le golpeó la cara con el piso, provocándole la pérdida de tres dientes. Ante esta situación el Psicólogo del E.O.E. dialogó telefónicamente con la terapeuta del niño quien comentó que para P todo acto de agresión es vivido en forma angustiante, él dice que pasa a ser el más malo. La Lic. dijo que estaba trabajando el poder pensar en qué quiere el otro y salir de sí mismo. Señaló que esto llevaría un arduo trabajo y tiempo, que se trataba de abandonar el principio de placer por el de realidad.

De esta manera P finalizó primer grado permaneciendo en tratamiento particular dos veces por semana.

Al año siguiente ni bien empezó segundo grado se mantuvo una reunión a la cual asistieron la Psicóloga del niño, la misma que el año anterior, la Vicedirectora y el Psicólogo del E.O.E. En dicha reunión la Psicóloga planteó que el chico estaba mejor e insistió en que es muy inteligente. Comentó que tiene como islotes de sobreadaptación en el Yo con otros núcleos más regresivos que coexisten en el self.

La Vicedirectora planteó que hace poco el chico le manifestó sus deseos de matarse a lo que ella le contestó que se enojaría mucho y entonces P dijo que lo haría en su casa. Según la terapeuta la mamá es muy exigente desde el

punto de vista académico, mientras que el padre tiene más empatía con sus hijos. Contó que como el niño estaba mejor la mamá quería reducir la frecuencia de las sesiones a lo que la Psicóloga se opuso.

La Vicedirectora preguntó acerca de la peligrosidad potencial de este niño, la terapeuta señaló que P estaba contenido.

Por su parte, el Psicólogo del Colegio piensa que si se hacía necesario pedir un certificado que excluyera auto o heteroagresión en realidad correspondería definir que el niño se fuera del Colegio.

Hacia el final de la entrevista se incorporó la docente de segundo grado quien manifestó que el niño se desbordaba en situaciones más desestructuradas o novedosas, como por ejemplo en los recreos o en inglés por las tardes, al igual que el año anterior.

Durante los primeros meses de clases el niño se mostró más tranquilo que el año anterior, muchas veces dentro del aula se ponía a dibujar o a leer y esto se le permitía ya que no provocaba ningún tipo de interrupción. Pero se produjo un nuevo episodio y por eso se programó una nueva entrevista a la cual asistieron la terapeuta del niño, el Psicólogo del Gabinete y la Vicedirectora.

La Vicedirectora señaló que no estaban bien con P que se había producido un quiebre y que para ella no había vuelta atrás. Cuenta que el niño se escapó al secundario atravesando por un lugar donde había gente de mantenimiento. Agregó que es un chico que sabe perfectamente dónde no debe estar y dónde debe. Comentó también acerca de un informe inquietante por parte del profesor de educación física acerca de P. El mismo decía que el niño había estado muy disperso durante la clase de educación física, que se alejó del grupo y del lugar de trabajo varias veces y que con el fin de llamar la atención había comenzado a subirse a un poste que sostenía el aro de básquet poniendo en riesgo su integridad física. Además el niño no respondió a los pedidos del profesor cuando éste le solicitó que bajara. A su vez tuvo actitudes desafiantes para con algunos de sus compañeros que no llegaron a la agresión física dado que el profesor pudo intervenir a tiempo. Durante el viaje en colectivo escolar se recostó en el piso, no quería ponerse el cinturón de seguridad y caminaba de un lado al otro cambiándose de lugar con el micro en movimiento.

También se trajo a colación las actitudes inadecuadas que tuvo P un día de convivencia.

La terapeuta comentó que el chico estaba contento con inglés, porque a la tarde tenía más protagonismo y que a la mañana no tenía una situación semejante. Explicó que P funcionaba muy bien con los adultos y que tenía enormes problemas para conectarse con los pares. Es especialmente en grupo de pares donde el niño se altera. Además volvió a describir a la mamá como muy poco afectiva y rígida, muy proclive a utilizar castigos. El papá en cambio es más comprensivo y es posible dialogar o comunicarse mejor con él. Contó además que a posteriori de una reunión que tuvo el Colegio con los padres, el papá le dijo a P que estaba muy triste por todo lo que estaba haciendo en el Colegio, que se portaba mal.

La Vicedirectora señaló que ella estaba preocupada por él y por el grupo. Indicó además que por la tarde también se manifiestan los síntomas, y que ahora estaba la agresión que antes no estaba de manera tan marcada con sus compañeros. Además en ocasiones dijo que se quería morir, que no sabía para qué vivía.

La terapeuta acotó que P le había señalado que en clase le venían ganas de desobedecer a la maestra y que se ponía muy nervioso.

La Vicedirectora señaló que cuando P tenía sus brotes quedaba muy expuesto y sus compañeros lo miraban como un bicho raro y se reían.

En una nueva entrevista la Vicedirectora les explicó a los padres que si bien P había mejorado, en clase de inglés y gimnasia había tenido episodios donde se había escapado y se tiraba al piso en clase sin motivo aparente. En un acto escolar P se quedó con una alumna de la Universidad de Palermo que en ese momento realizaba su pasantía en el Gabinete ya que el niño no quería quedarse en el acto. También se les explicó a los padres que su hijo no podía estar siempre contenido por el Equipo de Orientación Escolar o por la Dirección del Colegio por lo cual se hacía necesario ponerle un acompañante terapéutico (A.T.). Éstos comprendieron que el Equipo de Orientación Escolar no podía trabajar de manera particular con P pero no estaban convencidos de que el niño necesitara acompañamiento terapéutico.

Los padres comentaron que en la casa ellos estaban más flexibles con P y que esto mejoraba mucho la convivencia.

En otra entrevista llevada a cabo con la terapeuta del niño, se informa que la madre en reiteradas ocasiones promete ir a buscar al niño para ir a almorzar

pero no cumple y el niño se angustia mucho ante esas situaciones. La Vicedirectora suele quedarse con él y acompañarlo a almorzar al comedor cuando eso sucede. Dicha situación, así como la rigidez y el poco afecto mencionados, por parte de la madre, se relacionan con lo que sostiene Pinto (2004), quien considera que, probablemente, las personas con trastorno borderline recibieron un apego de tipo ambivalente y fueron atravesados por una permanente sensación de desamparo e indefensión. Se trata de familias de tipo disfuncional, rígidas, donde uno de los padres se muestra seguro mientras que el otro podría mostrarse poco afectivo y distante, tal como se comporta la madre de P en las situaciones antes relatadas y en otras que se mencionarán mas adelante.

Es en el inicio de ese mismo segundo cuatrimestre cuando quien escribe comienza la pasantía en el Gabinete, con lo cual de ahora en más se pasará a relatar todo aquella información que pudo recolectarse desde ese rol. Vale la pena aclarar que en ese entonces, la A.T. ya había comenzado a trabajar en el Colegio conteniendo a P.

