



UADY
FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

**ELABORACIÓN DE UN DUELO PARA LA
REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE TDAH EN UN NIÑO
DE 11 AÑOS MEDIANTE EL ENFOQUE
PSICOANALÍTICO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA APLICADA EN EL
AREA DE CLINICA INFANTIL**

**PRESENTA
LIC. EN PSIC. JANET ALEJANDRA CASANOVA
PENICHE**

**DIRECTOR
MTRO. JESÚS ESTEBAN SOSA CHAN**

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

SEPTIEMBRE 2016

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.333658 durante el periodo agosto 2014-julio 2016 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Agradecimientos

A todas las personas que estuvieron en este recorrido acompañándome y guiándome hacia este logro alcanzado.

Le agradezco a mi familia por estar motivándome y mantenerse pendiente de cada paso en el recorrido de la maestría.

A Omar por el amor que día a día cosechamos, lo que ha hecho más sencillo el camino hacia el éxito.

Al profesor Jesús Sosa por compartir sus conocimientos y tener un espacio disponible para atenderme a lo largo de la maestría.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción.....	6
1.2 Justificación.....	8

CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1 Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad.....	11
2.2 Causas del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad.....	17
2.3 Una mirada psicoanalítica sobre el Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad.	18
2.4 Acerca de la evaluación de la sintomatología del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad.....	20
2.5 Acerca de las consecuencias del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad....	21
2.6 Tratamiento.....	23
2.7 El duelo desde la mirada psicoanalítica.....	24
2.8 Consideraciones desde Winnicot acerca de las relaciones objetales.....	28
2.9 Teoría del apego de Jonh Bowlby.....	30
2.10 Terapia de juego.....	32
2.11 Fase de latencia del desarrollo psicoesual	33

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Motivo de consulta.....	35
3.2 Datos generales.....	35
3.3 Descripción del sujeto.....	35
3.4 Hipótesis de trabajo como terapeuta.....	36
3.5 Objetivo general.....	36

3.6	Objetivos específicos.....	36
3.7	Definición de términos.....	36
3.8	Instrumentos implementados.....	38
3.9	Técnicas implementadas.....	39
3.10	Diseño de intervención.....	40
3.10.1	Objetivo general.....	41
3.10.2	Objetivos específicos.....	41
3.10.3	Descripción del escenario.....	41
 CAPÍTULO 4: RESULTADOS		
4.1	Historia clínica.....	42
4.2	Pruebas.....	47
4.2.1	test de la figura humana de Koppitz.....	47
4.2.2	Test del dibujo de la familia.....	49
4.3	Psicodinamia.....	51
4.4	Sesiones terapéuticas.....	58
 CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES		
5.1	Alcances y limitaciones.....	84
REFERENCIAS.....		101
APÉNDICE.....		109

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Se han hecho investigaciones para el diagnóstico e intervención del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y se han obtenido resultados que apuntan a que el tratamiento cognitivo conductual es el que tiene mayores beneficios en el tratamiento de niños con TDAH, por lo que es ampliamente recomendado.

Diversos estudios (Ramírez, 2015, Loro, et al., 2009, Txakartegi y Fernández, 2006) afirman que el tratamiento cognitivo conductual es el más recomendado ya que tiene como objetivo un entrenamiento con técnicas de modificación de conducta, que propician la disminución de los comportamientos inadecuados, así como el aprendizaje de estrategias para organizarse mejor.

Lo anterior muestra un panorama de que el niño con TDAH recibirá por medio de la terapia cognitivo conductual una intervención en la conducta y pensamiento relacionadas con la sintomatología del TDAH, dejando atrás la parte emocional de los niños y niñas que son diagnosticados con este trastorno.

Nos hemos olvidado de la vida interna de los niños con TDAH, proponiendo para la intervención, técnicas que estén centradas en la reducción de las conductas por medio de ejercicios estructurados, sin aventurarnos a conocer lo que hay en la historia personal del sujeto para así hacer una intervención más amplia.

La presente investigación se realizó desde la perspectiva psicoanalítica mediante el estudio de caso de un niño de 11 años de edad, que permitió abordar un duelo no elaborado que se anuda a dificultades de vinculación y a su vez estarían acentuando los síntomas del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Para ampliar el estudio del Déficit de Atención con Hiperactividad nos hemos propuesto abordarlo desde el motivo manifiesto y latente para obtener información del inconsciente y del contexto que rodea al sujeto, abarcando un panorama global, lo que hará que en terapia se aborden los síntomas del TDAH con el apoyo del material inconsciente.

Como es conocida, la psicoterapia psicoanalítica puede considerarse una actividad para favorecer lo pensante, emocional, vinculante, entre otras, que ayuden a la persona a generar diferencias en la vinculación previa y así corregir su historia (Bleichmar, 1997 y Fiorini, 2013), en los casos de niños con TDAH los síntomas manifiestos se anteponen y no se abordan los motivos latentes que ayudarían a favorecer tanto el área conductual como otras áreas que fomentarían la resolución del conflicto en la vida psíquica del infante.

Teniendo en cuenta que el sujeto tiene 11 años, nos encontramos con la dificultad de ubicarlo en una etapa de preadolescencia, adolescencia temprana o fase de latencia, ya que es discutida la duración de cada una y los cambios que se presentan son diferentes para cada sujeto (González, Romero y Tavira, 2011).

La etapa en la que se encuentra el sujeto se caracteriza “por un aumento cuantitativo en los impulsos, el niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar” (González, Romero y Tavira, 2011), para Freud esta etapa está caracterizada por “la desgenitalización de las relaciones objetales” y se obtienen “aspiraciones morales y estéticas” (en López, 2007, p.7).

Desde esta perspectiva podemos observar que el niño de 11 años cuenta con una historia personal, un diagnóstico de TDAH y se encuentra en la fase de latencia, o preadolescencia, por lo que nos hemos propuesto abordarlo a partir del análisis de estas características individuales desde el psicoanálisis y la terapia de juego psicoanalítica.

Se pretende que en la terapia pueda suscitarse una “regresión al servicio del yo”, donde el sujeto haga una regresión terapéutica para poder hacer un recorrido donde el desarrollo se interrumpió y así recorrerlo nuevamente para actualizar esa interrupción (Bleichmar, 1997).

Entonces al encontrarnos con un niño con síntoma de TDAH, que está pasando por un duelo patológico, se propiciará un ambiente seguro que, a su vez, provea un vínculo seguro con la madre reparando las dificultades que se hayan presentado durante la infancia, ya que al vivir una pérdida de objeto importante, pudo encrudecer los síntomas como respuesta a las angustias que estaban ocultas por medio del objeto perdido, ya que éste cumplía un rol de defensa simbiótica, lo que hace que el niño funcionara con la fusión del otro (Bleichmar, 1997).

En conclusión, se habla de mediar entre la técnica analítica y la conducta manifiesta (Freud, 1992) debido a que en la actualidad se hace uso de diferentes tipos de terapia, entre los destacados con evidencia de mayor eficacia están la terapia conductual, el entrenamiento a padres y el entrenamiento en habilidades sociales (Serrano, Guidi y Alda, 2013), esto hace que al intervenir únicamente en la parte de conducta manifiesta los resultados puedan ser a nivel de la consciencia únicamente, y como Freud expresa, los psicoanalistas no están interesados en los datos de la conducta por sí solos, sino que también existen materiales que están en el preconscious e inconsciente que solo pueden ser accesibles después de ser sometidos a las deformaciones de la censura (Álvarez, Escoffié, Rosado y Sosa, 2016).

1.2 Justificación

Autores como Presentación, Pinto, Meliá, y Miranda, (2009), sugieren que el estudio del TDAH ha tomado importancia en la última década debido a que ha tenido

consecuencias negativas en el área familiar, escolar, la prevalencia ha ido en aumento y existe una alta frecuencia de comorbilidad, así como también Mannuzza, Klein y Moulton afirman que el trastorno se asocia con conductas adictivas y de delincuencia en estudios de seguimiento (Presentación, Pinto, Meliá, y Miranda, 2009) y como consecuencia en la actualidad existe un debate sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento.

Existe una apertura parcial de la inclusión de la psicología en la comprensión de lo biológico en el TDAH, como al formar parte del tratamiento y diagnóstico, sin embargo la neuropsicología como rama de la psicología es la que tiene conexión con lo biológico y ya que el TDAH surgió como parte de un diagnóstico médico de los neurólogos y psiquiatras, lo psicológico quedó fuera de la comprensión y parte del tratamiento (Hernández, 2009).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, 2014 en la actualidad el 5 % de los niños a nivel mundial padece el Trastorno, este trastorno no solo afecta a los niños que lo padecen, sino que el sistema familiar se ve inmerso en una serie de consecuencias que pocas veces son investigadas (DSM V, 2014). Dejando en evidencia así la importancia de la función paterna y materna que se instaura en la vida psíquica del infante a través del vínculo primario con sus primeras relaciones objetales.

Existen variantes en las estadísticas que se aportan sobre el TDAH, no hay datos oficiales (López y Zambrano, 2012), sin embargo, según el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2009) un cinco por ciento de la población infantil en América Latina se encuentra afectada por el Trastorno.

Al investigar sobre el número de niños y adolescentes en México afectados por este Trastorno, se encontró que en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2006) se reporta una prevalencia del 5 al 6 por ciento de la población entre 6 y 16 años de

edad. Lo que significa que, en México existen aproximadamente 1,600,000 niños con TDAH.

Las características propias del trastorno, llevan a los niños a enfrentarse a situaciones que atentan contra su bienestar físico, psicológico y emocional, tales como fracaso escolar, baja autoestima, inseguridad afectiva, baja tolerancia al esfuerzo y frustración, entre otros (Zuliani, Cardona y Cornejo 2009). Al respecto, Anastopoulos, Smith y Wein (1998) señalan que estas dificultades a su vez, llevan a los padres a experimentar una serie de consecuencias emocionales (en Korzeniowski e Ison 2008), McLaughlin y Harrison (2006) y manifiestan que existen sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental (en Presentación, Pinto, Meliá, y Miranda 2009). Igualmente Chazaud (1979) indica que se sabe que el niño está expuesto a cierto número de demoras, promesas, esperanzas, deseos e interrogantes que la familia trasmite a éste, por lo que es importante que en el trabajo terapéutico se incluya a la familia para crear alternativas de educación y reeducación como parte de la técnica de este proceso.

Por tanto, el vínculo es sumamente importante en niños con TDAH, debido a que como postulan Cantón y Cortés (2011), el apego puede influir en la respuesta de los niños a las amenazas, desafíos y éstos son capaces de enfrentarlos en la medida que sus padres proporcionen seguridad, así mismo, el vínculo ambivalente desarrolla una estrategia hiperactivante que los hace estar en constante vigilancia. Winnicott por su parte explica que la hiperkinesia y la falta de atención tienen que ver “con alguna carencia en el paso del niño o la niña por el proceso de omnipotencia, es decir, la agitación, la hiperkinesia y la falta de atención son consecuencias propias de la dificultad de ser y sentirse cuidado y

protegido lo que más tarde se llamará incapacidad para concentrarse” (Zuluaga, 2012, p.24)”.

Finalmente Uribe (2007) considera la importancia del discurso del niño (en Zuluaga, 2012) y Zuluaga (2012) a su vez, menciona que el discurso de los padres es también de gran importancia, esto ubica al síntoma del TDAH en otro plano de comprensión, ya que otras posturas se encargan de caracterizar al niño y la niña desde lo externo, y desde la postura del psicoanálisis el interés se centra en cómo se encuentra configurado su inconsciente, es decir, sus vivencias, lo que siente, piensa y viven los niños, así como el vínculo establecido con los padres o cuidadores de éstos.

Objetivo general

Aplicar la terapia psicoanalítica para elaborar un duelo patológico mediante el fortalecimiento de la relación entre madre e hijo.

CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES TEÓRICOS

2.1 Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) históricamente ha sido considerado como un trastorno de la infancia (Gómez, Senties, Almeida, Ortiz, Peña y Palacios (2007). Este trastorno es del autocontrol, no es posible mantener la atención y existen problemas para controlar los impulsos y el nivel de actividad (Barkley, 2011).

El DSM V (2014) postula que el Trastorno Déficit de Atención/ hiperactividad (TDAH) es un trastorno con patrones continuos de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que a su vez interfieren con el funcionamiento o desarrollo.

La inatención se caracteriza por manifestaciones conductuales como la desviación en las tareas, la falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se deben a un desafío o a la falta de comprensión. La hiperactividad es manifestada por medio de la actividad motora excesiva cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos. La impulsividad hace referencia a las acciones apresuradas que son producidas en el momento, sin reflexión y esto crea riesgo para la persona, ya que puede dañarse; también puede reflejar el deseo de recompensas inmediatas o falta de capacidad para retrasar la gratificación (DSM V, 2015).

Los niños en edad preescolar, son descritos por sus padres como intranquilos, que están siempre en movimiento, como si tuvieran un motor y que suben y trepan por todas partes, además son persistentes en sus demandas, exigen atención exagerada a los padres y a frecuentemente insaciables en la curiosidad hacia el medio (Barkley, 2011).

A continuación se presentan los criterios diagnósticos que el DSM V propone:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.

(Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

A pesar de que estos son los criterios establecidos para su diagnóstico, para el DSM V (2014) es indispensable que los síntomas inicien en la infancia y que estas manifestaciones se den en diversos contextos en los que se desenvuelve la persona, aunque estos síntomas pueden variar según el contexto. Así mismo, la CIE- 10 expone que existen síntomas asociados, estos pueden variar según la edad y/o el estado evolutivo. Y los que menciona son la desinhibición social, la conducta temeraria, accidentes frecuentes, quebrantamiento impulsivo de normas sociales, baja autoestima, problemas escolares, coexistencia de torpeza motora y/o trastornos de aprendizaje, rechazo de compañeros y alteraciones del comportamiento (Jara, 2009).

Es importante señalar que el diagnóstico en niños, adolescentes y adultos, sólo puede y debe realizarse por un profesional en la salud mental (es decir, psicólogo, psiquiatra, paidopsiquiatra, neuropediatra, etc.). No existen pruebas de laboratorio, o exámenes radiológicos o electroencefalográficos con los que se haga el diagnóstico. El diagnóstico se hace a través de una evaluación clínica (Gómez, et. al. (2007).

2.2 Causas del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad

Se han argumentado diversas causas, entre algunas de estas están que el TDAH podría existir como una serie de comportamientos que pueden ser interpretados de acuerdo al contexto cultural, estas conductas pueden corresponder a los patrones culturales y patrones determinados por el entorno y no como un desorden biológico (Leavy, 2013).

Mas (2009) menciona que las pruebas neurológicas no han podido tener elementos concretos para el diagnóstico del trastorno. Peña expone que ningún marcador biológico es

diagnóstico para el TDAH, sin embargo, en un grupo de comparación se observaron electroencefalogramas con aumento de las ondas lentas, un volumen cerebral total reducido en las imágenes de resonancia magnética y posiblemente un retraso en la maduración del cortex desde la zona posterior a la anterior, aunque es importante aclarar que éstos no son hallazgos diagnósticos (2000).

Para Raya (2008) también pueden ser de tipo genético y/o de tipo biológico, Ayala, Vega, López (2013) afirman que el TDAH está “caracterizado por anomalías en una amplia variedad de regiones cerebrales, agregando que la neurobiología actual ha enfatizado que “los mecanismos moleculares de la herencia son concluyentes para poder comprenderla”, ya que, “la idea básica es que no se heredan las conductas, sino que es el ADN el que codifica proteínas” (p.71).

Asherson, Bock y Braun, Del Campo, Chamberlain, Sahakian, y Robbins en Jarque (2012) aportan que existe evidencia de que el TDAH es de origen genético y biológico, pero hacen énfasis en que los factores ambientales intervienen en el pronóstico de éste.

Finalmente, Faraone et al., Pinto, Meliá y Miranda en Presentación, (2009) especifican que aunque este Trastorno tiene un alto porcentaje de heredarse, la manera en que se desarrolla difiere de las experiencias que se tienen en los contextos sociales, en particular la familia.

2.3 Una mirada psicoanalítica sobre el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

En la teoría psicoanalítica no es posible encontrar específicamente conceptos que se relacionen directamente con el TDAH, sin embargo, hay conceptos que desde esta mirada dan cuenta de la constitución del niño como sujeto, la relación con otros y la apropiación de

su propio cuerpo. A continuación se enunciarán algunas de las consideraciones que se han tenido para dar una explicación del TDAH:

Una de las áreas que se han vuelto fundamentales en el estudio del TDAH desde esta mirada, es el vínculo y las relaciones objetales, ya que se afirma que al estudiar el origen de las relaciones internalizadas del pasado, se puede considerar que esas sean relacionadas con las relaciones interpersonales del presente (Kernberg, 1979), lo que lleva a considerar clave el estudio de las relaciones objetales para dar explicación a los síntomas relacionados con el TDAH.

Como se sabe los niños con TDAH tienen poco control de los impulsos, las respuestas que dan al medio son inmediatas, parecen estar distraídos y no conectados con el medio exterior, por ende los expertos han afirmado que este trastorno pudiera estar relacionado con el desarrollo de un apego inseguro, teniendo en cuenta que los niños que establecen éste tienen síntomas similares a los niños con TDAH, compartiendo un déficit en la autorregulación, así como el poco control de los impulsos (García e Ibañez, 2007 & Cantón y Cortés, 2011). En comparación con los niños que han establecido un apego inseguro, se encuentran los que se caracterizan por haber establecido un apego seguro, estos niños tienen un efecto positivo como el desarrollo de competencias que un niño con TDAH carece cuando no es tratado.

El apego seguro es quien llevará, según investigaciones, a una capacidad de regulación emocional, que minimizará el estrés y guiará a la aceptación y cambio de emociones negativas y reforzamiento de las positivas (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casulto, 2006) y que el niño con TDAH carece de esto.

Así mismo, Bowlby (1980), en Vega (2010) hace énfasis en que la privación de cuidados maternos en los niños es un factor determinante de la salud mental, encontrándose

entre estos la formación del vínculo. En la literatura psicoanalítica podemos encontrar el uso del concepto “trastornos por déficit” que describe a diferentes patologías que se les atribuye como etiología la falla en el medio que rodea al sujeto para procurarle lo que necesita en las etapas de su desarrollo y como consecuencia puede detenerse el desarrollo de algunas capacidades; para dar explicación más precisa, “el sujeto se ha constituido con un déficit en el sentimiento de seguridad básica por falla del ambiente en proveérselo” (Bleichmar, 1997).

Winnicott por su parte explica que la hiperkinesia y a la falta de atención tienen que ver “con alguna carencia en el paso del niño o la niña por el proceso de omnipotencia, es decir, la agitación, la hiperkinesia y la falta de atención son consecuencias propias de la dificultad de ser y sentirse cuidado y protegido lo que más tarde se llamará incapacidad para concentrarse” (Zuluaga, 2012, p.24)”.

Apuntan a que lo que el niño hiperactivo afronta es una dificultad que proviene de la relación con su entorno primario, con los primeros objetos. Al respecto, desde el psicoanálisis Kernberg (1979) menciona que el estudio de las relaciones objetales, nos ayudará a comprender psicopatologías graves, la formación del yo y superyó, la internalización, entre otros.

Otra explicación al TDAH, es la de comprender el mito familiar, que a través de él podremos comprender lo que es el niño, pensando en que los niños comunican a través del TDAH lo que los padres han organizado en él, es decir, los significantes que representan al niño. Los síntomas del TDAH que se ubican en los niños, también se pueden aplicar al contexto familiar, los niños se caracterizan por la falta de límites, pero en el entorno familiar también se pueden observar estas características, como la falta orden, autoridad, contención de los miembros; es entonces cuando el psicoanálisis permite cuestionar si estos

síntomas manifiestos se encargan de sacar a la luz cuestiones internas como la relación con su madre y la adquisición de su propio cuerpo (Bugueño y Pardo, 2007).

Así como se han enunciado las explicaciones anteriores, podremos encontrar variedad de explicaciones para este trastorno, o lo que en psicoanálisis llamarían los síntomas que se encuentran presentes en los sujetos, dándole una explicación al origen y cómo esto tiene relevancia en el presente, lo que pone en hincapié el análisis de la historia del sujeto y cómo ha internalizado las relaciones objetales para dar explicación a las conductas que estén manifiestas perturbando su presente.

2.4 Acerca de la evaluación de la sintomatología del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad

Si bien para realizar el diagnóstico, actualmente se han planteado revisar varios aspectos exhaustivamente, entre éstos el historial médico, escolar, comportamental, social y del desarrollo del niño, así como observaciones y la aplicación de una batería de pruebas (Kapalka, 2007). Sin embargo, a pesar de los amplios estudios realizados, Mas (2009) menciona que en la actualidad no existen instrumentos específicos para el diagnóstico del TDAH; lo cual continúa siendo una limitante para el diagnóstico clínico. A su vez refiere que hay escalas como Conners de 1973 que ayuda a identificar y cuantificar algunas manifestaciones del Trastorno, sin embargo, puntualiza la importancia y beneficio de considerar la información proporcionada por los padres y profesores. Por ende, aunque existan diversas escalas para la obtención de información, ninguna de éstas ha podido dar un diagnóstico definitivo.

2.5 Acerca de las Consecuencias del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad

Acorde a lo señalado anteriormente y postulado desde la mirada psicoanalítica, el síntoma de TDAH, no se encuentra aislado ni delimitado a los criterios conductuales, por

el contrario encuentran su causalidad e impactan en todas y cada una de las áreas de desarrollo del infante. A continuación se mencionan, algunos síntomas asociados que han sido mencionados por diferentes autores. En este sentido, acompañan y reflejan la conflictiva psíquica presente en el infante, para pensarlas y abordarlas no como conductas aisladas sino asociadas a las dificultades emocionales por las que atraviesa el infante.

Los niños que son diagnosticados con este trastorno presentan problemas para adaptarse a la escuela y el tiempo para realizar las actividades escolares se prolonga, en los padres hay quejas de que los niños no aceptan las tareas y responsabilidades de la casa (Barkley, 2011).

Todo esto los lleva al fracaso escolar, inseguridad afectiva, baja tolerancia al esfuerzo y frustración, entre otros (Zuliani, , Cardona y Cornejo 2009). El niño que percibe el rechazo social por sus pares, desarrolla una baja autoestima (no en todos los casos), entre los siete y diez años de edad, de los cuales, el 30% al 50%, de estos niños comenzará a presentar conductas disociales, tales como mentiras, pequeños robos y resistencia a la autoridad. (Barkley, 2011).

Otros autores como Anastopoulos, Smith y Wein en Korzeniowsk e Ison (2008), afirman que observaron que los niños con TDAH experimentan sentimientos de fracaso, incapacidad, desmotivación por aprender, síntomas depresivos, ansiedad y un comportamiento oposicionista-desafiante, y agregaron que los padres suelen manifestar frustración, tristeza, culpa, un sentido de pobre competencia parental y baja autoestima (Presentación, 2009).

En la adolescencia, un 30% de estos casos puede presentar abuso de sustancias como el alcohol o la marihuana, un 58% ha repetido algún curso escolar, se encuentran por debajo de la norma en aritmética, lectura y escritura; existen otros aspectos que pueden

presentarse, como tristeza, depresión, baja autoestima, desconfianza en el éxito, preocupación por terminar sus estudios académicos y finalmente preocupación por la aceptación social (Barkley, 2011).

