

figura/fondo

## **EL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MÍNIMA CEREBRAL Y LA PSICOTERAPIA GESTALT**

---

**Ma. Martha Márquez Rojas (\*)**

Uno de los errores más frecuentes en la atención psicoterapéutica es, por desgracia, el no tomar en cuenta o no valorar la posibilidad de la existencia de un daño orgánico en los pacientes que solicitan este tipo de ayuda.

Las personas acuden a psicoterapia depositando en el terapeuta toda su confianza, con la esperanza de encontrar alivio o respuesta a su situación emocional o conductual, a veces sin lograrlo, debido a un insospechado daño cerebral y se deja así pasar un tiempo valioso y se pierde la posibilidad de dar ayuda precisa y adecuada con la consiguiente decepción del paciente y descrédito a la profesión.

¿Qué podemos ocasionar los terapeutas de cualquier orientación por la falta de información al respecto? Y ¿cuánta responsabilidad tenemos ante esto?

Es mi intención en el presente escrito hablar de la existencia de uno de esos daños orgánicos en el ámbito de la fisiología cerebral. Aunque generalmente son disfunciones pequeñas, ocasionan alteración de la conducta de maneras muy diversas, encubriéndose muchas veces bajo la máscara de casos típicos de conductas o actitudes agresivas, de bajo rendimiento escolar, gran inquietud, desatención entre otras y que no son reconocidas como parte de un síndrome llamado “Síndrome de disfunción mínima cerebral” (SDMC) el cual es cada día más frecuente, sobre todo en personas que tuvieron complicaciones al nacer.

Estas personas no podrán tener posibilidad de ayuda psicoterapéutica con éxito sin la colaboración conjunta del neurólogo o del neuropsiquiatra que valoren y trabajen con el psicoterapeuta desde el campo clínico, por medio de los fármacos y el seguimiento necesario.

Se requiere de una persona seria, responsable, con experiencia en esto, ya que en una gran mayoría de pacientes, el daño no es registrado por el electroencefalograma debido al tamaño de la misma.

---

**Ma. Martha Márquez R.** Lic. en Odontología, Lic. en Psicología, Psicoterapeuta Gestalt y en Enfoque centrado en la persona por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt.

Se origina confusión en el diagnóstico diferencial y se pueden ignorar los síntomas presentes olvidando lo que fenomenológicamente se observa: una conducta distinta, especial y su forma de manejarla con sus consecuencias, diferente a como lo hacen las personas que no tienen este tipo de problema.

### **Un importante primer paso**

¿Qué tan importante es para un psicoterapeuta tener conocimiento de la existencia del daño cerebral?

En mi práctica profesional con adolescentes y adultos jóvenes atendidos por bajo rendimiento académico o por problemas de conducta específicos, fue llamando mi atención la gran cantidad de personas con las características de: desatención, olvidos frecuentes, falta importante de organización, impulsividad, hiperactividad, constantes cambios de humor, falta de concentración, etc., con el consabido diagnóstico de “problemas de conducta”. Presentaban también largas historias de atención y ayuda psicológica o psicoterapéutica sin remisión de los síntomas, motivo de la búsqueda de ayuda especializada y, en muchos de ellos, con el factor agregado de la apropiación de la “etiqueta” impuesta por padres, maestros y por los mismos especialistas.

Se trata de jóvenes castigados frecuentemente con repetidas reprobaciones de materias o años escolares, sobre todo en las que se requiere de abstracción, catalogados como problemáticos, agresivos, distraídos o irresponsables y en muchos de los casos referidos por el psicólogo escolar, ya sea por iniciativa propia o como sugerencia de los maestros, al notar en clase ciertos comportamientos inadecuados.

Fue para mi relevante el ver que muchos de los especialistas que atendían a estos chicos no habían tomado en cuenta la posibilidad de un daño orgánico cerebral, y que continuaban con procedimientos que por sí mismos aportan poca o nula ayuda en estos casos, no por ser malos, sino por el diagnóstico equivocado del que se partió para su tratamiento, por lo que la psicoterapia no obtiene el buen resultado que se espera o se desea.