En primer lugar se relatará lo conversado con la docente del niño en las entrevistas llevadas a cabo. La maestra dice que si bien la A.T. funciona en la contención y organización de P, el problema persiste y ella está muy preocupada por la psiquis del niño. A diferencia de lo que piensa la A.T. sobre su pronóstico, la docente sugiere que al niño le va a costar cada vez más adaptarse a las exigencias de los grados siguientes. Cuenta que recibe notas diarias de la madre del chico en las que dice que va a pasar a buscarlo y luego no cumple, lo que hace que P rompa en llanto y enojo. Además, en las notas pone equivocadamente que lo pasa a buscar "por el jardín". Cuenta también que el chico se va corriendo al baño y que se escuchan "carcajadas" desde donde él está. Los compañeros escuchan esto y se ríen hasta que la docente les dice que eso no lo ayuda. Dicha situación es abordada por la escuela de manera cuidadosa ya que podría provocarse su exclusión como plantea Rojas (2008). A su vez, la maestra hace hincapié en que en clase se pone a leer historietas y se empieza a creer que él es parte de lo que está leyendo, llevando a cabo conductas disruptivas dentro del aula. Dice que se le hace muy difícil trabajar con el niño y que perjudica al resto del grupo. Que varias veces se tira al piso cuando están trabajando y simula ser un animal.

Luego se mantuvo una nueva entrevista con la terapeuta del niño a la cual asistieron también la Vicedirectora, el Psicólogo del E.O.E. y quien escribe.

La Vicedirectora comentó que nota en P una gran intolerancia al "no", más que lo habitual.

La terapeuta refiere que el tratamiento de P es algo errático, que lo está viendo cada 15 días cuando lo pautado eran dos veces por semana.

Comentó que la madre ni siquiera avisa cuando no va a asistir. La Psicóloga le propuso a la madre reemplazar las sesiones de los feriados los viernes para no seguir perdiendo tiempo ya que uno de los días que el niño va es el lunes, pero la mamá dijo que no podía.

El Psicólogo añade que en ocasiones la madre manda a decir que lo viene a buscar y no lo hace y la terapeuta comentó que a las sesiones llega tarde y en ocasiones lo busca tarde.

La Vicedirectora agregó que últimamente estaba llegando tarde al Colegio.

Se hace hincapié en que respetar las pautas tiene el sentido de ofrecer constancia objetal para poder avanzar en el tratamiento.

La terapeuta contó que la mamá no quería que se etiquete al niño y señala que ella maneja diagnósticos amplios pero resalta que es muy importante que los padres vean que tiene una problemática muy grave. Refiere que el año anterior la familia estaba más dedicada y comprometida, pero que este año el papá estaba más dedicado a su trabajo y que algo estaba pasando en la familia pero que no se sabe porque son bastante impenetrables.

La Vicedirectora planteó cómo seguiría esta historia y la terapeuta contestó: acá estoy para trabajar juntos.

Una de las ideas que aparece es la de citar a los padres y marcarles las llegadas tardes y demás temas vinculados al encuadre, la terapeuta les propuso a los padres intercalar consultas en horarios fuera del horario escolar pero la mamá señaló que era muy complicado para ella.

La Psicóloga del niño agregó que P está siempre preocupado por su hermano del que se ocupa bastante, comenta que la familia funciona con dos duplas: mamá-hermanito y papá-P. Agrega que el hermanito no tiene ningún tipo de problema a nivel emocional.

La Vicedirectora agregó que notó al padre muy cansado y desanimado ante la problemática de su hijo. También agregó que P no tiene problemas en el aprendizaje pero sí en lo social.

La terapeuta le propuso a la madre realizar salidas cortas con compañeros pero la madre dice que nunca puede, la describe como una familia inabordable. En alguna ocasión la mamá dijo que no podía soportar estar sola, que es consciente de su culpa y que por esto se buscó una Psicóloga para ella. Alguna vez también le contó a la terapeuta de P que no lo quiso cuando nació y que por ese motivo no lo amamantó. Siguiendo a Bowlby (1993), este tipo de apego hace que una persona no pueda alcanzar proximidad con respecto a otro individuo preferido, identificando este estilo de apego como ambivalente, en el cual el niño es confundido por su madre con acercamientos y alejamientos, con premios y castigos, y a su vez como un apego ausente en el cual la madre rechaza y abandona al niño sin darle seguridad.

La Vicedirectora señaló que pareciera que se preocupan más por P desde el Colegio, que su propia familia.

La terapeuta añadió que P dice que a la mamá sólo le importa que él haga lo correcto. Cuenta también que la madre es muy perseguida y relata un episodio en el que la mamá decía que la terapeuta se quería quedar con todas las cosas de la mochila de su hijo. Se mencionó también que cuando empezó este año los papás venían con la idea de que P había mejorado, querían bajar las frecuencias de las sesiones pero como esto no fue así se desmoronaron. Tanto las conductas de la madre, como las de la familia en general forman parte del tipo de familia que mencionan Muñoz y Sánchez (2006) de los individuos con TLP. Son familias que presentan un estado de ánimo bajo, reticentes y susceptibles a la crítica externa, con una actitud fluctuante, cambiante e inestable y generalmente con una conyugalidad disarmónica.

Según la terapeuta muchas veces cuando hay un conflicto en el Colegio miran a P y aunque no tenga la culpa lo incriminan y el niño no dice nada, no se queja.

La mamá, según cuenta la terapeuta, dice que en el comedor hay una pandilla que le dice que tiene que quedarse a comer y lo molestan pero la Vicedirectora niega esto.

El Psicólogo del E.O.E. señaló que P tiene resonancia afectiva y que esto se vio particularmente en la relación que entabló con la pasante de la UP del cuatrimestre anterior que lo acompañaba en diferentes situaciones cuando aún no estaba la A.T. Al respecto la terapeuta señaló que ella le regaló un juego de cartas y que el niño estaba feliz, que le había expresado su agradecimiento y ella agrega que no cuesta trabajar con él, que tiene un mundo afectivo muy rico y un juego con las mismas características aunque muy desorganizado. El E.O.E. rescató dicha información para descartar un trastorno del espectro autista ya que, a diferencia de estos últimos, los niños con TLP suelen tener más iniciativa en las relaciones sociales y utilizan el lenguaje como medio de comunicación aunque sea con un estilo inusual (Soutullo Esperón & Mardomingo Sanz, 2010).

La Vicedirectora cuenta un nuevo hecho acontecido en el que el niño se bajó los pantalones y mostró sus genitales, según dijo P hizo eso para rascarse con mayor comodidad. La A.T. también había comentado que P estaba gran parte del día con sus manos adentro del pantalón. La Vicedirectora le explicó que para esos menesteres debía ir al baño. Todas estas conductas de P podrían relacionarse con lo que Beck (1995) plantea respecto a las características del trastorno en cuestión. Según el autor, los individuos que padecen TLP, suelen tener sus metas, prioridades, sentimientos y orientación sexual, entre otros, confusos para ellos mismos y, además, existe una tendencia a confundir intimidad con sexualidad.

En cuanto a las entrevistas con los padres el papá informa que ellos son orientados por la terapeuta de su hijo una vez por mes, que lo ven más maduro,

más seguro y no tan infantil, hay días en que está muy bien y otros no tanto.

También comenta que hubo un día en que él sabía que iba a tener un buen día porque se levantó bien, se vistió y ayudó a vestirse al hermano a lo que la Vicedirectora agregó que precisamente ese día había estado muy inquieto. Ella les comenta que lo nota más disperso cuando se desestructura, y se brinda el dato de que es un chico que siempre tiene hambre. La Vicedirectora les dice a los padres que cuando P espera la llegada tardía de la mamá, se quiere ir al comedor y resalta que cuando llegan tarde a buscarlo el niño se desestructura.

El papá explica esta situación diciendo que P está muy cansado y que le cuesta levantarse.