Así como en los niños existen consecuencias, también los padres experimentan una serie de consecuencias emocionales, McLaughlin y Harrison (2006) manifiestan que existen sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima e insatisfacción con su rol parental (en Presentación, Pinto, Meliá & Miranda, 2009).

En las madres existe una disminución de la confianza al darse cuenta que las pautas que se llevan con niños sin TDAH son menos eficaces en su hijo, expresan que la edad preescolar ha sido la etapa más estresante y difícil como padres (Barkley, 2011).

También se atribuyen ser menos competentes en el desempeño de su papel de padres y consideran que la calidad de vida es poco satisfactoria. Otra de las consecuencias que Roselló, García, Tárraga y Mulas (2003) mencionan que al estar expuestos a críticas por el comportamiento de sus hijos les provoca aislarse (en Presentación, Pinto, Meliá & Miranda, 2009).

Las personas que se ocupan del cuidado de los niños con TDAH frecuentemente sucumben ante la frustración de su imposibilidad de contener o responder a las necesidades intempestivas y cuidados que éstos les demandan constantemente, en consecuencia, en numerosas ocasiones los niños son finalmente expulsados de las escuelas (Barkley, 2011).

2.6 Tratamiento

Existen diversos tipos de tratamiento, entre éstos está la medicación, con diagnóstico e intervención entre pediatras y psicólogos (Kapalka, 2007); empero diversos autores, tal como Delgado, Rubiales, Etchepareborda, Bakker y Zuluaga (2012) exigen la necesidad de intervenir con un tratamiento multimodal, este incluye lo farmacológico o no

farmacológico, terapia individual con el niño y orientación psicosocial, la que se focaliza en orientación a los padres y docentes en la comprensión y atención del niño.

El abordaje del TDAH por medio de la terapia psicoanalítica se convierte en un síntoma que debe ser interpretado, encontrando las causas inconscientes de esta conducta (Chávez, 2014) y así mismo Vasen (2007) refiere que la intervención psicoanalítica intentará deconstruir los síntomas (en Chávez, 2014).

Partiendo de que la terapia estará llevada bajo un enfoque de terapia de juego psicoanalítica, recordemos a Duhrrsen (1976, p. 265) quien afirmaba que todos los analistas de niños tienen como objetivo “la disolución ansiedades y reacciones represivas, a una mejor elaboración o integración de las tendencias e impulsos, a un esclarecimiento de la posición frente a los padres, a una adaptación mejor a la realidad, mayor capacidad de soportar tensiones, etc.”, la terapia analítica aborda diferentes aspectos que involucran lo afectivo en el niño (Duhrrsen, 1976).

Así mismo, Sperling (1993) afirma que para intervenir en los desórdenes que implican una conducta desinhibida (indisciplinada) en niños se han utilizado técnicas psicoanalíticas modificadas que se basan en comprender el rol terapéutico del analista, que será el apoyo al yo del niño, que consiste en integrar los impulsos conflictivos en el yo y fortalecer su función sintética; esto es capaz de lograrse si se conocen en el individuo las motivaciones que lo llevan comportarse de diversas maneras (Álvarez, Escoffié, Rosado & Sosa, 2016) y como Freud (1992) expresó, los psicoanalistas no están interesados en los datos de la conducta por sí solos, sino que también existen materiales que están en el preconscious e inconsciente que solo pueden ser accesibles después de ser sometidos a las deformaciones de la censura (Álvarez, Escoffié, Rosado & Sosa, 2016).

Para realizar intervenciones con niños desde este enfoque es utilizada la terapia de juego, y mediante esta “el niño expresa sus fantasías, sus deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos”, al emplear esto el juego es una forma de hablar por medio de la asociación (Klein, 1987, p. 27), teniendo esto en cuenta el psicoanalista que trabaja con materiales latentes, reprimidos e inconscientes que deben ser traídos a la consciencia tiene que mediar entre la técnica analítica y la conducta manifiesta y ostensible (Freud,1992).

2.7 El duelo desde la mirada psicoanalítica

A continuación se describen conceptos para la comprensión del duelo (Bleichmar, 1997):

Cuando sucede la muerte de un ser querido se presentan sentimientos de culpa y los recuerdos abundan, los pensamientos del daño que se le hizo, los cuidados que no recibió, el sufrimiento que vino después de la muerte y todo lo anterior hace que se incrementen los sentimientos de pena, en algunos casos la identificación con el sujeto muerto hace que la persona se ponga en el lugar de éste.

El duelo no elaborado se presenta ante dos condiciones en la persona cuando muere alguien, la culpa y la ofensa narcisista; si partimos de la culpa que siente el sujeto, el dejar de pensar en el muerto puede verse como traición o pérdida de fidelidad hacia él, lo que obliga a la persona a mantenerse en contacto con él y sufrir su ausencia, al seguir con esta pena como defensa ante la culpa. Y como ofensa primaria, se activa el odio en contra de lo perdido para intentar erradicar el lugar que ocupa como juez supremo de la valía de la persona; esto puede generar que la vida del sujeto se estructure alrededor de la desvalorización del objeto perdido, manteniendo su atención en él.

Es entonces que al ocurrir la muerte de un ser querido no es posible elaborar esta pérdida, ya que se presenta la muestra de que, en el pasado de la persona hubo pérdidas que por la inmadurez emocional y yoica hicieron quedar al sujeto sin posibilidad de reaccionar y solamente contemplar pasivamente la pérdida.

Al contemplar la función que cumplía el objeto perdido, podemos darnos cuenta que si el objeto era indispensable para lo psíquico del sujeto, al no estar presente surgen angustias que antes el objeto perdido contribuía a contrarrestar y ocultar; en estos casos el rol del objeto perdido es el de objeto de la defensa simbiótica, lo que indica que es un complemento del psiquismo y que éste solo funciona con la fusión de otro. La búsqueda compulsiva del objeto de la defensa simbiótica puede ser porque cumplía con dos funciones, la narcisizante o la de objeto transformacional. La primera se refiere a un objeto que hace surgir autoestima por estar unido al narcisismo de la persona. La segunda aporta un cambio al estado afectivo del sujeto, lo que lo vitaliza, activa deseos que sin el objeto no surgirían.

Otra función que puede tener el objeto es la de crear la seguridad básica, puede ser que para el sujeto sea quien le de autoconservación, como cuando los padres son mediadores entre la realidad y las necesidades pulsionales de su hijo. Una última función que puede cumplir el objeto es la de crear sostén de la cohesión del self, lo que se refiere a la organización de la identidad del sujeto, a la repetición de patrones de funcionamiento como la actividad mental, esta pérdida puede causar el malestar en la coherencia mental, así como en la identidad, lo que provoca extrañar al objeto.

Campo (1993) expone la dinámica de las funciones yoicas que se presentan en el duelo, ya que éstas pueden intervenir como forma de defensa:

La función perceptiva tiene una falta de continuidad “para la diferenciación de la realidad externa (percepción) y el mundo interno (fantasías). De aquí que los trastornos de la percepción (ilusiones en relación con distintas áreas sensoriales vinculadas al objeto perdido) presenten en su totalidad caracteres que señalan el predominio de la magia y la omnipotencia” (p.p. 228).

También el juicio de realidad sucumbe a la negación y otros mecanismos, esto causa que el yo se debilite porque ahora necesitará tiempo para elaborar y recuperarse para enfrentar lo que el juicio de realidad impone.

La memoria funciona con la idealización de presentar los recuerdos que recuerdan la buena relación con el objeto.

La función sintética en el duelo se caracteriza por la fantasía que se vive de lo que se ha perdido con el objeto, que en este caso sería la propia función sintética, ya que la persona regresa al momento en que la madre al darle pecho era la encargada de esta función.

Los sueños también son útiles para contemplar la “dinámica y evolución” del proceso de duelo. Éstos pueden exponer de nuevo al objeto persecutorio en medida que lo sea, ya que el sueño “trae aparejadas vivencias infantiles de vaciamiento frente al pecho”, es entonces que la pérdida se puede vivir con pesadillas al ser una situación intensa de persecución, o aparecer sueños repetitivos si son menos intensos (p.p.229).

Con respecto al tratamiento, primero se debe comprender la fijación primaria y la fijación secundaria. La primera, representa la fijación al objeto perdido, la idealización que se hace a éste, los recuerdos de éste y los sentimientos de culpa, lo que impide acercarse a un nuevo objeto; el segundo se trata de contemplar un fracaso real o esperado y a su vez esto hace pensar en el objeto perdido y desearlo nuevamente.

Debemos contemplar que las funciones que desempeñaba el objeto se presentan como un obstáculo para el sujeto cuando sufre la pérdida y en consecuencia “la elaboración del duelo requiere de un trabajo sobre él déficit en la representación y en la capacidad funcional del sujeto” (p.p. 309).

Enunciando otras cuestiones sobre el duelo, tenemos una afirmación de Freud que dice: “la elaboración de duelo sólo es total cuando mentalmente el sujeto ha resuelto los afectos contrapuestos (de amor y odio) que siempre nos unen a las personas queridas. Cuando pasar a predominar los recuerdos y los afectos de vinculación, psicosexuales en un sentido amplio” (en Tizón, 2007, p.p.30).

Una de las aportaciones de Melanie Klein a la investigación sobre el duelo y los procesos elaborativos, se centra en afirmar que “cada duelo reaviva la ambivalencia residual, nunca completamente elaborada, con respecto a nuestro objeto primigenio” (Tizón, 2007, p.p. 34), otra de sus aportaciones fue la explicar que el problema del duelo surge cuando es la pérdida del objeto interno bueno y la idea en la que nos centraremos será la de crear dentro de la psique la representación de un objeto interno bueno aunque éste ya no esté presente (Tizón, 2007).

Como conclusión podemos afirmar que sí hay alteraciones en la elaboración del primer duelo, las siguientes pérdidas se vivirán con síntomas patológicos porque el yo no será capaz de utilizar todos sus recursos debido a que se encuentra debilitado en defensa contra la pérdida (Campo, 1993).

2.8 Consideraciones desde D. Winnicott acerca de las relaciones objetales.

Para la teoría de Winnicott hablaremos sobre algunos aspectos relevantes de la infancia, este afirma que todas las enfermedades mentales son concebidas en las fases más tempranas del niño y van de acuerdo con sus experiencias, esto si existe falla en su contexto

y en el cumplimiento de facilitar los procesos de desarrollo del niño (1952, en Llanos, 2007).

Para Winnicott (1962) “el término yo puede utilizarse para escribir la parte de la personalidad humana en crecimiento que en condiciones adecuadas tiende a integrarse en una unidad”, en cambio, el self se presenta cuando el niño comienza a hacer uso del intelecto y es capaz de mirar lo que otros ven, sienten u oyen (p. 73, en Winnicott, 1996).

La posición de la madre desde esta teoría se dirige a la importancia de ésta en el desarrollo psicológico sano en los primeros años de vida (Winnicott, 1951 en Winnicott, 1993), el yo débil o fuerte dependerá de la madre y la capacidad que ésta tenga para satisfacer la dependencia absoluta del niño (Winnicott, 1962 en Winnicott, 1996); en cuanto al padre que es de vital importancia, al principio se espera desempeñe un papel de apoyo material y emocional hacia la madre, pero de forma gradual irá estableciendo de manera directa una relación con su hijo (Winnicott, 1951 en Winnicott, 1993).

Existe un periodo entre dos y cinco o siete años, en que el niño aún está aprendiendo a percibir la realidad externa y comienza a comprender que la madre tiene una vida aparte y no es posible poseerla, ya que le pertenece a otra persona. Todo esto tiene como consecuencia ideas de amor seguidas de odio, debido a que existen celos y dolor emocional; la expresión de estos sentimientos se hace directa, pero conforme se sigue el desarrollo se posibilita la obtención de alivio por medio del lenguaje y el juego (Winnicott, 1951 en Winnicott, 1993).