El continuar investigando impulsó mi deseo de ayudar, ya que estas personas sufren, viven preocupadas y en una gran incertidumbre, porque a veces ni ellos mismos entienden lo que les pasa, diferencia que los distingue de aquellos que tienen problemas de conducta pero sin daño orgánico. Cuando se tiene, viven haciendo esfuerzos por salir adelante sin a veces lograrlo, esto a su vez los desanima y en muchos de ellos se

figura/fondo

presentan miedos importantes por síntomas aparecidos al mismo tiempo de su conducta especial, tales como mareos o dolores de cabeza de distinta intensidad o localización y que inclusive han acudido al médico, y en su infancia al pediatra, sin haber encontrado claridad o solución, con lo que se presenta un factor agregado, que es la angustia.

En la escuela estos jóvenes tienen problemas de diversa índole por el grado de dificultad más elevado para ellos, sus logros los realizan con grandes esfuerzos y sus calificaciones no son equivalentes a su lucha y puede suceder también que elijan equivocadamente su profesión pues sus “deficiencias” o diferencias no les ayudan a decidir adecuadamente.

En el campo laboral les es difícil lograr posiciones óptimas, no por sus esfuerzos sino por tener menos armas para enfrentarse a la competitividad; generalmente están en desventaja, sin tener nada que ver con su capacidad intelectual o habilidades mentales, las cuales pueden estar por arriba de la media o muy superiores

## **ANTECEDENTES**

---

En un estudio del instituto nacional de salud mental en los Estados Unidos de América se mencionan treinta y ocho nombres como “daño cerebral mínimo”, “disfunción cerebral mínima”, “síndrome hiperquinético”, “alteración del impulso” entre otros.

Daño o disfunción son conceptos que se utilizan de forma indistinta, sin embargo se considera que existe daño cuando se utiliza algún procedimiento que evalúa la estructura del sistema nervioso demostrando lesión anatómica.

Daño cerebral mínimo es un nombre que trata de describir la lesión causal del cerebro que pudo haber ocurrido en útero, durante el parto o al poco tiempo de nacido. Cuando no se comprueba, se habla de disfunción.

Clements propuso en 1966 la siguiente definición para la disfunción mínima cerebral, en una reunión de especialistas convocada para esclarecer la terminología que permitiera la identificación del síndrome, así como la posibilidad y validez del diagnóstico:

*Se refiere a un cuadro clínico que se presenta en niños o adultos cuya inteligencia es normal, cercana a lo normal o mayor a lo normal con trastornos en el aprendizaje, conducta de intensidad*

*variable y desviaciones en el funcionamiento del sistema nervioso central expresadas como trastornos de la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, atención, control de impulsos motores o de la función motora.*

*Estas alteraciones parecen estar relacionadas con variaciones genéticas, alteraciones o irregularidades bioquímicas, lesiones cerebrales perinatales o durante los años críticos para el desarrollo y madurez del S.N.C. o por causas desconocidas. (Calderón, 1988, pag.16).*

El Síndrome de Disfunción Mínima Cerebral SDMC se da por la conjunción de ambos. Es un trastorno que sufren quienes muestran una constelación de signos y síntomas relativos a la conducta y al aprendizaje.

Los procedimientos que permiten comprobarlo se integran con la exploración psiquiátrica y física, aplicación de pruebas psicológicas, examen neurológico y electroencefalográfico.

El término “hiperactividad conductual” se ha venido utilizando de manera más común como diagnóstico en estas personas, y posteriormente se pasó al de “dificultades de aprendizaje” debido al éxito paradójico de estimulantes en pacientes cuyo comportamiento parecía necesitar medicamentos sedantes; también por el desarrollo de modalidades terapéuticas en el campo de la educación especial y por el fracaso de la psicoterapia tradicional por sí misma sin apoyo médico especializado.