La Vicedirectora comentó que con la presencia de la A.T. P estaba más controlado pero que de todos modos sigue cantando en clase, no aceptando el "no", ni las reglas de los juegos y en ocasiones llora sin motivos aparentes.

La mamá dijo que ella no vio un gran cambio en esta segunda mitad del año, ni con la terapeuta ni con la A.T. a lo que el Psicólogo del E.O.E. agrega que de acuerdo a la patología del niño no va a haber un resultado inmediato ya que el cambio psíquico es lento y largo. A su vez también resalta que los padres están trabajando para ello. Se les dice también que quizás habría que ser más cuidadoso en el tema de las llegadas tarde porque esto lo perjudica a P.

La Vicedirectora les cuenta a los padres que sus primeras reacciones son apelar al "no", pelearse cuando no se hace lo que él quiere y son estos momentos cuando P es ayudado por la A.T. También refirió que el niño habla permanentemente y que la A.T. debe tratar de hacer un corte.

Se les pregunta también a los padres si P tiene primos y cómo se lleva con ellos y el papá cuenta que los primos en realidad son más grandes pero que se lleva bien con ellos. P parece llevarse mejor con chicos más grandes o con adultos que con sus pares. A continuación, se les pregunta si le invitan amigos y la mamá dice que sí pero finalmente no logra contar quién fue a su casa, la Vicedirectora le sugiere que invite y que insista, porque la mamá nombró a tres chicos que finalmente no pudieron ir. Probablemente estos padres no tienen desarrollada la capacidad de brindar afecto, quizás por haber tenido historias familiares que bloquearon esta capacidad, por lo que hay una contradicción entre las exigencias de los padres y las exigencias del hijo, no existen modelos adecuados de identificación. Así, la carencia afectiva y el sentimiento de abandono producen una constante desesperación en P, tal como plantea Pinto (2004).

Preguntados acerca de lo que P hace el fin de semana el papá dice que lee mucho, luego comenta la mamá que en los cumpleaños está mejor y en este momento el Psicólogo les comenta que en el Colegio pasó de estar un poco aislado a coexistir.

El papá cuenta que hace dos meses empezó a ir a practicar un deporte y que había dejado pero que ahora lo estaban llevando de nuevo, a P le gusta y va con algunos compañeros.

Se les vuelve a decir que aunque se trata de un proceso lento, van por buen camino.

El papá comentó que ellos estaban menos exigentes con el niño y la mamá añade que ella interrumpe el discurso de P cuando él comienza con sus largas explicaciones. Vuelve a decir que con la terapeuta no se interrumpió el tratamiento y la Vicedirectora dice que no se habló de interrupción, sino de faltas, situación que la madre vuelve a negar.

En las observaciones realizadas a P, tanto individuales como grupales quien escribe pudo dar cuenta de su verbosidad, su dificultad para controlar sus impulsos ya que en más de una ocasión se lo vio agrediendo a algún compañero, sus gritos en medio de una actividad escolar. También se lo vio tirarse al piso, caminar en cuatro patas para ir al baño, simular ser un perro en medio de la clase yendo desde su escritorio hasta el de la maestra cuando debía permanecer sentado y trabajar. A veces logra escuchar al adulto que le habla pero muchas veces insiste con sus ideas y no escucha lo que se le dice. A algunas actividades grupales se niega a participar manifestando que no le gusta perder energía en juegos que, según él, son para chiquitos y se queda a un costado haciendo dibujos de diferentes personajes de fantasía y de golpe se levanta, grita, se tira al piso, burla a algún compañero y hasta llega a la agresión física. Otra característica a destacar es que no se le entiende del todo bien cuando habla y no mira a los ojos cuando se le habla a él, tal como describe Beck (1995) las conductas de personas con TLP, quienes presentan una baja tolerancia al contacto ocular directo, al contacto físico o a la proximidad. Otra característica que resalta el autor es la ambivalencia fuerte acerca de cuestiones y la resistencia o miedo al cambio. Por otro lado, cuando entra un poco en confianza con algún adulto, se muestra cariñoso y hasta puede tornarse algo dependiente. Esto se vio cuando en una ocasión preguntó por la pasante de la U.P. del cuatrimestre anterior y se le dijo que no estaba se puso a llorar muy angustiado.

Las técnicas proyectivas administradas al niño fueron interpretadas por un miembro del E.O.E. con lo cual a continuación se comenta lo que consta en el

legajo del niño: en los primeros dibujos que hizo se advierte una proyección desintegrada del esquema corporal con macrografía de la cabeza y boca receptiva oral cóncava y con dientes. Estos últimos indican la presencia de agresividad y ansiedad primitiva de tipo oral, así como el dibujo de Joss, la mascota de Mario Bros., que larga un lengüetazo y enrosca a sus víctimas y las arroja (Klein, 1988). (Anexos I y II).

Otros de sus trabajos estaban referidos a sus ansiedades o temores primitivos de destrucción correspondientes a la etapa esquizo-paranoide y, a su vez, otro dibujo es una suerte de máquina contaminada con elementos. El tema de la máquina es típicamente esquizoide (Klein, 1988). (Anexo III). Melanie Klein (1988) consideró que el ser humano atravesaba por una etapa de ansiedad primitiva vinculada al temor a ser destruido, la etapa esquizoparanoide y otra más evolucionada llamada etapa depresiva, la cual se relaciona con el temor a la pérdida de objetos. Como se mencionó en el análisis de dichos trabajos, P está en la etapa esquizo-paranoide la cual está estrechamente relacionada con los trastornos psicóticos y borderline (Segal, 1982).

El dibujo que según él es “el agujero negro de Pérez” (su apellido) puede ser interpretado como un núcleo yóico disociado (Kernberg, 1975). Este dibujo es perseverado y luego convertido por él en persona. La presencia de una vaca hace referencia a la imagen materna devaluada. (Anexos IV, V, VI y VII). El estilo defensivo se advierte en los dibujos de un cañón que arroja una bola, un gusano gigante que se come manzanas gigantes, la víbora, un ornitorrinco pelado y un monstruito. Todos representan su pulsión agresiva. Las defensas que evidencia P muestran una agresión muy poco infiltrada por la libido, tal como menciona Kernberg (1975). (Anexos VIII, IX, X, XI y XII).

En el dibujo de la familia se advierten muy deficitarios esquemas corporales que adoptan la forma de monstruos robots. Las pequeñas cabezas orientan en el sentido de un pobre control racional e impulsividad. Sorprende además el gran tamaño del padre y el pequeño tamaño de la mamá. P está dibujado en dos lugares como expresión del fenómeno disociativo (Kernberg et al., 2004). (Anexo XIII).

En cuanto a la prueba de Bender (Koppitz, 1972) se observó rotación en figura A, cierta desintegración en figura 1, línea impulsiva en lugar de círculos en figura 2, desintegración en figura 3, no integración en figura 4, realización

correcta en figuras 5 y 6, ángulos incorrectos en figuras 7 y 8 lo cual da un puntaje 7, bajo para su edad que equivale a una edad que va entre los 6 años y 6 meses y los 6 años y 11 meses. En lo que refiere a los indicadores emocionales se advierte una falta de anticipación y planeamiento en el uso del espacio. Las figuras son incorporadas al papel sin criterio previo, de hecho las figuras 7 y 8 colisionan. Además se observa impulsividad en los círculos sustituidos por rayas en las figuras 3 y 5. En comparación con una producción homóloga anterior, más errática y desorganizada, hecha en la evaluación de ingreso a primer grado, se observa que el niño ha realizado un esfuerzo inhibitorio para mejorar (Koppitz, 1972). (Anexos XIX y XX).