El término “destete” puede ser concebido como una parte importante ya cumplida por la madre, ésta ha dado algo bueno y ha esperado los indicadores del niño para darse cuenta que está en condiciones para ser destetado y, a pesar de que ésta provocó rabia la ha llevado a cabo. Al pasar al cuidado escolar, “la experiencia se reproduce en cierta medida,

de modo que el estudio de las circunstancias del destete de un niño constituye para la maestra, una importante ayuda para comprender las dificultades iniciales que pueden surgir en la escuela” (Winnicott, 1951 en Winnicott, 1993).

Winnicott (1960) menciona que cuando existe suficiente protección del yo derivada de la madre, el niño puede formar su personalidad con la base del “seguir siendo”, si este “seguir siendo” es quebrado y repetitivamente se hace, puede generar una fragmentación del ser; todo lo anterior es probable motivo de inquietud, hiperquinesia y falta de atención (en Llanos, 2007); también se cree desde esta teoría que en la persona existe una carga genética que cae sobre el desarrollo emocional y física y supone “continuidad desde el momento del nacimiento, asume el supuesto de un crecimiento gradual de la organización y la fuerza del yo, la aceptación progresiva por el individuo de la vida instintiva personal, y de la responsabilidad por sus consecuencias reales” (Winnicott, 1958, p. 150, en Winnicott, 1996).

2.9 La teoría del apego de Jonh Bowlby

En su teoría hace énfasis en “la necesidad innata de interacción social” que cada ser humano tiene y que esta necesidad se satisface al inicio del desarrollo mediante el contacto físico con el cuidador; este vínculo afectivo actuará como mediador entre el control de la conducta y que a su vez regula la búsqueda de proximidad y la exploración según la situación (Cantón, Cortés y Cantón, 2011, p.18). La madre al ser en la mayoría de los casos la que se encarga de cuidar y alimentar al niño, es la primera persona que establece una relación de apego, aunque puede ser el padre, abuelo, hermano o sus cuidadores en la guardería (Cantón, Cortés y Cantón, 2011).

Cassidy propone los siguientes criterios para la vinculación, ya que no es lo mismo apego que vinculación; la diferencia de éstas se encuentra en que el vínculo es persistente,

se presenta con una persona específica, mantienen una relación significativa emocionalmente, existe el deseo de proximidad o contacto, se presenta angustia cuando hay separación y finalmente una búsqueda de seguridad y confort con esa persona y el apego puede ser esporádico y presentarse por una situación cualquiera (en Cantón, Cortés y Cantón, 2011).

Para Bowlby (1986) la importancia del medio externo se centra en la medida en que las frustraciones se imponen y llevan a conflictos en el desarrollo intra- psíquico, conduciendo al niño en la primera infancia al nulo control satisfactorio. Este mismo autor publica en 1951 que durante 20 años ha encontrado información que indica “la existencia de una relación causal entre la pérdida de cuidados maternos en los primeros años de la vida y un desarrollo alterado de la personalidad” (Bowlby, 1986, p. 65).

Existen tres tipos principales de apego, el seguro, de evitación y ambivalente o de resistencia. Entre las características destacadas para el apego seguro se encuentra el intercambio de objetos, el patrón de alejamiento- proximidad- alejamiento y la interacción a distancia. Se rige por la inhibición conductual cuando se ausenta la madre, sin embargo, no existe llanto en ese momento; cuando se presenta el reencuentro después de un lapso de estar ausente el cuidador, el niño se muestra reconfortado.

El apego de evitación se caracteriza porque el niño es muy activo con los objetos, pero desvinculado con el cuidador, muestra desinterés o rechazo; se observa escasa o nula ansiedad por separarse, no busca al cuidador y se espera que no llore cuando sucede esto, al reencontrarse ignora o prefiere estar solo. Es capaz de explorar el entorno, pero no busca proximidad con la figura de apego.

Finalmente, el apego ambivalente muestra poca interacción con el cuidador, cuando se separa de éste existe un llanto intenso y angustia, aunque no busca a su cuidador; en el

reencuentro existe resistencia al contacto, además es difícil tranquilizarlo. Existe un cuarto grupo de tipo de apego, ya que al realizar estudios existían niños en un pequeño porcentaje que no cumplían con los patrones para ser clasificados en los primeros tres, estos niños tienen comportamientos contradictorios, extraños o incoherentes (Cantón, Cortés y Cantón, 2011).

2.10 Terapia de Juego

La Asociación para la Terapia de Juego la define como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas capacitados utilizan los poderes terapéuticos del juego para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos” (Schafer, 2012), entre los temas a trabajar en esta terapia están la comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo de estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización.

Axline (1975) define la terapia de juego como “la oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, bajo las condiciones más favorables”, esto debido a que por medio del juego ocurre la autoexpresión de los sentimientos acumulados, así los expresa y es posible que los enfrente, aprendiendo a controlarlos o rechazarlos.

Schaefer y O’connor (1983) postulan que la terapia psicoanalítica tiene como finalidad realizar un análisis de la resistencia y transferencia, a su vez las intervenciones corresponden a estos fines, también agregan que, “Se utiliza como un recurso para establecer contacto con el niño, como un medio de observación y como fuente de información, en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa” (p. 11).

Melanie Klein (1987) afirmaba que “el niño expresa sus fantasías, sus deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos, empleando la técnica de juego vemos pronto que el niño proporciona tantas asociaciones y cada uno de los elementos del juego para el observador son maneras de hablar y decir toda clase de cosas que tienen valor de asociación genuina” (p. 27).

Se reconoce que la forma y contenido del juego tienen significado simbólico para los niños, permitiéndoles expresar mediante éste conflictos tempranos y actuales (Schaefer, 2012). El análisis del niño nos lleva a analizar sus defensas y su yo, con las particularidades del juego, el terapeuta encuentra el significado de este juego; éste se vuelve una evidencia de los acontecimientos familiares (Chazaud, 1979).

2.11 Fase de latencia del desarrollo psicosexual.

Dentro de esta fase de latencia el niño pasa de la niñez a la pubertad, no hay una edad precisa para este paso pero es considerada que inicia entre los diez y once años, aquí se presentan cambios como el inicio de la autonomía, la diferenciación de lo imaginario con la realidad, el niño se enfrenta a saber que su objeto de amor no está en la familia, sino que tendrá que buscarlo fuera de casa, en esta etapa se presentan las primeras emisiones involuntarias de espermatozoides en los muchachos y en las niñas la menstruación, que representan los primeros indicios de la sexualidad pronta a conocerse (Dolto, 1992).

La fase de latencia por su parte, se da alrededor de los 6 a los doce años, en esta fase el yo es reforzado y a su vez el superyó actúa con mayor severidad. Para Freud (1905) el término latencia significa:

“Estar oculto, se caracteriza por una desgenitalización de las relaciones objetales y de los sentimientos con predominio de la ternura sobre los deseos genitales, los contenidos sexuales son reprimidos pero están allí representados en una lucha contra

la masturbación, la curiosidad de ver y tocar los genitales del sexo opuesto. Aparecen sensaciones de pudor y aspiraciones morales y estéticas” (en López, 2007, p.7).

Para Winnicott (1958) biológicamente cesa el desarrollo del instinto y el niño afronta este periodo con los instintos desarrollados en los periodos anteriores; otras de las características propuestas es que mantienen una imaginación muy limitada y reflexionan más, lo que es propio de su edad (Winnicott, 1996).

Ana Freud (1992) consideraba que el niño o niña se prepara con el fortalecimiento del yo, ya que se encontrará con los impulsos de la pubertad, por lo que la energía instintiva será desviada a estructuras físicas y psicológicas y así podrá aumentar el control del yo sobre los instintos. Se presenta la identificación con lo masculino y lo femenino según el caso (López, 2007). Winnicott (1967) agrega que en este periodo “las posiciones del ello no avanzan y los impulsos del ello encuentran escaso respaldo en el sistema endocrino” (Winnicott, 1993, p.30).

También, Freud (1926, p. 216) afirma que:

“La sexualidad no experimenta ningún progreso; al contrario, los deseos sexuales disminuyen y mucho de lo que el niño practicaba o sabía hasta entonces es abandonado y relegado al olvido. En este periodo, después de que ha dedicado el primer florecimiento de la sexualidad, el yo adquiere actitudes como la vergüenza, la repugnancia y la moral, destinadas a resistir las acometidas subsecuentes de la pubertad y para canalizar nuevos deseos sexuales” (en Frager y Fadiman, 2005, p. 32).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Motivo de consulta

Refiere la madre, “su conducta, es impulsivo, empuja a sus compañeros, tira lápices, no pone atención en clase”.

3.2 Datos generales

Nombre	Ricardo (seudónimo)
Edad	11 años
Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	26 de abril de 2004
Lugar de nacimiento	Mérida, Yucatán
Escolaridad	4° de primaria
Tipo de escuela	Pública
Lugar de residencia	Mérida, Yucatán
Nivel socioeconómico	Medio

3.3 Descripción del paciente

P. es de aproximadamente 1.40 metros de estatura, su peso es de aproximadamente 40 kg. Es de piel moreno claro, cabello corto, negro y peinado con gel. Color de ojos café y nariz pequeña. Viste con pantalones de mezclilla, playeras, zapatos de futbol rápido y se observa limpio. Bosteza y se tapa la cara bajando la cabeza.

3.4 Hipótesis de trabajo como terapeuta

Reducir los síntomas del TDAH del sujeto, mediante la elaboración de un duelo, para permitir al sujeto introyectar a un objeto nuevo y reducir las angustias que se presentaron por la pérdida de un objeto primario.

3.5 Objetivo general

Elaborar un proceso de duelo mediante la promoción de la relación entre madre e hijo, y así se favorecer la reducción de los síntomas manifiestos del sujeto.

3.6 Objetivos específicos

1. Elaborar un duelo en un niño de 11 años que ha vivido la pérdida de su abuela materna desde una mirada psicoanalítica.

2. Promover una relación segura entre madre e hijo mediante la terapia de juego psicoanalítica.

3. Reducir los síntomas manifiestos en el sujeto mediante la terapia de juego psicoanalítica.

4. Analizar los resultados obtenidos mediante la terapia de juego psicoanalítica.

3.7 Definición de términos

- *Trastorno déficit de atención con hiperactividad.*

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) define al Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad como el patrón persistente de inatención e/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo.

- *Fase de latencia, desarrollo psicosexual según Sigmund Freud.*

Esta fase se da alrededor de los 6 a los doce años, en esta fase el yo es reforzado y a su vez el superyó actúa con mayor severidad (en López, 2007). “Se llega a un estado de

equilibrio entre la sexualidad y el yo, que se caracteriza por un aumento de la energía del yo y una disminución de la energía del ello, en relación con la de los años anteriores (Garma, 1962, p. 52).

- *Duelo no elaborado*

Surge cuando al vivir una pérdida la elaboración del duelo no es posible porque en el pasado de la persona hubo pérdidas que por la inmadurez emocional y yoica hicieron quedar al sujeto sin posibilidad de reaccionar y solamente contemplar pasivamente la pérdida (Bleichmar, 1997).

- *Ser madre*

Los lazos que hubo en el pasado de la madre con su propia madre. Existe en los niños un deseo inconsciente de tener hijos, en las niñas existe una fantasía de que la madre tiene en su cuerpo hijos, estos han sido puestos ahí por el padre y la propia admiración hacia su padre es acompañada del deseo de tener hijos propios como algo precioso; este deseo persiste hasta la edad adulta y son el cimiento del amor que siente una mujer embarazada por su hijo (Kenberg, 1979).