## **DIAGNÓSTICO**

---

Existe un marco conceptual del SDMC, el cual toma en cuenta que éste puede ser multifactorial y presentarse en varios grados, y que es diagnosticable por los factores orgánicos que ejercen una influencia importante al interactuar con el ambiente y la sociedad, provocando alteraciones de la subjetividad, de la conducta y del organismo y sus funciones.

Se dice que el diagnóstico puede ser conductual como otros de carácter psiquiátrico pero ¿cuáles son los datos que mediante observación y exploración (signos) así como del interrogatorio (síntomas) se pueden dar?.

Existe un cuadro clínico que comprende los siguientes datos de los cuales basta con que la mitad sea identificable para dar el diagnóstico de

figura/fondo

probabilidad del SDMC. (Harmony, 1987, pag.37).

- Hiperactividad no situacional.
- Distractibilidad.
- Hiperreactividad a los estímulos.
- Impulsividad.
- Inconsistencia y conducta impredecible.
- Dificultad para completar tareas.
- Incoordinación.
- Defectos del lenguaje.
- Temeridad [incapacidad para advertir el peligro].
- Respuestas inadecuadas al castigo.
- Rabieta o berrinches.
- Déficits sensorio-perceptivos.
- Incapacidad para aprender de la experiencia.

El diagnóstico del síndrome se justifica cuando están inequívocamente presentes los datos siguientes:

### ***Hiperactividad***

Con las características propias del síndrome, no ocasional o temporal, sino como incapacidad para organizar, regular y controlar la conducta motora, desobediencia patológica e incapacidad para comprender órdenes verbales.

### ***Impulsividad***

En forma de agresión, conducta impredecible por cambios de humor, así como perseveración es decir, dificultad para suspender a tiempo una actividad repetitiva.

### ***Retraso en el desarrollo de habilidades específicas***

Problemas de aprendizaje e inatención.

### ***Sintomatología***

Presente desde antes de los siete años de edad.

### ***Trastornos de la conducta***

Variable, consecuencia de hiperactividad, impulsividad, relaciones interpersonales muy obstaculizadas, baja tolerancia a la frustración; todo esto con ausencia segura de trastornos psicopatológicos.

## **EVALUACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA**

---

Las señales eléctricas cerebrales poseen una gran complejidad y no obedecen a patrones exactos como los observables en el electrocardiograma, debido a la gran variabilidad que sufre el sistema nervioso en su desarrollo por lo que es muy importante tomar en cuenta que el electroencefalograma rara vez muestra evidencia de daño cerebral o disfunción mínima que tenga relación con el trastorno de déficit de la atención o trastorno de aprendizaje, sin embargo el SDMC representa una entidad real y los hechos apuntan hacia la existencia de trastornos funcionales del cerebro, aunque en muchas ocasiones no se registren.

Esto hace difícil el diagnóstico, provocando confusiones o negando su existencia, sin embargo, la realidad es que se presenta un cuadro sintomatológico con datos de enfoque clínico que nos hace suponer que los factores a los que se atribuye una acción, son principalmente orgánicos y de los cuales podemos destacar los siguientes:

Los antecedentes del SDMC se sitúan en etapas tempranas de la vida.

- La cualidad de los síntomas: En especial las dificultades de aprendizaje, problemas visomotores y la dificultad para organizar conceptos relativos a disfunción de ciertas áreas cerebrales.
- Predominio de factores emocionales.
- Incidencia de numerosos signos neurológicos coincidentes con severos trastornos de la conducta.
- Frecuencia de anomalías electroencefalográficas mayor que en otros trastornos de conducta.
- El efecto terapéutico producido por los psicoestimulantes, es distinto de las respuestas sostenidas en cuadros clínicos o de normalidad.

En conclusión el SDMC, en la naturaleza de sus trastornos conductuales, parece estar relacionado principalmente con cambios estructurales sin los cuales los síntomas serían distintos en sus manifestaciones cualitativas. Sabemos que ni el “patrón” es único, ni los datos son “fácilmente identificables” lo cual no demuestra la inexistencia del síndrome sino las dificultades que la clínica ha de enfrentar para identificarlo.