En el siguiente apartado, el cual hace referencia al segundo objetivo propuesto, se hará una síntesis de todos los síntomas detectados en el niño, a través de los cuales el E.O.E. y, en un primer momento la terapeuta de P, arriban a un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

## **5.2. Diagnóstico de TLP e intervenciones que realiza el Equipo de Orientación Escolar**

Antes de exponer los síntomas a través de los cuales se llegó a un diagnóstico de TLP vale la pena recordar lo que plantea Gabaldón (2007) sobre el hecho de diagnosticar en la infancia quien considera que, si bien puede tener efectos positivos como el hecho de poder utilizar recursos adecuados, sostiene también que podría provocar efectos negativos tales como la estigmatización diagnóstica o el arribo a diagnósticos inapropiados que repercutirán negativamente en las oportunidades del niño.

Por su parte, Kernberg et al. (2004) sostienen que, si bien se debe ser cuidadoso a la hora de diagnosticar a un niño, resulta imprescindible hacerlo para así poder nombrar la patología y establecer las estrategias terapéuticas apropiadas.

Los síntomas que lleva al E.O.E. a realizar el diagnóstico según el DSM IV-TR (2000) antes mencionado, se resumen en los siguientes: síntoma de identidad difusa cuando habla como diferentes animales, escasa tolerancia a la frustración, ansiedad marcada y difusa, punto de fijación en período individuación – separación, fuga de ideas, fallas en el control de los impulsos, dificultad de integración con sus pares, presencia de intereses adultoformes

que coexisten con núcleos yóicos muy regresivos, verborragia y propensión a seguir una lógica interna emocional guiada por el proceso primario que por el secundario, coexistencia de islotes en su Yo vinculados entre sí aunque no integrados, ansiedad de desintegración, se desborda en situaciones no estructuradas, ideas suicidas y conductas autoagresivas. Dichos síntomas se corresponden con los descritos en el DSM IV-TR (2000), donde se lo define como un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, imagen del sí mismo y afectividad, y una notable impulsividad presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios: se realizan esfuerzos frenéticos por evitar abandonos reales o imaginados, manteniendo de esta manera relaciones interpersonales inestables e intensas y alternando entre los extremos de la idealización y la devaluación. En cuanto a su propia identidad, se presentan oscilaciones y una autoimagen acusada e inestable y se pueden llevar a cabo conductas impulsivas autodestructivas en al menos dos áreas, como podrían ser gastos excesivos, sexo promiscuo, abuso de sustancias, conducción de forma temeraria, atracones de comida, etc. Otro criterio característico de este trastorno según la CIE-10 (1994) es el comportamiento suicida recurrente el cual conlleva intentos o amenazas, comportamiento de automutilación. Se puede observar además según el DSM IV-TR (2000), una significativa reactividad del estado de ánimo, como disforia episódica intensa, irritabilidad, o angustia con duración de unas horas y sólo en pocas ocasiones más allá de unos días, ira inapropiada o dificultad para controlar el enojo (despliegues frecuentes de mal carácter, enojo constante, pleitos físicos recurrentes), conductas que llevan a una marcada inestabilidad afectiva y sentimientos crónicos de vacío. Otra de las posibles características de una persona con trastorno límite de la personalidad que coinciden con conductas detectadas en P, es la presencia transitoria de ideas de tipo paranoide, relacionadas con estrés, así como síntomas disociativos graves, características que mencionan también Kernberg et al. (2004) como propias de niños con TLP.

Es importante mencionar el diagnóstico que hace su terapeuta ya que en cierta medida orienta al E.O.E. en el diagnóstico que ellos realizaron. Si bien la terapeuta sólo menciona los síntomas en el informe que envió al Colegio, en las reuniones afirma que se trata de un niño con personalidad border. Como ya

se relató, la síntesis diagnóstica que envió la terapeuta cuando el niño empezaba primer grado, dice que en el área de la conducta es donde se manifiestan reacciones desajustadas ante situaciones frustrantes para el niño, que cuando algo no es como él quiere se angustia, que muestra características de un niño de menor edad, que se desorganiza ante situaciones desestructuradas o frustrantes y que en esos casos recurre al uso de la fantasía y a la rigidización para defenderse del dolor que le causan las exigencias del ambiente perturbando sus posibilidades de adaptación al medio. En cuanto a las intervenciones que realiza el Colegio vale la pena mencionar cada reunión organizada con la familia donde se intenta mostrarles la problemática de su hijo, confrontarlos en cierta forma con la realidad y brindarles herramientas para su mejoría y así evitar su exclusión, tal como plantea Rojas (2008).

Desde que se comenzaron a observar las conductas de P se solicitó a los padres realizar un psicodiagnóstico cuando estaba en Jardín ya que si bien no presentaba dificultades a nivel cognitivo, se lo veía muy ansioso lo cual afectaba su rendimiento y su capacidad de organización dado que conversaba de manera constante y generalmente era el último en terminar sus producciones. Esta fue la primera intervención realizada desde el Colegio. A causa de esto el niño comenzó con un tratamiento psicológico

A pesar de esto, la Psicopedagoga de Jardín señaló que P tendría dificultades para afrontar las exigencias de primer grado a lo que los padres comentaron que la Psicopedagoga que lo trataba de manera particular les había dicho que las dificultades que presentaba el menor podrían revertirse en dos meses y que el Colegio exageraba. Además, según la Lic. que los orientaba por fuera del Colegio podría tratarse de un trastorno de ansiedad. P pasó a primer grado y, tal como suponía el Colegio, las exigencias comenzaron a superarlo.

Las principales intervenciones para lograr la inclusión de P fueron llevadas a cabo a través de entrevistas del E.O.E. y la Vicedirectora del Colegio, con los padres del niño y con la Psicóloga particular que lo trata.

A raíz de lo que el Colegio informaba a la Psicóloga, la misma les fue dando diferentes estrategias a los padres para que el niño pudiera ir incorporando normas y pautas; se les pidió que jugaran mucho con él, sobre todo con juegos

de mesa para que pudiera esperar su turno, aprendiera a ganar y también a perder.

En algunas entrevistas, a modo de buscar estrategias que favorecieran a P, se implementaron pautas para el recreo del mediodía ya que era un recreo largo en el cual el niño se desbordaba.

La Psicóloga en un encuentro sugirió que el niño necesitaría más contención en inglés y en educación física por la tarde, con lo cual el Colegio puso mayor atención en esos momentos informando de esto a los docentes. Claramente se trata de una Escuela de tipo inclusiva tal como la mencionada por Escandell (2004) ya que al no contar con clases de apoyo no segrega sino que intenta educar en el entorno para lograr que el niño con necesidades especiales, en este caso P, pueda desenvolverse dentro del mismo.

Otra estrategia ante el hecho de agresión en el que P hizo que un compañero perdiera tres dientes, constó en, temporalmente, acortar la carga horaria de P ya que se encontraba muy cansado y estaba más proclive a que ocurrieran esos episodios disruptivos. Una vez más, el Colegio acompañó dicha decisión a pesar de no coincidir con las expectativas de la Institución.