- *La importancia de la relación entre madre e hijo.*

La posición de la madre desde esta teoría se dirige a la importancia de esta en el desarrollo psicológico sano en los primeros años de vida (Winnicott, 1951 en Winnicott, 1993), el yo débil o fuerte dependerá de la madre y la capacidad que esta tenga para satisfacer la dependencia absoluta del niño (Winnicott, 1962 en Winnicott, 1996)

- *Vínculo madre- hijo.*

La neurobiología explica que, “el apego es un fenómeno biológico que implica un delicado lazo de retroacción, en el cual la madre y el bebé se regulan psicobiológicamente

de forma recíproca”; la primera función de la madre es la de regular los estados fisiológicos y emocionales del niño, la alimentación se vuelve el camino para el vínculo de apego (Dio, 2005, p.p. 57).

- *Terapia de juego psicoanalítica.*

La terapia de juego psicoanalítica propicia la expresión de las fantasías, deseos y experiencias del niño, esto se realiza de manera simbólica con juguetes y juegos (Klein, 1987).

3.7. Instrumentos implementados

- *Entrevista inicial con los padres.*

Las entrevistas son el primer contacto con los padres a la situación que les preocupa, en esta se trata de llegar a lo que no es posible ver a simple vista; ésta será dirigida, limitada y planeada con anticipación, hecha con los padres para hablar del hijo y de la relación con él. Con el objetivo de obtener datos de mayor interés en un periodo corto y esta puede variar entre una y tres horas (Aberastury, 1984).

- *Dibujo de la figura humana.*

Puede servir como técnica de maduración o técnica proyectiva, en esta se evalúan aspectos emocionales, maduración perceptomotora y cognoscitiva (Esquivel, Heredia y Gómez, 2007).

- *Test del dibujo de la familia.*

Con esta prueba se puede conocer aspectos proyectivos, como es el ambiente familiar, si hay existencia de rivalidad fraterna, la relación y la comunicación que existe entre los miembros de la familia (Esquivel, Heredia & Gómez, 2007).

- *Sesiones de terapia de juego psicoanalítica.*

El juego del niño es a lo que la asociación libre es para los adultos en la interpretación analítica; se trata de “entender, comprender, escuchar, ver lo que hace un niño cuando juega en la sesión de análisis”, y para realizar esto es debido saber lo que hace el niño cuando juega (Blinder, Knobel y Siquier, 2004).

- *Interpretación de los sueños.*

Al preguntar al sujeto sobre el significado de algunos elementos de su sueño, no tendrá una conclusión precisa, es entonces que se efectúa la interpretación y de esto resulta un significado simbólico de lo que en ese entonces le inquietaba (Brun, 2009).

3.8. Técnicas implementadas

- *Entrevista clínica.*

Las entrevistas son un acercamiento para la orientación diagnóstica, dando lugar al conocimiento de lo que son las relaciones en la familia, las relaciones del niño con sus objetos, la función de los padres y de los demás familiares, las posibles dificultades que impiden el paso al crecimiento, en conclusión el psicólogo mantiene una atención flotante para captar los mensajes latentes dentro de la familia (Aberastury, 1984).

- *Terapia de juego psicoanalítica*

Schaefer y O’connor (1983) postulan que la terapia psicoanalítica tiene como finalidad realizar un análisis de la resistencia y transferencia, a su vez las intervenciones corresponden a estos fines, también agregan que, “Se utiliza como un recurso para establecer contacto con el niño, como un medio de observación y como fuente de información, en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa” (p. 11).

3.9 Diseño de intervención

3.9.1. Objetivo general

Aplicar la terapia de juego psicoanalítica para promover la elaboración de un duelo y resolver dificultades en la relación entre madre- e hijo para reducir los síntomas manifiestos en un niño de 11 años con TDAH.

3.9.2. Objetivos específicos de la intervención

1. Aplicar la terapia de juego psicoanalítica para promover la elaboración de un duelo en un niño de 11 años que ha vivido la pérdida de su abuela materna.

2. Proporcionar un espacio terapéutico para fomentar la relación entre madre e hijo, generando una relación de seguridad, apoyo y contención.

3. Reducir la frecuencia de los síntomas manifiestos mediante la promoción del autocontrol dentro de la sala de juego.

4. Analizar el proceso de la terapia de juego psicoanalítica.

3.9.3. Descripción del escenario

El estudio de caso fue realizado en una institución pública en el área de servicios de apoyo psicológico. Las sesiones se realizaron en una sala de juegos, donde se encuentran diversos materiales propios de la terapia, como muñecas, soldados, casita, alimento, armas, carros, bloques, juegos de mesa, títeres, plastilina, colores, entre otros.

El sujeto de la intervención fue presentado por la madre, el menor contaba con 11 años de edad. Previo a conocer al sujeto se tiene la primera entrevista con la madre, donde se firman documentos como el contrato terapéutico de la institución, el consentimiento informado y los derechos del cliente.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1. Historia clínica

Motivo de consulta

Refiere la madre, “su conducta, es impulsivo, empuja a sus compañeros, tira lápices, no pone atención en clase”.

Sujeto

Ficha de identificación:

Nombre	Ricardo (seudónimo)
Edad	11 años
Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	26 de abril de 2004
Lugar de nacimiento	Mérida, Yucatán
Escolaridad	4° de primaria
Tipo de escuela	Pública
Lugar de residencia	Mérida, Yucatán
Nivel socioeconómico	Medio

Ficha de identificación de la familia:

	Nombre	Edad	Escolaridad/ trabajo
Paciente	Ricardo	11 años	4° primaria
Mamá	-	40 años	Servicio de limpieza de casas
Papá	-	40 años	Impresor

Hermano	-	22 años	Diligenciero
Hermano	-	18 años	Cocinero

Motivo de consulta manifiesto

“Su conducta, es impulsivo, empuja a sus compañeros, tira lápices, no pone atención en clase” (sic).

Motivo de consulta latente

Ricardo se encuentra en un duelo no elaborado tras la pérdida de su abuela materna, este objeto perdido cumplía con un rol de defensa simbiótica y al no estar presente surgen angustias que se están manifestando con el aumento de la frecuencia de algunos síntomas del TDAH, que si bien ya estaba diagnosticado, ahora han aumentado debido a la falta de seguridad básica que Ricardo percibe ahora. Al ser una fijación de índole primaria se requiere trabajar sobre la representación de un objeto interno bueno, que en este caso será la madre quien se acerque a él para brindarle la seguridad que Ricardo requiere de acuerdo a las necesidades del presente.

Descripción del paciente

P. es de aproximadamente 1.40 metros de estatura, su peso es de aproximadamente 40 kg. Su piel es color apiñonado, cabello corto, negro y peinado con gel. Color de ojos café y nariz pequeña. Viste con pantalones de mezclilla, playeras y tacos de futbol rápido y siempre acude limpio. Su actitud al inicio de las sesiones es con sueño y se tapa la cara bajando la cabeza.

Historia del niño

Embarazo: se suscitaron problemas económicos familiares, el padre perdió su trabajo. Cuando la madre tenía 5 meses de embarazo muere su hermano, que tenía cirrosis y enfisema, éste vivía con ella.

Parto: El niño nació en un hospital público. Comenzó con contracciones en la madrugada, a las 9:00 de la mañana ingresa al hospital, al estar en el parto se le sube la presión a la madre y tuvo que permanecer en observación un tiempo para controlar la presión, después de 20 minutos nació el niño con parto normal.

Alimento: La madre le proporciona leche materna hasta los dos meses, pero comentan que el niño lloraba porque no era suficiente la leche materna y comenzaron a darle leche de fórmula.

Caminó: al año y dos meses.

Hablar: 8 u 9 meses dijo sus primeras palabras.

Biberón: Lo dejó a los 5 años. Se lo quitaron con vaso entrenador, le decían “*que oso que entres a la primaria y sigas tomando en vaso entrenador*” (sic).

Control de esfínteres: A los 3 años aprendió a ir al baño, lo limpiaban. Como a los 6 años aprendió a limpiarse solo, tiraba mucho papel y no se limpiaba bien, pero le empezaron a regular el papel y aprendió.

Baño: Como a las 4 o 5 años. Comenta la madre que dejaba el shampoo o el jabón tirados en el baño. No sabía medir la cantidad que debía utilizar, le compraban el shampoo más barato para que lo pudieran dejar solo.

Objeto transicional: Tenía una sábana especial. A los 8 años le tiraron dicha sabana, aunque ahora tiene otra. A los dos años arrastraba su sábana, decía que le gustaba que oliera

a él. Se chupa el dedo desde el año y medio, le quitaron chupón a esta edad. Se pasa por la cara la sábana.

Miedo a la oscuridad: Desde chico le da miedo la oscuridad, dice que hay “*un tucho*” (sic), la madre no sabe si su abuela materna se lo decía o sus hermanos. Los padres se dan cuenta que tiene miedo porque enciende todas las luces y grita para poder pasar por un pasillo para llegar al cuarto de su mamá, agregando “*es que pasa por donde dormía su abuela*” (sic).

Escuela

Primaria: reprobó primero de primaria, comienza a leer al recursar este grado. En 2011 recibe diagnóstico de TDAH y comienza a ser medicado, este medicamento ha variado de 10 mg hasta 36mg en la actualidad.

En enero de 2015 lo cambian de escuela (4º año de primaria), “debido a que estaba etiquetado por el personal de la escuela, ya que estudió desde primero de primaria ahí y cualquier situación era culpado y exageraban las conductas y consecuencias”; por lo que la madre toma la decisión de cambiarlo, sin embargo al menor se le explica que es expulsado de la escuela, esto porque no quería que lo cambiaran de escuela.

Durante la tarde la madre supervisa sus tareas.

En la actualidad es alumno USAER, en la escuela le recomendaron a la madre llevar a cabo economía de fichas y como reglas pusieron arreglar cuarto, poner mochila y zapatos en su lugar, preparar horario de la escuela un día antes y finalmente acomodar su cama, esto lo mantuvo su madre durante todo el proceso terapéutico, como recompensas se gana ir al tianguis, burger King o dinero para algún postre.

Relaciones familiares

Los padres mantienen la comunicación entre ellos, la madre es quien toma decisiones como llevar al menor al médico por el diagnóstico de TDAH.

La madre es quien está pendiente de los asuntos de la casa, aunque trabaja por las mañanas arreglando casas, es quien ve el almuerzo y se encarga de Ricardo por la tarde, aunque permanecen juntos por las tardes la madre se mantiene realizando tareas de la casa, mientras el menor hace tarea, juega y ve televisión; su padre llega en la tarde y en algunas ocasiones juegan fútbol, aunque frecuentemente el padre realiza otras actividades de la casa.

Entre la madre y el padre de Ricardo hubieron discusiones frecuentes cuando era el sujeto era pequeño, la madre llama al padre como “coqueto con las mujeres”, antes según la descripción de la madre, el señor se mantenía en fiestas con sus amigos y no estaba en la casa, al llegar ella le reclamaba su ausencia y que llegara borracho, así como las infidelidades de las que se enteraba. Con el pasar de los años, el padre ha dejado de realizar estas conductas y la madre está más tranquila con la relación que tienen, comenta que platican ahora de la situación familiar, así como que el señor se mantiene más atento de lo que sucede en casa.

Los dos hermanos del sujeto trabajan y llegan por la noche, por lo que tienen poca comunicación con Ricardo, ya que cuando llegan el menor ya se encuentra dormido. Cada uno de los hermanos de Ricardo tiene un hijo, la madre de Ricardo y Ricardo cuidan a estos niños, ya que las madres de los bebés trabajan.

Según la madre, Ricardo tiene más confianza con su hermano mayor, con él puede jugar videojuegos o fútbol, con el de en medio tiene dificultades más frecuentes cuando juegan, la madre agrega que como Ricardo no fue un hijo planeado, llegó de pronto y ocupó

el lugar de hijo menor, lo que al hermano de en medio le afectó cuando le informaron el embarazo de la madre.