## **LA PSICOTERAPIA GESTALT APLICADA A PERSONAS CON SDMC**

---

Es mi intención en este apartado, poder transmitir mi experiencia en el procedimiento psicoterapéutico gestáltico aplicado a pacientes con SDMC

figura/fondo

con resultados positivos; así como una pequeña explicación de sus características conductuales más relevantes.

Los pacientes con este síndrome, entre otras características, son personas con alta dificultad para concentrarse, tienen reacciones en su conducta de tipo bipolar o polarizadas, es decir son maniaco-depresivos presentando las dos polaridades; o una sola, siendo o muy depresivos, o muy maniáticos y acelerados.

Les cuesta trabajo o son incapaces de aprender de su experiencia, algunos no tienen planeación de vida pues solamente viven el momento sin pensar en las consecuencias, cambian constantemente su foco de atención y son incapaces de complementar tareas; oyen, pero no escuchan; es decir, existe una diferencia significativa entre el comportamiento orientado y el procesamiento de la información; su atención selectiva, contestando a un estímulo e ignorando otros, es muy baja por su gran distractibilidad, no contactan sus sentimientos fácilmente, les cuesta mucho trabajo el “darse cuenta”.

La vida les exige más de lo que pueden dar, por ejemplo en la escuela tienen que ver el pizarrón, escuchar al maestro, escribir y mantener contacto con el ambiente y todo esto al mismo tiempo; lo que para cualquier persona sin este tipo de daño es parte de su vida cotidiana, para ellos es presionante provocando también angustia como factor agregado. Son lábiles emocionalmente, lo que afecta su sociabilización por la falta de adaptación, y esto aumenta su impulsividad o agresividad también presentes.

### **¿Cómo trabajar gestálticamente con ellos?**

He aplicado los siguientes ejercicios en adolescentes y adultos jóvenes, en el entendimiento de que hubo una valoración clínica previa por especialistas, que fueron medicados y tuvieron seguimiento de su trastorno neurológico; requisitos indispensables, ya que de no ser así, simplemente la Psicoterapia Gestalt no funciona.

Al igual que con cualquier persona, lo primero es observar su modo de relación, ajustar el pautamiento o estrategia de trabajo, es necesario demostrar firmeza y al mismo tiempo mucha empatía, acercamiento físico cuidando el lenguaje no verbal y corporal, que en ellos es más expresivo y más inconsciente.

## ***Hiperactividad y distractibilidad o desatención***

*Trabajo de:* Deflexión

*Favorecer:* Atención y concentración

*Ciclo de la Experiencia:* No contacta con sus necesidades, hay insatisfacción constante por dispersión.

Aplicar técnicas supresivas de Naranja: acercadeísmo y manipulación.

Ejercicios:

- Fijar la atención en un solo punto mientras expresa, cuidar de que no la cambie pues es muy fácil que lo haga y de ser así, reflejar y favorecer contacto.
- Hacerlos hablar en cámara lenta, reflejar y favorecer el darse cuenta.
- Pelar una naranja en cámara lenta.
- Hacer sesiones casi a oscuras, con una luz muy tenue por ejemplo la de una veladora.
- Ante su incapacidad de permanecer quietos, pedirles que lo hagan por un rato es decir dando espacios que pueden ir de más cortos a menos cortos y ver que pasa en ellos.
- Como complemento de las sesiones, se les dejan tareas en casa, que hagan cosas de una en una; solamente ver la televisión, solamente comer, no ver la televisión y comer.
- Cuando coman, que lo hagan lentamente tratando de identificar el sabor de los alimentos.
- Hay que tomar en cuenta que estos pacientes tienen poco control personal, inadecuado seguimiento de normas u órdenes, rebasan límites fácilmente y manifiestan rechazo a la autoridad, por lo tanto, hay que tratarlos “muy suavemente” estableciendo buen rapport, con mucha empatía pero a la vez marcando límites claros. Tienden a desertar, con facilidad faltan a sus consultas, y esto marca la necesidad de establecer un encuadre claro de trabajo con hincapié en la disciplina y en el compromiso con el terapeuta.
- El buen procedimiento favorecerá el apoyo que necesitan en su débil estructura y les dará soporte emocional.