En las entrevistas llevadas a cabo con los padres el E.O.E. trató de confrontarlos con la realidad ya que, como sostiene Guntrip (1971), para lograr el éxito con un paciente con patologías fronterizas, sobre todo cuando se trata de niños que dependen de los otros, resulta imprescindible contar con el apoyo estable de un medio familiar. Un ejemplo claro es cuando se les dice a los padres que es importante no desestructurar a P con las llegadas tardes así como intentar asistir las dos veces por semana acordadas con la terapeuta, aunque ante esto último aclara que si bien el Colegio no se mete con las cosas que suceden fuera de la escuela, se les comenta lo que la terapeuta dijo. Otro ejemplo es cuando en una ocasión se les resaltó a los padres sobre la importancia de perseverar en expresarle afecto al niño, aunque, ante esto enseguida cambiaron de tema y no dijeron nada al respecto. Una vez más se observa una coincidencia con el estilo de familia de los pacientes con TLP que proponen Muñoz y Sánchez (2004), se los ve reticentes y susceptibles a la crítica externa.

Otra intervención por parte del Psicólogo del E.O.E. es cuando éste decidió pedirle a la Psicóloga particular del niño un informe por escrito del tratamiento y plantearle la posibilidad de sugerir a los padres una consulta psiquiátrica. En una entrevista le preguntó a la terapeuta si ella no había pensado en que sería bueno derivarlo a un Psiquiatra que lo medicara. Ella, en esta ocasión, señaló que de ninguna manera consideraba que fuera necesario dando a entender que no estaría indicado para el caso y agregó que cuando los padres se ponían más cercanos a su hijo, los episodios disruptivos eran más cortos. En una nueva entrevista el Psicólogo volvió a sugerir una posible medicación en consulta con un Psiquiatra y la terapeuta indicó esta vez que con estos papás sería muy complicado sostener un tratamiento farmacológico y que tampoco se podría contar con los abuelos ya que los maternos son muy grandes, que P adora a su abuela materna pero que ésta es muy permisiva y no tiene consciencia de la enfermedad del niño. La terapeuta añadió que ella, contra sus principios, llamaría al padre para dicha sugerencia, aunque hasta el momento dicha acción no fue llevada a cabo. Es de importancia recordar que si bien no se trata de la parte más importante del tratamiento del TLP, el tratamiento psicofarmacológico sintomático puede resultar efectivo en la remisión de síntomas (García López et al., 2010).

Otra estrategia fue la sugerencia de una A.T. El Psicólogo del E.O.E. considerando que el niño necesitaba contención, alguien que lo tranquilizara y funcionara como entorno externo calmo y ordenador, sugirió la presencia de un acompañante terapéutico que lo acompañara en sus actividades cotidianas dentro del Colegio para que favoreciera la elaboración y el desarrollo de respuestas frente a lo social y que hiciera de puente entre el tratamiento en curso y el ambiente (Altomano & Azpillaga, s.f.).

Cuando se habló la posibilidad de un acompañante terapéutico (A.T.), la terapeuta solicitó que se aclarara a la familia que no sería una integradora referida al aprendizaje. También señaló que el A.T. no debería estar permanentemente al lado de P, sino como alguien a quien el niño pudiera eventualmente recurrir. Se plantearon los riesgos de hacer una reunión con los padres para sugerir un A.T. incluyendo a la terapeuta ya que los padres podrían enojarse y el niño saldría perjudicado. Se concluyó en que lo mejor sería llamar a los padres para hablar sobre el acompañamiento terapéutico,

señalarles que P es difícil, que necesita contención, estructurarse. Finalmente se dispuso que la terapeuta hablara primero con los padres para explicarles dicha resolución.

Para esto los padres fueron citados al Colegio. Se mantuvo una entrevista en la cual participaron los padres de P, la Vicedirectora, el Psicólogo del E.O.E. y la Psicopedagoga del E.O.E. Los padres comentaron que la terapeuta les había comunicado que el Colegio había sugerido que P tuviera una acompañante terapéutica. En principio no estuvieron conformes con la decisión pero entendían que para el Colegio era necesario. A su vez los padres expresaron que se encontraban sorprendidos ya que en reuniones anteriores se les había comentado que el niño había mejorado su comportamiento. En este momento se les comentó que en el acto escolar mencionado arriba, P se había tenido que quedar con una alumna de la Universidad de Palermo que en ese momento realizaba su pasantía en el Gabinete ya que el niño no quería quedarse en el acto. Aquí se ve otra clara intervención por parte del E.O.E. Ante esto, se les explicó a los padres que su hijo no podía estar siempre contenido por el Equipo de Orientación Escolar o por la Dirección del colegio. Ellos comprendieron que el E.O.E. no podía trabajar de manera particular con P y, aunque no estaban convencidos de dicha estrategia, accedieron. Se les aclaró que la idea era que el A.T. lo acompañe especialmente en situaciones desestructuradas. Además, la Vicedirectora señaló que el Colegio había pautado desde que P estaba en 1º grado, 3 años para acompañarlo, y que así lo iban a hacer pero que para esto se hacía necesario seguir trabajando mucho y cumplir con lo planificado.

En todo momento se les explicó a los padres que P era muy querido por el Colegio y que se estaban buscando estrategias para ayudarlo a tener una mejor integración con sus pares. Se resaltó la capacidad del niño en el área de aprendizaje, comprensión y expresión.

Todas estas intervenciones demuestran que la integración o, mejor dicho la inclusión, forma parte del proyecto institucional de la escuela y se cuenta con intervenciones y estrategias como con la correspondiente adaptación curricular (Fildoro, 2011) para lograr que P, en este caso, pueda continuar en el Colegio.

Finalmente la terapeuta se encargó de seleccionar una A.T. con el consentimiento de los padres del niño. El Psicólogo del E.O.E. preguntó a la

terapeuta si prefería que él se ocupara ya que supuestamente ella no estaba de acuerdo con poner una A.T., pero ella dijo que por tratarse de un Colegio tan grande sí le parecía correcto. Al inicio del segundo cuatrimestre de segundo grado los padres de P concurren al Colegio junto con la A.T. para establecer las pautas de trabajo de la misma en la Institución. La A.T., Lic. En Psicología egresada de la U.B.A., comienza a trabajar mañana y tarde en el Colegio junto a P, cosa que preocupa un poco al Psicólogo del E.O.E. por ser demasiado tiempo junto al niño para una misma persona. La A.T. comenta que coincide con el diagnóstico de personalidad border y comenta que el niño tiene conductas muy bizarras, inapropiadas pero que es muy inteligente.

En una ocasión el niño comentó a su terapeuta, ante la presencia de la A.T., que le habían puesto una maestra para él, pero ella le dijo, para que no se persiguiera con dicha situación, que se trataba de una maestra que ayudaba a la docente del curso y a cualquier compañero que lo necesitara. La terapeuta se puso en contacto con el E.O.E. para advertir y pedir que se le dijera al niño esto mismo que ella le había explicado.

Ante todo lo expuesto se puede resaltar que cada cosa que el Colegio realiza a favor de que el niño pueda mejorar, cada una de las intervenciones mencionadas hacen que se trate de una escuela comprensiva que tiene en cuenta la diversidad y contempla las diferencias (Escandell, 2004).

### **5.3. Intervenciones que realiza la acompañante terapéutica con el niño en la escuela**

Los padres, si bien lo aceptaron porque lo pidió el Colegio, no estaban conformes con haber puesto una acompañante terapéutica.