Ricardo tenía una relación estrecha con su abuela materna, quien vivió con la familia de Ricardo muchos años; sin embargo muere repentinamente a consecuencia de una caída mientras arreglaba la casa y se lesiona, de esta lesión no se recupera y en unas semanas fallece. Al morir la abuela materna se hacen muchos ajustes en casa de Ricardo, ya que ella era quien lo atendía mientras su madre trabajaba, al llegar la madre a las 3 o 4 de la tarde, la abuela se dirigía a su trabajo, ella y la madre de Ricardo se dedicaban a limpiar casas desde hace mucho tiempo, la madre aún conserva éste trabajo.

La madre comenta que Ricardo siempre recuerda a su abuela materna, en ocasiones les reprocha a sus padres que su abuela lo consentía y proporcionaba regalos, al contrario de ellos que solo lo regañan. Al morir la abuela materna Ricardo se cambia de cuarto y ahora duerme con sus padres nuevamente, anteriormente dormía con su abuela materna en camas separadas.

Detalles del síntoma

Desde el 2011 es diagnosticado con TDAH en el hospital T1, es medicado desde dicha fecha. Le han cambiado la dosis del medicamento en cuatro ocasiones, el primer medicamento era Metilfenidato de 10mg, hace un año fue aumentado a 18mg, hace 6 meses a 27mg y durante la terapia subieron la dosis a 36mg, la madre refiere que con el medicamento ha observado mejora en escritura y tarea.

La madre comenta que asiste a terapia cada mes en la T1, también, acudió al CREE pero le dijeron a la madre que no es el diagnóstico adecuado.

Rodrigo (su hermano de 22 años), fue diagnosticado con TDAH, este fue atendido con medicamento por un año, después lo dejaron de administrar y no tuvo otra

intervención, posteriormente a los 15 años se presentaron problemas de adicción al alcohol, pegamento y tiner, a los 18 años deja estas drogas debido a que conoce a su actual pareja y comienzan a vivir juntos en casa de él (esto es relatado por la madre mostrando preocupación de que Ricardo pueda ser adicto con su hermano por el diagnóstico).

Examen mental

Ricardo acude a las sesiones acompañado de su madre, se muestra retraído y tímido, se mantiene cerca de ella o detrás de ella.

Al entrar a la sala de juego responde adecuadamente a las preguntas sobre su identidad, tiene conocimiento de la fecha en que acude a la consulta, lo que muestra su estado de conciencia. Toma asiento y contempla la sala de juego, camina alrededor de la sala conociendo su entorno y los estímulos que se encuentran ahí. Es capaz de poner atención a la plática sobre las reglas de la sala de juego, la presentación de la psicóloga y a la explicación de lo que será la intervención terapéutica.

Durante el juego describe eventos del pasado, utilizando su memoria a corto y largo plazo, emite opiniones sobre situaciones que se han presentado en su familia, también propone soluciones o plantea las posibles consecuencias. El vocabulario es amplio, en su discurso muestra un lenguaje congruente y estructura oraciones coherentes.

4.2 Pruebas

En este apartado se mostrará el resultado de las pruebas proyectivas aplicadas a Ricardo durante el diagnóstico y posteriormente se dará una reseña de los resultados obtenidos en las sesiones de entrevista con la madre así como información obtenida de las sesiones de juego diagnóstico con enfoque psicoanalítico y para finalizar se describirá la impresión diagnóstica según los resultados obtenidos.

4.2.1 Test de la Figura Humana de Koppitz

La prueba del dibujo de la Figura Humana se aplicó en la sexta sesión de diagnóstico. Ante la prueba Ricardo se mostró desesperado por jugar y cuestionaba la utilidad del dibujo, preguntando la finalidad de este. Mientras dibujaba se mostraba atento a lo que hacía (Ver Apéndice figura A1).

La tabla 1 muestra de acuerdo a los criterios del Test de Figura Humana de Koppitz (Esquivel, Heredia, Luicio, 2007), los siguientes resultados:

Tabla 1.

Indicadores de madurez mental establecidos por Koppitz

INDICADORES DEL DESARROLLO EN NIÑOS DE 11 AÑOS	
Cabeza	1
Ojos	1
Nariz	1
Boca	1
Cuerpo	1
Piernas	1
Brazos	1
Pies	1
Brazos 2 dimensiones	1
Piernas 2 dimensiones	1
Cabello	1
Brazos hacia abajo	1
Cuello	1
Excepcionales	
Rodillas	X

*El dibujo muestra un nivel de madurez normal de acuerdo a su edad.

Indicadores emocionales

- *Sombreado de cara, cuello y cuerpo.* Representa ansiedad relacionada con su cuerpo,
- *Asimetría en los brazos.* Asociado a dificultades con la coordinación visomotora, pudiendo deberse a la impulsividad.

- *Figura grande*. Puede deberse a la falta de límites, necesidad de llamar la atención, inmadurez, controles internos deficientes o ambos.
- *Manos seccionadas*. Preocupación o inadecuación, puede deberse por el temor al castigo o sentimientos de culpa.

Integración del contenido

En el dibujo se encuentran todos los indicadores esperados para su edad, lo que sugeriría que su capacidad intelectual es normal. De acuerdo con los indicadores de la prueba Ricardo manifiesta ansiedad relacionada con su cuerpo, que podría estar relacionada con las dificultades para regular la impulsividad en sus conductas. Al presentar una figura grande, nuevamente evidencia la falta de control interno, la falta de límites en el entorno o ambos y finalmente, existe temor al castigo o sentimientos de culpa por la preocupación del control de los impulsos.

4.2.2 Test del dibujo de la familia

Éste test fue aplicado en la sexta sesión en la fase de diagnóstico. Durante la aplicación se mostró desesperado por ir a jugar, aunque al realizar el dibujo se muestra atento a lo que realiza (Ver Apéndice figura A2). Las respuestas que dio ante las preguntas fueron breves y se mostró reservado al contestarlas. La Tabla 2 muestra los resultados de acuerdo con los criterios de Corman (Esquivel, Heredia, Luicio, 2007):

Tabla 2

Interpretación de Corman para el test del dibujo de la familia

Plano gráfico

- *Trazo fuerte*: pulsiones poderosas, audacia, violencia. (Trazo débil en el dibujo de la madre, lo que indica que ella pudiera estar representada como tímida, inhibida,

incapaz o con sentimientos de fracaso).

- *Sector superior*: expansión imaginativa, idealista.
- *Sector izquierdo*. Puede representar el pasado o mostrar tendencias regresivas.

Plano estructural

- *Tipo sensorial*: espontáneo y sensible del ambiente.

Plano del contenido

- *Omisión de hermanos*: rivalidad, deseo de tener más atención del núcleo familiar.
- *Se dibujó en primer lugar*: mayor valor, narcisismo.

Interpretación psicoanalítica

- *Identificación de la realidad*: dibujo de familia nuclear.
- *Identificación con el padre*.
- *Identificación defensiva*: dibujo sensorial espontáneo con líneas rígidas en la ropa.

Tabla 3

Interpretación de Font para el Test del dibujo de la Familia

Características generales de los dibujos

- *Sector superior*: ideas y fantasías.
- *Borraduras*: ansiedad.

Valorización

- *Se dibujo en primer lugar*: Mayor valor a él mismo.
- *Detalles en el dibujo del padre*: valor al padre.
- *Pobres detalles en el dibujo de la madre*: desvalorización.

- *Omisión de hermanos*: negación de una realidad que le produce ansiedad.

Componentes jerárquicos

- *Alteración de la jerarquía familiar*. Ricardo se dibuja primero y después a su madre y padre.

Integración del contenido:

Ricardo se muestra en el dibujo identificado con su padre, existe agresividad en los trazos de su dibujo que mantienen similitud con el dibujo del padre, la madre por el contrario se representa como inhibida o incapaz; parece valorar más al padre que a la madre.

Se muestra narcisista, se encuentra en búsqueda de que sus padres le proporcionen la atención adecuada a lo que él percibe necesario para él mismo, parece haber rivalidad entre hermanos debido a la atención que antes se ha mencionado. Existe ansiedad y ansiedad debido al ambiente.

4.3 Psicodinamia

La psicodinamia se elaboró a lo largo del proceso, con el objetivo de conocer su funcionamiento mental a través de las hipótesis metapsicológicas y las funciones yoicas.

Hipótesis metapsicológicas

Genética	Fijación en la etapa oral, la abuela materna cubrió las necesidades fisiológicas y afectivas de Ricardo durante la infancia, la madre ocupada por trabajar y resolver los problemas económicos presentes, no fue capaz de permanecer con Ricardo y cubrir las necesidades del niño;
----------	---

ahora que la abuela materna murió, Ricardo tiene la necesidad de elaborar el duelo y acercarse a su madre para crear un objeto interno bueno. En el juego añade juguetes que representan a la madre y los cuidados de esta.

Fijación en la etapa anal, es dominado por los impulsos, tiene conductas disruptivas que van en contra de las reglas, tiene poco control de la regulación de sus emociones o presenta respuestas impulsivas. En su juego desea destruir, agredir, matar, mostrando el desconocimiento de los límites en las conductas.

Dinámica

Las conductas retadoras de Ricardo hacia el medio son llevadas a cabo para que la madre tenga constante atención en lo que el niño hace, provocando que la madre cuide de él y esto favorezca la relación entre estos.

Económica

La energía del sujeto está puesta en resolver situaciones internas, lo que no permite que este pueda poner atención a los estímulos externos que se le presentan, está en la búsqueda de los cuidados de la madre, para así tener a este objeto que le brinde la seguridad.

La energía también está dirigida a la agresión y destrucción del medio, está en búsqueda de que lo contengan.

Estructural	Muestra un Yo débil al tener un pobre control de los impulsos, en su juego no hay reglas, no ha introyectado éstas y el yo se está consolidando. El ello es quien domina gran parte de su conducta.
Adaptativa	La respuesta al medio son agresivas, no hay control de los impulsos ante las respuestas del medio exterior, en el juego acepta las reglas que se proponen con el intercambio de que en la sala de juego se recibe un ambiente cálido y de protección. No puede adaptarse al medio exterior por la poca atención que puede poner a este, su atención está centrada en lo interno.

En el análisis de las funciones yoicas se puede concluir que Ricardo es un niño capaz de reconocer los estímulos externos de los internos, por ahora existe una falla de la realidad al exponer que siente la presencia de su abuela, esto debido a que no se ha elaborado el duelo correspondiente a la pérdida. En cuanto a las relaciones de objeto, la abuela materna que ha perdido tenía la función de defensa simbiótica, su yo estaba en fusión con ella y por ahora requiere establecer en la psique un objeto que le brinde seguridad, la madre ha estado presente durante la infancia pero Ricardo no ha sido capaz de representar a su madre como un objeto bueno interno en quien pueda encontrar alivio.

Se encuentran entrelazadas cuestiones como el juicio, regulación y control de los impulsos, barrera de estímulos, procesos de pensamiento y la función sintética, estas se

encuentran relacionadas a los síntomas del TDAH, como el poco control de los impulsos, no medir las consecuencias de sus conductas, la falta de concentración y atención, conocimiento de las reglas pero no incorporadas, así como funciones primarias deterioradas, como la atención y concentración.

Las anotaciones anteriores enumeran las conductas que manifiesta la escuela y que suceden dentro de ella, pero como se podrá percibir en la tabla siguiente se hacen diferencias entre lo que se obtuvo de la entrevista y lo observado en la sesión, ya que aquí se obtiene un material diferente al expuesto en las entrevistas, el espacio terapéutico hace que Ricardo se muestre con demandas semejantes al que muestra en el entorno, sin embargo conforme avanza el proceso podremos darnos cuenta que Ricardo necesitaba este espacio seguro para poder introyectar a una madre interna buena y elaborar la pérdida de su abuela, así como encontrar en el juego y la relación con su madre experiencias que faciliten los procesos de desarrollo.