## ***Introversión, aislamiento y emocional***

*Trabajar:* Retroflexión.

*Favorecer:* La energía hacia afuera, trabajar en la rigidez de fronteras, hacer que exprese.

*Ciclo de la Experiencia:* Es posible que exista ciclo falso y puede haber también represión ideológica o asunto inconcluso.



figura/fondo

*Aplicar* las técnicas expresivas de Naranjo.

La depresión es un síntoma frecuente en este tipo de clasificación conductual y en general en los pacientes con SDMC, sufren ante su incapacidad de expresión o por la incomprensión de sus reacciones, quieren ser de distinta manera y no lo pueden lograr, hay algo, como ellos lo dicen, que se lo impide, y se deprimen.

El estado depresivo varía en grados y categorías, lo que hace necesaria la intervención del médico tratante de su disfunción para evitar riesgos mayores que caen fuera de la competencia del psicoterapeuta.

### ***Conducta impulsiva***

Es una de las pautas de conducta más difíciles de tratar y que además implica fuerte riesgo por la posibilidad de ir acompañada de actitudes autodestructivas o de daño a los demás.

Cuando va aunada a la distractibilidad, influye en el aprovechamiento escolar y también tiene fuerte impacto en otras de las actividades de la vida diaria. Las manifestaciones de impulsividad se pueden agrupar en cuatro categorías (Kinsbourne y Caplan, 1979.)

- Conducta motora inapropiada.
- Solución de problemas deficiente.
- Interacción social limitada.
- Estilo emocional distinto a las personas sin SDMC.

Estas cuatro categorías se deben tomar en cuenta para tener el cuadro apropiado de la situación del paciente que estamos tratando y nos ayudará a encontrar nuestra mejor estrategia de trabajo.

La falta de control de impulsos no tiene la misma importancia en las distintas edades de la persona, debido a que la conducta motora es más prominente en la edad temprana y puede disminuir conforme el niño crece y entra en la adolescencia; sin embargo, cuando no se ha trabajado en ella, la persona puede llegar a la edad adulta haciéndola más difícil de superar.

En esta categoría de conducta impulsiva las personas, por la posibilidad de llegar al daño físico fuerte hacia ellos o a los demás, sufren mucho dolor, sobre todo cuando esta agresión es hacia un ser querido, lo que agrega culpa al dolor.

En estos casos puede funcionar apoyarse en esa culpa, que la contacten y la sientan de fondo con todo el dolor que les causa, pues esta culpa no se maneja igual que en los introyectos, aunque están presentes. Ella es precisamente el apoyo para contactar con su sentimiento de dolor, la causa que lo obligó a esto, darse cuenta de lo que pasó en ese momento, qué le hizo cometer la agresión y, aunque esta conducta es involuntaria, el darse cuenta completo ha ayudado a este tipo de pacientes a una mejor comprensión de sí mismos.

Recordemos que están siendo medicados por el neurólogo y esto ayuda de forma importante en su tratamiento. En general los pacientes van disminuyendo dichas pautas de conducta impulsiva con este modo de trabajo.

Otra característica presente en la mayoría de estos pacientes es la alteración del ciclo del sueño presentando períodos extraordinariamente cortos o de frecuentes interrupciones durante la noche. Puede suceder también que no se den cuenta de su necesidad de dormir más, debido a que se sienten con la capacidad y la energía completas. Se deben favorecer períodos más largos de sueño, lo cual les ayudará a no responder con tanta exageración a los estímulos o a disminuir su conducta buscadora de los mismos.