Por su parte, la maestra dice que si bien la A.T. funciona en la contención y organización de P, el problema persiste y ella está muy preocupada por la psiquis del niño.

La A.T. responde por un lado a las demandas y necesidades de los padres del niño y por otro lado debe satisfacer a las demandas de la Institución con lo cual debe ser muy cuidadosa en su tarea ya que en este caso los padres no están del todo convencidos de lo que el Colegio opina y solicita. Por otro lado, además de reunirse con miembros de la Institución y con los padres de P, debe reunirse y trabajar en conjunto con la terapeuta del niño. A continuación se

detallará lo pautado con la A.T. desde el Colegio, las intervenciones que realiza con P y lo que cuenta sobre sus encuentros con la terapeuta del niño.

En un primer momento se pautó que la A.T. estuviera todo el día al lado de P. El Psicólogo del E.O.E. señaló que la A.T. le servía de contención a P pero que estaba demasiado tiempo con él y que eso podría resultar contraproducente. La terapeuta del niño señaló que el niño también se saturaba de la A.T., de su presencia permanente.

La Vicedirectora señaló que la A.T. había empezado bien pero que luego empezó a salir del aula sin haberlo hablado con ella, en los momentos en que más se la necesitaba no estaba, por ejemplo en el acto del día del maestro P se estaba portando pésimo y ella estaba en la sala de maestros. Dijo además que no quería decidir nada antes de esta reunión pero que le parecía

que no estar no funcionaba, más allá de que estar todo el tiempo saturar. Afirma que en esos momentos libres el niño se desarma. Es importante recordar a la hora de acompañar a pacientes con TLP que su precaria adaptación depende del sostén que el medio les proporcione (Painceira Plot, 1997).

Ante esto, la terapeuta comentó que en los momentos más difíciles habría que pautar que la A.T. esté. Aunque, por otro lado los padres del niño no quieren que la A.T. esté todo el día sentada al lado del niño y la A.T. cuenta que cuando le pasa información a la madre acerca del comportamiento de P, ésta lo reta y lo castiga, comportamiento propio de un apego de tipo ambivalente como ya se mencionó, en el que la madre confunde al niño con acercamientos y alejamientos, con premios y castigos (Bowlby, 1993). Ante esto se le sugiere a la A.T. que seleccione la información que le da a la madre de P. Las dos maestras, de la mañana y de la tarde, desean que P no se descontrole porque no pueden manejarlo, dicen que si la A.T. tiene que estar afuera, que esté allí pero no en sala de docentes, hay situaciones en las que debe estar al lado del niño porque el curso se descontrola por sus conductas inadecuadas. En las clases más estructuradas puede salir y quedarse en el pasillo.

Son varias reuniones en las que se habló sobre la presencia de la A.T., los horarios, su presencia en el aula o fuera de ella, en el caso de estar afuera estar cerca por si se la necesita, contar con ella en los momentos más desestructurados como los recreos, actos y gimnasia. Finalmente, evaluando

toda la situación se dispuso que estuviera fuera del aula pero siempre a mano para poder recurrir a ella en cualquier momento, y presente en todas las actividades desestructuradas así como también en el campo de deportes.

En una entrevista con la A.T., la misma cuenta que P esa semana no estaba bien. Hace referencia a un episodio ocurrido: P pidió permiso para ir al baño y desde el aula se escucharon carcajadas, en voz muy alta. Ella se acercó al baño y logró que el niño dejara de reírse desviando su atención. Sobre lo acontecido, la A.T. dedujo que como ese día era su cumpleaños, probablemente estaba muy ansioso por esa situación, y que, más allá de que algunas veces se portaba mal y que esa semana estaba teniendo un muy mal comportamiento, es como cualquier otro chico con problemas de conducta. Dice que a veces se porta bien y que sólo por hablar alguna vez, se le llama la

atención porque probablemente esté estigmatizado aunque, según agrega, él mismo se hizo la fama. Sugiere en este momento que ya no estaba segura del diagnóstico de TLP sino que pareciera tener un retraso a nivel evolutivo. Dijo que P es como un chico más chico y que si se lo retrasara de curso funcionaría perfectamente lo cual se contradice con lo que se venía hablando sobre P. También agrega que para ella P tiene un buen pronóstico y que posiblemente podría funcionar solo cuando llegue a 4º grado. P busca su afecto y cuando se porta mal y ella dice estar enojada con él, se acerca más a ella y demuestra cariño para revertir la situación. La A.T. dice que P mide los límites y que le gusta hacer lo que él quiere, que no admite un "no" pero que están trabajando en eso. Cuenta que cuando ocurre algo inapropiado ella lo saca del aula y habla con él, le hace preguntas, intenta que él pueda reflexionar sobre lo que hizo confrontándolo con la realidad. Muchas veces lo agarra de los brazos para que el niño la mire, situación en la que el niño grita: me quebraste el brazo. En estas situaciones, según cuenta la A.T., ella le toma el brazo, se lo muestra y le pregunta si realmente él cree que su brazo está quebrado. Es entonces cuando P toma conciencia de lo que está diciendo y logra volver a la calma a través de la contención de la A.T. y así logra entrar nuevamente al aula. En lo que realiza la A.T. se ve el sostén en la realidad que necesitan los pacientes con TLP (Painceira Plot, 1997).

La terapeuta preguntó acerca del año próximo a la Vicedirectora y ésta señaló que estaban esperando ver cómo funcionaba P con la A.T. pero agrega que da la sensación de que a medida que se va complejizando académicamente, la situación de P se complica; siguiendo a Paineira Plot (1997), a medida que las exigencias incrementan, el self del sujeto comienza a fragmentarse y el mismo experimentará una angustia inimaginable, de cualidades psicóticas. Por eso, si no hay un tratamiento metódico y pautado todo se dificulta y esto debe ser transmitido a los padres. Además dice que ya desde 1º grado se planteó un ciclo de 3 años para P y esto se cumplirá. La terapeuta indica que se les transmita esto a los padres porque se persiguen con que el Colegio quiere sacarlo.

Se mantuvieron en varias ocasiones encuentros con la A.T. en los cuales la misma informó cómo seguía P. En uno de los encuentros comentó que el niño últimamente estaba todo el tiempo con las manos en sus genitales. Ante esto, y como en otras situaciones a modo de intervención, ella pone la atención del niño en otra cosa y luego le explica que ciertas conductas deben ser llevadas a cabo en la intimidad.

Ella también interviene cuando el niño no acepta un límite y se enoja, cuando habla dentro del aula, hace un corte y lo saca, conversa con él o en ocasiones le da un cuaderno para que dibuje. Todas estas estrategias están dando un resultado positivo según la A.T. ya que P está logrando identificar algunos momentos en los cuales actúa de manera incorrecta y expresa su disconformidad y deseo por cambiar eso.

Ante todo lo expuesto se considera importante recordar una vez más lo que sostiene Paineira Plot (1997) a la hora de trabajar con personas con trastorno límite de la personalidad. El autor afirma que la estructura personal de estos pacientes está siempre amenazada y que su precaria adaptación depende del sostén que el medio le proporciona, que a medida que las exigencias incrementan el self del sujeto comienza a fragmentarse y casi inmediatamente experimentará una angustia inimaginable, de cualidades psicóticas y actuará para reestablecer el equilibrio. Agrega que la angustia inimaginable resulta insoportable e imposible de manejar y que se tornará en una angustia persecutoria con un argumento dependiente de otro que supuestamente la genera. Por lo tanto, según afirma el autor, es importante que el otro, en este

caso la acompañante terapéutica, pueda darle sostén en la realidad a la persecución, de lo contrario Pedro se encontrará lisa y llanamente con su locura.