Evaluación de las funciones yoicas del sujeto

Funciones del Yo	Descripción general de cada función	Descripción de cada función observadas en las sesiones de juego
Prueba de realidad	Existe la fantasía de que siente la presencia de su abuela, lo que es producto de la pérdida reciente de esta y el duelo que no se ha elaborado.	Ricardo es capaz de distinguir entre estímulos internos y externos.
Sentido de realidad	Ha incorporado los sucesos externos como reales, ha desarrollado la función	

	yoica.	
Regulación y control de impulsos	La madre describe: Poco control de impulsos en la escuela, le informan que se levanta, empuja a sus compañeros, tira lápices, aunque en casa no existen estos síntomas.	Abarca un solo tema de juego y este se dirige a la ruptura de reglas sociales como robar, chocar, matar. Mantiene un juego sin orden.
Barrera de estímulos	La madre manifiesta: En la escuela es reportado por no prestar atención y ser inquieto, se distrae con facilidad.	Mantiene un solo juego, muestra el ajuste esperado a los estímulos
Relaciones de objeto	Pérdida de un objeto importante (abuela materna), ésta relación tenía la función de defensa simbiótica, ya que Ricardo se sentía en fusión con ella, realizaba diversas actividades con ella, dependía de lo que esta le aportaba y ahora existe la necesidad de establecer un objeto que le brinde esta seguridad, en este caso la madre.	En la sesión platica sobre un sueño con su abuela, lo que da muestra que existe contenido inconsciente que debe ser descubierto.
Juicio	La madre refiere: En la escuela Ricardo no mide las consecuencias de sus actos,	En la sesión se observan las conductas siguientes: 1. Muestra respeto por

constantemente tiene reportes y en una ocasión se escapó de la escuela.

En conclusión:

Ricardo está manifestando poco control de impulsos en la escuela y en el juego, no conoce los límites, no distingue entre el peligro y lo que implica el riesgo.

los juguetes.

2. Respeta el horario de término de la sesión.
3. Recoge los juguetes cuando termina de jugar.
4. En el juego muestra poco conocimiento de los límites sociales, no pone consecuencias a sus actos durante la ruptura de las reglas, existen lesionados y muertos.

Procesos de pensamiento

1. Existe pensamiento mágico, expresa en sesión que su abuela fallecida hace cosas para que noten su presencia.
2. Falta de concentración y atención en la escuela.
3. Capacidad de comunicarse con

claridad.

Funciones de sintética	Tiene conocimiento de las reglas, pero no las ha incorporado a él.	No existe elaboración del duelo de su abuela materna.
------------------------	--	---

integrativa	Ricardo no ha elaborado la muerte de su abuela materna, mantiene un pensamiento mágico sobre la ausencia de esta.
-------------	---

En conclusión:

Esta función puede estar descuidada y no conocer la adaptación a cambios, existen cambios bruscos en su medio, lo que pueden ser muchos estímulos y dificultar su adaptación a todos, entre estos cambios se encuentra la ausencia de su abuela materna, la llegada de sus dos sobrinos y las madres de estos, así como el paso a la pubertad.

Regresión adaptativa al servicio del yo	La madre refiere: Existen respuestas infantiles como llorar por no obtener algo deseado y enojarse con facilidad.
---	--

Funciones autónomas	Las funciones primarias están deterioradas, como la atención y
---------------------	--

concentración, en cuanto a las funciones secundarias se cumplen los hábitos como horarios de escuela, comida, baño, actividades extraescolares, hora de dormir.

Relación dominio-competencia	Propone juegos y la manera de jugarlos.
------------------------------	---

4.4 Sesiones terapéuticas

Se realizaron 20 sesiones entre diagnóstico e intervención. A continuación se presenta una tabla con la fase de diagnóstico:

Fase	Sesiones	Objetivo
1	1 y 2	Obtener información sobre el motivo de consulta y la historia personal del sujeto. Analizar los datos relevantes que provienen de la madre del niño para conocer como se ha desarrollado la relación entre él y su entorno.
2	3, 4, 5 y 6	Conocer mediante el juego los deseos, fantasías y experiencias del niño, todo esto mirando el juego y los juguetes de un modo simbólico, encontrando así, la historia familiar del niño.
3	5	Aplicar dos pruebas proyectivas (test de la figura humana y test del dibujo de la familia) para interpretar y comprender el contenido inconsciente expresado en el dibujo, obteniendo una visión sobre la

personalidad del niño y su entorno familiar.

4	6	Conocer la relación entre madre e hijo en la sala de juego, se podrá observar a través de la comunicación que se presente entre ellos como se ha establecido esta relación.
---	---	---

Fase I

Sesión 1 y 2

Se realiza la entrevista clínica con la madre, esta aporta datos sobre la historia personal, familiar, escolar, social y el motivo de consulta.

A continuación se presentan los datos relevantes obtenidos de la entrevista con la madre que serán útiles para realizar el diagnóstico clínico:

- El sujeto es diagnosticado con TDAH desde el año 2011, pero en el último año (2014- 2015) se ha aumentado la dosis en tres ocasiones, debido a que no se han percibido cambios en la conducta del sujeto.
- Existe preocupación de la madre por los problemas que han surgido en la escuela, ya que Ricardo ha manifestado conductas inapropiadas, lo describen como impulsivo, entre las conductas manifestadas en el ámbito escolar comentan que empuja a sus compañeros, tira lápices y no pone atención a las clases.
- Desde el 2011 recibe atención médica y psicológica por parte de un hospital público, la asistencia a éste lugar ha sido una vez por mes, lo cual impide que se lleve a cabo un tratamiento adecuado para la intervención psicológica, pero es un requisito obligatorio para que le entreguen el medicamento.

- La madre se cuestiona sobre el diagnóstico, ya que lo llevó al CREE y ahí negaron que Ricardo tuviera este Trastorno.
- Las conductas inapropiadas que se presentan en la escuela únicamente ocurren ahí, ya que en casa la madre describe a Ricardo como un niño tranquilo.
- Existe preocupación de la madre sobre el futuro de Ricardo, esto se origina por el antecedente de que su hijo mayor fuera diagnosticado con TDAH, y al no realizarse una intervención psicológica y mantener el medicamento se presentó un periodo de dependencia al alcohol y drogas hace varios años.
- La madre se encuentra angustiada porque Ricardo menciona frecuentemente que imagina sentir la presencia de su abuela materna; la madre señala que la abuela materna fue una figura importante que acompañó a Ricardo durante las tardes mientras llegaba la madre de trabajar.
- El nacimiento de dos sobrinos de Ricardo coinciden con las fechas en que la abuela materna fallece, a su vez estos dos sobrinos viven en casa de Ricardo; los sobrinos son cuidados durante las tardes por la madre de Ricardo y el propio Ricardo mientras llegan las madres de los bebés. La madre señala que Ricardo muestra sentir celos de los bebés, esto lo intuye porque el sujeto manifiesta que le compran más obsequios a ellos y expresa que con él no juegan tanto que con los niños.

Los puntos señalados anteriormente dan muestra de que existen cuestiones que intervienen en la vida familiar y personal del sujeto que deben ser tomadas en cuenta para la intervención terapéutica y que son fundamentales para el diagnóstico clínico.

Fase 2

Sesión 3

Al entrar a la sala está tranquilo, escucha lo que se dice cuando se realiza la presentación del lugar, utiliza un lenguaje claro y congruente a las oraciones que se presentan.

Se presenta la psicóloga, se explica en qué consistirá la terapia, se preguntan sus datos personales, se exponen reglas de la sala de juego.

Ricardo se dirige a los cajones y toma juguetes como soldados, pistolas, autos, existe un ambiente hostil en su juego, hay autos, muertes de personajes. Expresa que está imitando un videojuego que se trata de robar, asesinar y realizar actividades en contra de la ley.

El menor es participativo, acepta jugar y platicar con la psicóloga, comenta brevemente sobre su vida personal y familiar, expone intereses en videojuegos.

Sesión 4

El menor habla de su cumpleaños, ya que este sucedió un día antes y comenta el regalo que le dieron (un celular). Habla de un sueño que tuvo con su abuela materna, esta falleció semanas antes de comenzar el proceso terapéutico, comenta que en su sueño despiertan y su abuela le dice que vayan por agua a la cocina, van a la cocina y toman agua.

Añade que antes de la sesión tuvo una discusión con su hermano, ya que este no le prestó un videojuego que en una ocasión anterior si le había prestado, el mayor al negárselo discuten y la madre regaña al mayor, posteriormente se disculpa con el hermano mayor con Ricardo.

El niño expresa sentirse culpable y triste porque regañaron a su hermano, se le propone hablar con él cuando llegue a casa, pero explica que cuando su hermano llegue del trabajo estará durmiendo y no podrán hablar, agregando que prefiere no hacerlo.

Comenta que tiene dos sobrinos pequeños, son cuidados por él y su madre en las tardes, lo que a él no le parece y expresa que le gustaría que ya crecieran.

Se habla del duelo que está viviendo con su abuela materna, muestra la añoranza que tiene de ver a esta, la fantasía de volvérsela a encontrar, recuerda la hora de dormir y que ella se encontraba cerca.

Así como la preocupación de la responsabilidad que ha adquirido con sus sobrinos, ya que los cuida y está pendiente de ellos, al parecer Ricardo tiene que tomar un papel de adulto, por lo que evidencia su desacuerdo y añora que sus sobrinos crezcan para no tener que ser responsable de ellos, además de que al parecer estos piden atención y restan la atención que le ponen a él.

Sesión 5

En la sesión toma carritos sin tener sentido su juego, solo los mueve de un lugar a otro y parece un juego solitario, mientras se platica sobre su abuela y lo que hacía con ella.

Se indaga sobre el problema que surgió con su hermano la sesión anterior, comenta que no pudo hablar con él porque se durmió, se mantiene diciendo constantemente que tiene sueño.

Entra a la sesión y repite que tiene sueño varias veces. Se aplica figura humana y test de la familia.

Sesión 6

Se invita a la madre a la sesión, se observa un juego persecutorio, el menor juega con coches y le comparte a su mamá y a la psicóloga, la madre lo persigue durante el juego, choca con él y menor solo trata de huir de esto. Posteriormente se juegan bloques para construir una ciudad, la madre se muestra neutral, el niño pide ayuda, rompe reglas y explica que hay que meter a la cárcel a los delincuentes, el propone esta consecuencia. Su

mamá comete una infracción y el menor le dice a la psicóloga que debe ser encerrada en la cárcel. Se observa poca intervención por parte de la madre, se mantiene neutral ante el juego, como espectadora, el menor lo nota y pide participación más activa de su progenitora. Existe poca contención por parte de la figura de autoridad, sin embargo se rompen reglas, poco a poco suben de grado las conductas que rompen los límites y logra escaparse de las consecuencias.

Impresión diagnóstica:

Ricardo estableció con su abuela un vínculo que proporcionaba seguridad, tenía un rol materno y cubría las necesidades de este, al morir la abuela materna surgen ansiedades en el infante y es ahora cuando necesita que su madre sea el objeto que el brinde seguridad para elaborar este duelo primario.

Al llegar a consulta con un diagnóstico de TDAH previo, nos podemos dar cuenta que los síntomas permanecen desde el 2011, sin embargo éstos síntomas se han acentuado y presentado con más frecuencia en respuesta a la pérdida de su abuela y lo que conlleva el duelo no elaborado.

A continuación se presentan las 15 sesiones de la terapia dividida en fases de intervención mediante la terapia de juego psicoanalítica:

Fase	Tema	Objetivo de la fase	Número de sesiones
F1	Elaboración de duelo.	Reconocer la existencia de una pérdida para llevar al sujeto a tener contacto con la realidad. Aceptar la pérdida y reconocer que existen otros objetos capaces de cubrir las necesidades del sujeto, que	3

		antes le correspondían al objeto perdido.	
F2	Límites y reglas	Adquirir la capacidad de observación de la conducta manifestada y autorregular el comportamiento y respuestas ante una situación.	4
F3	Relación madre e hijo	Crear en el sujeto una imagen interna buena de la madre, llevando al sujeto a observar que la madre es capaz de cubrir necesidades que se cumplían con el objeto perdido.	8

A continuación se muestran las sesiones de juego divididas en fases.