En lo referente a interacción social en la conducta impulsiva, las relaciones interpersonales son inapropiadas, pues tienden a imponerse a los demás; son bruscos y, por ende, rechazados; no aprenden de esto, simplemente no se dan cuenta de cómo lo hacen. En su estilo emocional, su comunicación es superficial y defensiva, y aparece a menudo nuevamente la depresión acompañada con baja autoestima. Además, mienten con facilidad de manera continua, muestran poca empatía por los sentimientos de los otros, son egocéntricos, con déficit en conservar o hacer relaciones duraderas pero con la necesidad de lograrlas; les cuesta trabajo llegar a realizar el matrimonio y, si lo hacen, lo pueden truncar, sufriendo y haciendo sufrir.

Gestálticamente ayuda sentir el dolor del rechazo, que se den cuenta de lo que hicieron y, en su sentimiento de victimización, favorece trabajar la proyección.

### ***Dificultad para completar tareas***

Es necesario trabajar con el fracaso, sus consecuencias, favorecer el conocimiento de sus habilidades y respaldarse en ellas.

figura/fondo

*Ciclo de la Experiencia:* Favorecer que contacte con su sensación de satisfacción cuando hay logro durante el proceso de asimilación y propiciar el aprendizaje significativo.

## **PRONÓSTICO Y PREVENCIÓN DEL SDMC**

---

¿Cuál puede ser el futuro de una persona con SDMC? Esta es la pregunta que con frecuencia atormenta a los padres, quienes viven junto con sus hijos día tras día las consecuencias de sus conductas, y para los cuales la búsqueda de la respuesta se convierte en una obsesión, a medida que ensayan un doctor tras otro, pruebas y más pruebas en donde se les dice, en algunas ocasiones, su situación presente y ¿ qué hay del futuro? Necesitan saber cual es el pronóstico, si su hijo podrá terminar una carrera profesional o si necesitará medicación toda su vida, si podrá superar sus conductas impulsivas o si podrá casarse. Son dudas que comparten también los que sufren el SDMC.

Cabe mencionar que la esencia de una buena salud pública es una buena prevención, y el hecho de saber que un gran número de niños diagnosticados y atendidos adecuadamente puede mejorar, y que aun en edades más avanzadas también se puede lograr esta mejoría, les da esperanza y aliento, y se convierte en un estímulo para proporcionarles ayuda.

Existen algunos índices pronósticos generales que se pueden aplicar a casi todos los niños o adultos problema, y midiendo estas variables es posible predecir un resultado favorable o desfavorable (Renshaw,pag.123). Estos son:

1. Aprovechamiento escolar tendiente a ser satisfactorio con C.I. promedio o por encima del promedio.
2. Adaptación social no muy deteriorada y con familia de soporte.
3. Desarrollo y ajuste emocional tendiente a ser adecuado.

En estos tres factores, se deben considerar por separado el comportamiento motor hiperactivo, la distractibilidad y la impulsividad, para ver de qué lado de la balanza se predice el resultado y más o menos a qué plazo. A todo esto debe también añadirse, en muchos de los casos, el nivel socioeconómico, por la participación de varios especialistas, estudios y medicamentos.

La mayoría de los neurólogos y psiquiatras que han atendido durante largo plazo a personas con el SDMC, opinan que mejoran sustancialmente al ser

tratados de manera adecuada y oportuna, por lo que pueden inclusive dejar la medicación al tener un manejo más adecuado de su conducta. Algunas dificultades perceptuales o de distractibilidad tienden a permanecer, pero no son invencibles. Tales progresos generalmente se acompañan de un aumento en la autoestima, así como de signos de madurez e independencia, soportes importantes para la superación de la persona.

En conclusión y de manera general, podemos hablar de un buen pronóstico para las personas afectadas por el SDMC, en el cual la Psicoterapia Gestalt puede tener una aplicación de gran relevancia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---

**CALDERÓN**, G. Raúl. (1988). *EL NIÑO CON DISFUNCIÓN CEREBRAL. Trastornos del lenguaje, aprendizaje y atención en el niño*. Editorial Limusa. México D.F.

**HARMONY**, Thalía y **ALCARAZ**, Víctor Manuel. (1987) *DAÑO CEREBRAL Diagnóstico y Tratamiento*. Editorial Trillas. México D.F.