## **6. Conclusiones**

Haber realizado las prácticas profesionales en dicha Institución fue muy gratificante, los directivos tuvieron un trato cordial y acorde a la situación y mostraron en todo momento buena colaboración, situación que hizo más gratificante observar la dinámica del Equipo de Orientación Escolar y compartir los espacios en que el E.O.E. intervenía con P, sus padres y los profesionales particulares. Más allá de la particularidad del caso, por tratarse de un niño de 8 años de edad con diagnóstico de TLP, se hizo posible el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente trabajo. Sin embargo, cabe destacar que la insuficiente información acerca de tratamientos en niños

diagnosticados con TLP permitió visualizar las dificultades con las que tienen que lidiar tanto el E.O.E., como la Psicóloga particular de P y la A.T., reflejadas en las diferentes posturas en cuanto al tratamiento a abordar con P y, por ende, en las estrategias abordadas.

Las entrevistas llevadas a cabo con los padres y para los fines del presente trabajo resultaron ser escasas. Si bien constituyen una valiosa herramienta de información, en la práctica clínica se requiere que los padres estén dispuestos a brindar más datos acerca de su hijo para poder tener conocimiento de la dinámica intrafamiliar. Es aquí donde se pudo observar cierto desinterés por parte de los padres que podría relacionarse con cansancio observado en las ausencias de su hijo en los últimos dos meses a su Psicóloga particular y en la escasa información brindada por parte de ellos tanto a su terapeuta como a los miembros del Colegio. Cuando a modo de intervención se les comentó a los padres sobre las ausencias que había mencionado la terapeuta la madre lo negó y hasta se sorprendió ante dichas palabras pero no agregó mucho más al respecto. Este hecho dificulta por un lado el tratamiento del niño, y por otro, la planificación de estrategias por parte del E.O.E. para poder ayudarlo.

Lo anteriormente expuesto se relaciona con una limitación importante que se constituye en la falta de tiempo de las observaciones, las cuales estuvieron dispuestas por los encuentros pautados con los padres quienes asistían

hastados dificultando la predisposición a dar información de la dinámica familiar.

En cuanto al diagnóstico realizado debe tenerse en cuenta que el mismo correspondería ser llevado a cabo además, por profesionales especializados como por ejemplo Psiquiatras, ya que se deben tener en cuenta muchos factores mas allá del nivel evolutivo, como podría ser lo biológico, que se reflejará en el nivel de aprendizaje del niño. Además, tal como plantea Martínez (2011), realizar un diagnóstico diferencial en niños con trastorno límite de la personalidad implica un desafío, el cual consiste en diferenciar síntomas transitorios, normales del desarrollo, de los rasgos de una sintomatología grave. Además es muy común que el TLP se confunda con el trastorno de hiperactividad ya que ambos se caracterizan por presentar un alto grado de impulsividad y de disfunciones sociales. Es frecuente además la presencia de

otras patologías comórbidas debido al trasfondo de alto riesgo de estos niños las cuales se considera importante detectar. Entre ellas se encuentran las dificultades cognitivas, los trastornos del lenguaje o el retraso mental. Otros trastornos comórbidos frecuentes son los trastornos del humor y los trastornos de ansiedad. Es de suma importancia diferenciar la clínica del TLP de la del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Por último, el diagnóstico diferencial debe descartar que no se trate de un trastorno del espectro autista aunque está claro que no es éste último el caso de P ya que tiene más iniciativa en las relaciones sociales con iguales y utiliza el lenguaje como vehículo de comunicación aunque sea con estilos inusuales (Soutullo Esperón & Mardomingo Sanz, 2010).

Además es importante destacar que si el diagnóstico fue realizado según el DSM IV-TR (2000) tal como lo afirma el Psicólogo del E.O.E., a pesar de tratarse de un niño, el mismo sostiene que para que se trate de un trastorno de la personalidad su inicio debe remontarse al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta. Si bien se mencionan autores que consideran su inicio en la infancia, como Kreger (2008) quien sostiene que es posible diagnosticar un trastorno límite de la personalidad en un niño si los síntomas se han manifestado por más de un año, como sucede con el caso de P, el diagnóstico fue realizado por el E.O.E. según el DSM-IV-TR.

En esta misma línea es donde se evidencia una yuxtaposición de saberes en tanto no queda reflejado el verdadero objetivo del Equipo de Orientación Escolar. Se entiende que su función es la de realizar una evaluación diagnóstica a nivel escolar la cual permita identificar el nivel de aprendizaje del niño determinando las competencias de cada uno y estableciendo acciones específicas de acuerdo a las necesidades individuales, así como detectar las dificultades a nivel emocional que obstaculicen el desempeño y tan sólo realizar las intervenciones pertinentes para que el niño pueda desenvolverse de manera correcta. Vale la pena destacar que los instrumentos que utilizan, como la observación de las conductas que presenta el niño o las diferentes pruebas proyectivas son una valiosa fuente de información junto a los datos que aportan las entrevistas con sus padres o terapeutas personales pero esta valoración no puede ser única y cerrada para convertirse en un diagnóstico. Tal como afirma Rojas (2008), si bien el diagnóstico puede ser eficaz y puede permitir organizar adecuadamente una estrategia terapéutica, puede constituirse también como algo cerrado y cronificante llevando a que se etiquete al niño. El autor sostiene que dicha situación debe ser abordada por la escuela de manera cuidadosa ya que podría provocarse su exclusión.

Consecuentemente, resulta paradójico que el Psicólogo del E.O.E. haya manifestado que el niño debería comenzar un tratamiento psiquiátrico sugiriendo medicación y que la psicóloga particular del niño responda que no sería necesario. Este hecho es incomprensible desde el punto de vista profesional en cuanto no existe conformidad para llevar adelante un tratamiento pero sí hay coincidencia en el diagnóstico, lo cual se refleja en acciones diferentes para el mismo caso. Esto se ve también cuando en un primer momento la A.T. dice al Psicólogo del E.O.E. estar de acuerdo con el diagnóstico de personalidad border y unas semanas después menciona un retraso evolutivo. La A.T., si bien siempre tuvo buena disposición para brindar información de la situación del niño se convirtió en una limitación para la realización del presente trabajo desde el momento en que no podía conocer que el niño que estaba siendo observado era su paciente. Dicha situación no permitía realizarle a la profesional preguntas de manera directa sobre el niño o sobre sus intervenciones con el mismo.

Por su parte, desde el E.O.E. se sugiere que el niño debería cambiarse de Colegio pero la actitud de los padres frente a este consejo es negativa ya que los mismos tienen en cuenta los valores éticos, morales y educativos de la Institución por encima de los problemas que se mencionaron acerca del comportamiento de su hijo, accediendo así a someter al niño a un tratamiento por el diagnóstico arribado por dicho Equipo. Además han manifestado los padres que el niño debía adaptarse al sistema educativo. Aquí se resalta la importancia del prestigio del Colegio para los padres por encima de los síntomas que se detallaron del menor, exponiendo a P a caer en burla de sus pares. Es menester recordar lo que plantea Escandell (2004) sobre la socialización. El autor considera que la misma es algo sumamente importante para todo ser humano. A través del contacto con el otro, sobre todo con los iguales, se produce la identificación, la cual tiene efectos muy positivos y considerables. Por lo tanto, la situación de aislamiento que sufre P en ese Colegio, puesta en un segundo plano por sus padres, podría perjudicarlo en un futuro.

A partir de los datos obtenidos para la realización del presente trabajo, pudo observarse que el E.O.E. tuvo un rol importante en la continuidad escolar del niño aunque las intervenciones propuestas no mostraron ser eficaces producto de los diferentes enfoques desde los cuales se maneja dicho Equipo. Otra limitación fue la de realizar el trabajo sobre un caso único, lo cual no permite saber con exactitud la cantidad de escolares en iguales o similares situaciones o que se encuentran bajo tratamiento y la eficacia de las intervenciones realizadas por el E.O.E., de esta manera se deja abierta la decisión de que en algún otro trabajo pueda incluirse dicha temática mostrando estos datos que ayudarían a tener una información más completa acerca del Equipo y su funcionalidad y eficacia dentro de la Institución. Es menester pensar en el futuro de P quien, siendo un niño que aún está en proceso de constituir su estructura psíquica, se encuentra bajo un tratamiento basado en un diagnóstico que en realidad es dudoso. Una de las posibilidades para superar dichos obstáculos sería trabajando con una herramienta como la psicoeducación. La misma es una herramienta muy importante dentro de los tratamientos psicoterapéuticos que se llevan a cabo con menores ya que a través de ella se los puede instruir a ellos mismos en el desarrollo de estrategias que les

permitan afrontar las situaciones conflictivas, a la familia y a los docentes para que logren comprender los diferentes comportamientos, en este caso del niño, y puedan actuar y acompañar de manera favorable (Belloso, García & De Prado, 2000).

Así es como podría trabajarse con los padres para que los mismos puedan ver y aceptar que lo mejor para sus hijos es acompañar su desarrollo. Además sería importante dicha herramienta, no sólo para aliviar la carga emocional que sufren los miembros de la familia, sino también para poder encontrar un camino menos confuso y con más elementos para resolver los problemas cotidianos y lograr una mejoría no sólo en la vida familiar sino también en la vida del niño (Paumard, Rubio & Granada, 2007).

## **7. Referencias Bibliográficas**

Altomano, G. & Azpillaga, S. (s.f.). *Acompañamiento terapéutico: algunas reflexiones acerca de su función*. Recuperado de [http://www.cpcb.com.ar/acompanamiento\\_psicoterapeutico.html](http://www.cpcb.com.ar/acompanamiento_psicoterapeutico.html)

American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4<sup>a</sup> ed., Text Revision). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (2012). *DSM-5 Development*. Recuperado de <http://www.dsm5.org/proposedrevision/pages/personalitydisorders.aspx>

Arza, R., Díaz Marzá, M., López Micó, C., Fernandez de Pablo, N., López Ibor, J.J. & Carrasco, J.L. (2009). Alteraciones psicológicas en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (4), 185-190.

Beck, A. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de Personalidad*. Madrid: Paidós.

Belloso, J., García, B. & De Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20 (73), 23-40.

Berruezo Adelantado P. P. (2006). Educación inclusiva en las escuelas canadienses: una mirada desde la perspectiva española. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 20 (4), 179-207.

Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.

- CIE-10 (1994). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Escandell, E. (2004). *La atención educativa a sujetos con inteligencia límite y/o con trastorno límite de la personalidad (borderlines), dentro de la diversidad educativa*. Universidad de Granada. Ponencia publicada en el libro de actas de las IX Jornadas Andaluzas de Organización y Dirección de Instituciones Educativas. Granada, 15-17. Grupo Editorial Universitario, 395-414.
- Fildoro, N.S. (2011). *El lugar de los aprendizajes en los niños con problemas graves en la constitución subjetiva*. Recuperado de <http://www.xpsicopedagogia.com.ar/el-lugar-de-los-aprendizajes-en-los-ninos-con-problemas-graves-en-la-constitucion-subjetiva.html>
- 55
- Fonagy, P. (1999). *Apegos patológicos y acción terapéutica*. Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, en la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC.
- Fossa P. (2009). *Organización limítrofe de la personalidad*. Revista de Psicología GEPU, 1 (1), 32-52.
- Gabaldón, S. (2007). Aspectos éticos del diagnóstico en Psiquiatría. *Bioética & Debat*. Instituto Borja de Bioética: 3, 39-37.
- García López, T., Pérez, F. & Otin Llop, R. (2010). *Tratamiento integral del trastorno límite de la personalidad*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30, (2). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000200005&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000200005&script=sci_arttext&tIng=pt)
- Guntrip, H. (1971). *El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hammer, E. (1986). *Tests proyectivos gráficos*. Caps. 1,2, 3, 4, 8.
- Hammer, E. (1997). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ison, M. (2004). Características familiares y habilidades sociocognitivas en niños con conductas disruptivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2), 257-268.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes Fronterizos y Narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, P., Weiner, A.S. & Bardenstein, K.K. (2004). *Trastornos de*

- Personalidad niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Klein, M. (1988). *Envidia y Gratitud*. Barcelona: Paidós.
- Koppitz (1972). *El Test Gestáltico Viso-motor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Kreger, R. (2008). *The essential family guide to Borderline Personality Disorder*. Minnesota: Hazelden.
- Martinez, L.E. (2011). *Trastorno límite de la personalidad y conductas destructivas*. El Cisne, 250: 4-7.
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSMIV*. Barcelona: Masson.
- 56
- Muñoz, A. & Sánchez, M. (2006). *Estructura de la familia de origen des trastorno límite de la personalidad*. Universidad Católica Boliviana. Ajayu, 4 (1).
- Painceira Plot, A.J. (1997). *Clínica Psicoanalítica: a partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires: Lumen.
- Paumard, C., Rubio, V. & Granada J. M. (2007). Programas especializados de trastornos de personalidad. Norte de Salud Mental (27), 65-72.  
Recuperado de [http://omeaen.org/NORTE/27/NORTE\\_27\\_110\\_65-72.pdf](http://omeaen.org/NORTE/27/NORTE_27_110_65-72.pdf)
- Paz, C., Palento M., & Olmos, T. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pinto, B. (2004). *Porque no se amarte de otra manera: Estructura individual, familiar y conyugal de los trastornos de personalidad*. La Paz: Universidad Católica Boliviana.
- Rojas, M. (2008). Psicoanálisis con niños: un enfoque vincular. *Vinculo. Revista do Nesme*, 37-44.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. *Clinical Psychiatry* (10a ed.).
- Segal, H. (1982). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Sneiderman, S. (2011). *Consideraciones acerca de la confiabilidad y validez en las técnicas proyectivas*. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15 (2), 93-110.

Soutullo Esperón, C. & Mardomingo Sanz, M.J. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Buenos Aires: Panamericana.

Spargliardi, E. (s.f.). Terapia Cognitivo Conductual e Niños. Recuperado de [http://www.ctcc.com.ar/terapia\\_cognitivo\\_conductual\\_en\\_ninos.php](http://www.ctcc.com.ar/terapia_cognitivo_conductual_en_ninos.php)