Fase 1.

Sesión 1.

Durante la entrevista con la madre habla sobre la pérdida reciente de la abuela materna, ésta figura vivió con la familia durante muchos años, la madre comenta: “*desde antes de que naciera Ricardo ella ya vivía con nosotros*” (sic); así mismo en el diagnóstico Ricardo habla sobre un sueño que tuvo con su abuela, por lo que se aborda nuevamente el tema con él, con la finalidad de conocer el contenido inconsciente de su sueño.

Durante el relato del sueño habla sobre levantarse en la noche al mismo tiempo que su abuela y dirigirse a la cocina para tomar agua, la señora lo acompaña y nuevamente se van a dormir, aquí se ha podido contemplar la fantasía de que su abuela sigue presente, se muestra como un objeto persecutorio ante el duelo no elaborado, su juicio de la realidad queda anclado en la negación del objeto perdido.

Para comenzar a reintegrar el yo del sujeto, se le pregunta sobre los recuerdos que tiene de ella, así se podrán conocer los recuerdos presentes, ya que por la función yoica de la memoria el sujeto presentará las situaciones que promovían el vínculo entre ellos al estar actuando en defensa del dolor por la pérdida. A esto, Ricardo comentó que su abuela lo iba a buscar a la escuela frecuentemente y llegaban juntos a su casa, ya que su madre trabajaba y llegaba a las 3:00, mientras llegaba su progenitora su abuela permanecía con él; le daba su comida al llegar a casa y le compraba las cosas que él quería, se encargaba de decirle que haga la tarea antes de que llegara su madre, dormían en la misma habitación desde hace unos años antes. Ante el relato de Ricardo se observa que los recuerdos están relacionados al cuidado que su abuela le daba y como éste la había introyectado como un objeto bueno.

Agrega en su comentario que la muerte de su abuela fue repentina, nadie se lo esperaba porque era una mujer fuerte, relatando “*se cayó y en poquito tiempo murió*” (sic), a partir de aquí se percibe que su abuela le daba seguridad y al vivir su pérdida surgen angustias porque el objeto es un complemento del yo del sujeto. Así mismo podemos contemplar que su sueño es a causa de la búsqueda compulsiva del objeto de la defensa simbiótica.

Sesión 2.

Se retoma la elaboración del duelo, en esta sesión mientras Ricardo mueve de un lado a otro los carritos, se platica sobre los ajustes que se han hecho en casa después de la muerte de su abuela, a lo que Ricardo menciona que actualmente duerme con sus padres, ya que cuando muere su abuela no quiere seguir durmiendo en el mismo cuarto porque le da miedo, agrega que ha sentido la presencia de su abuela en varias ocasiones y al pasar por el cuarto donde dormían pasa corriendo y hace ruido mientras pasa, expresa que se siente cómodo al dormir con sus padres, pero extraña dormir con su abuela.

Una de las situaciones presentes que le causan conflicto es que sus hermanos viven en su casa y cada uno de estos vive con su esposa y cada uno tiene un hijo, lo que hace que la madre de Ricardo pase tiempo en las tardes atendiéndolos mientras llega la madre de los niños, aquí se hace evidente una compulsión a la repetición y al hablar con la madre de Ricardo esta explica “*es como si lo que no hice con Ricardo, lo hiciera con mis nietos ahora*” (sic) (como la abuela materna cuida de Ricardo como si fuera su hijo). Ricardo expresa que ya quiere que crezcan sus sobrinos, ya que a él también le toca cuidarlos y no quiere hacerlo, al relatar lo anterior se le señala que parece estar enojado por tomar responsabilidades que no le corresponden y que al ver a su madre pendiente de los niños también le podría estar enojando porque a ella le corresponde estar pendiente de él, que es su hijo.

Sesión 3.

Se realizan aclaraciones de la añoranza, explicándole que todo proceso tiene un ciclo, que la vida es un ciclo, y que en algunas ocasiones llega el fin de una vida de manera inesperada, pero aunque suceda esto tenemos recuerdos de las personas, como los recuerdos que ha contado durante las sesiones anteriores, pero ahora le corresponde seguir con la vida que tiene y confiar en los que están a su alrededor; entonces parece triste, se realiza una clarificación expresándole que ahora está triste porque hablamos de lo que ha sucedido al separarse de su abuela, pero que ahora pasaremos a reconocer que cosas han sucedido a partir de esto.

Se pretende que Ricardo plasme las actividades que ahora realiza la madre en ausencia de su abuela materna, para entonces clarificar que aunque no se encuentre ahora su abuela, puede contar con su madre, quien ahora cubrirá las necesidades que le tocaron

cubrir a su abuela materna, para acercarse a este objeto nuevo (su madre) que podrá ayudarlo a fortalecer su yo.

Se pregunta qué es lo que sucede en un día cotidiano y comenta que durante la mañana acude a su escuela, al regresar de la escuela permanece solo en casa hasta que llega su madre de trabajar, mientras él puede comer o ver la televisión. Cuando llega la madre realiza labores domésticas y él ve televisión o juega videojuegos, agregando que espera a su padre para saber si jugarán fútbol o no, pero esto ocurre pocas veces. Aunque Ricardo espera a su padre en las tardes para jugar no se cumplen estas expectativas, ya que el padre llega cansado.

Retomando el tema de las actividades que realiza en las tardes se estructura que la madre le prepara la comida, se la sirve cuando llega, ella lo lleva al psicólogo, está pendiente de que se bañe, que haga la tarea, le hace su cena, el fin de semana lo lleva a un bazar que a él le gusta, le da su medicamento diario y los fines de semana acuden a visitar a sus familiares con su madre y padre. Hasta ahora, se ha puesto en marcha el reconocimiento de la pérdida para hacer contacto con la realidad, fijarse que ahora existe otro objeto que podrá cubrir estas necesidades y que a su vez se fortalecerá el yo para realizar algunas actividades de manera independiente.

Fase 2

Sesión 4

Anteriormente en el diagnóstico, Ricardo muestra en su juego asaltos, discusiones entre policías y competencias de autos, existe muerte, destrucción de autos y policías lesionados. Por lo anterior se inicia estructurando un juego sano, con límites dentro del juego.

Al principio se le explica que en el juego se pueden agregar calles, porque al parecer esto que está plasmando sucede en una ciudad, Ricardo acepta y antes de comenzar el juego se preparan con bloques de plástico unas hileras que parecen las divisiones de las calles, como siguiente paso para estructurar el juego se le propone poner señales de tránsito para que las personas que circulan puedan estar enteradas de hacia dónde ir, Ricardo acepta la sugerencia y se acomodan las señales.

Cuando comienzan a transitar los autos Ricardo expresa que estos autos no respetan los límites de velocidad y siguen sucediendo choques entre ellos, por lo que hay lesionados; es entonces cuando se interviene una vez más y se le pregunta si en esta ciudad existen policías, bomberos, hospitales, entonces se comienzan a acomodar estaciones de policías para llevar el control de estos autos que comenten infracciones, hay un hospital con una ambulancia y un médico en caso de que se les requiera, y una estación de bomberos, entonces el agrega una base militar.

Poco a poco durante la sesión se fueron incluyendo reglas al juego, como figuras de autoridad, esto con el objetivo de que Rodrigo vaya organizando las conductas que son esperadas en el entorno y conozca que existen consecuencias de nuestras conductas, lo que también da seguridad a un niño que conoce sobre lo que se espera de su conducta.

Sesión 5

El sujeto elige jugar nuevamente a la ciudad, después de organizar la ciudad como en la sesión anterior, Ricardo le pide ayuda a la psicóloga porque ahora quiere incluir un mecánico, que se encargará de los autos que necesiten reparación, aquí se toca el tema de la posibilidad de que algo pueda funcionar mejor con ayuda de otro y se pregunta un ejemplo de esto, a lo que Ricardo contesta “como cuando hago mi tarea de nuevo pero con ayuda de una maestra”, entonces se aclara que hay personas que están a su alrededor que pueden

ayudarlo cuando él necesite solucionar algo, como su madre, padre, hermanos, maestras de la escuela, compañeros o amigos.

Se continúa acomodando la ciudad, ahora pide que estas estaciones de policías, bomberos, hospital y mecánico se incluyan personas que trabajen esos lugares para que puedan atender a las personas o autos que lleguen, aquí se le clarifica, que como se ha hablado de que existen personas que lo apoyen, él está agregando estas personas en sus lugares de trabajo para que apoyen a las personas que lleguen a solicitarlo.

El juego es muy breve, ya que la construcción de la ciudad es lo más relevante de la sesión para Ricardo, pero en el momento breve del juego con los autos y personas, uno de los autos solicita el apoyo de un mecánico para comprarle gasolina, el mecánico lo atiende y mientras sucede esto la psicóloga interviene diciendo, así como los autos necesitan gasolina las personas necesitamos alimentarnos y en tu caso tienes a tus padres que te proporcionan esto, se le cuestiona sobre el tema y Ricardo comenta “mi papá y mamá trabajan, ellos pagan las cosas del súper y me compran cosas”, entonces la psicóloga contesta que así es, ellos se preocupan por su bienestar y por eso lo llevan a una escuela, le dan la comida que a él le gusta, le compran su uniforme, su ropa de salir, entre otras cosas.

En esta sesión se vuelven relevantes la estructura del juego y el cuidado que recibe de sus padres y el apoyo que puede recibir de las personas que están a su alrededor.

Sesión 6

Se vuelve a realizar el juego de las sesiones anteriores, Ricardo pide que se agreguen puestos de comida y a las personas que consuman la comida o que acudan a las instituciones como hospital, policía, mecánico tendrán que pagarles por los servicios que ofrecieron, también se empiezan a cobrar multas por romper las reglas de tránsito.

Con respecto a los puestos de comida, Ricardo comenta que estos están porque la gente que trabaja en los establecimientos que están en la ciudad tienen que salir de su trabajo y comprar algo de comer, esto llama la atención, ya que hasta ahora no hay casas en esta ciudad, solo se habla de instituciones y ahora se han agregado puestos de comida.

Al principio en los puestos se paga lo que el dueño del puesto de comida pida, sin embargo para organizar el juego, se propone que cada comida tenga un precio y que cada servicio tenga un costo establecido, como en los restaurantes que te dan el menú, Ricardo accede y se hace un papelito con los precios.

En varias ocasiones repite un juego: un auto rompe las reglas de tránsito y un policía le cobra la multa. Este juego es repetitivo y lo lleva a entender las consecuencias de las acciones de las personas, al terminar las repeticiones del juego se le cuestiona si ha visto o vivido algo parecido en algún lugar, donde por alguna conducta que rompa las reglas tenga una consecuencia, él contesta “*en mi escuela nos dejan sin descanso o le dicen a nuestros papás*” (sic), se le pregunta si tiene algún ejemplo para poder imaginar lo que pasa en la escuela, a esto contesta “*una vez que salté una reja, le hablaron a mi mamá y me suspendieron, dejé de ir una semana por la mala conducta*” (sic), entonces se señala que a esa conducta de saltarse la reja por reglas de la escuela tendrían que suspenderlo, como si ese fuera el pago de la multa que hacen los policías, se ríe y sigue jugando.

En esta ocasión se pone énfasis en el costo que tienen las cosas, como la comida o los lugares a los que acudimos, esto con el objetivo de que Ricardo pueda ampliar la comprensión de que lo que hacemos tiene una consecuencia. Se abordan dos ejemplos que suceden en su vida, lo que lleva a Ricardo a plasmar la estructura del juego a la realidad.

Sesión 7

Retomando el juego de la sesión anterior, se realiza nuevamente la ciudad con todos los establecimientos mencionados en las sesiones anteriores, pero en esta ocasión se incluye una casa, esto con el objetivo de que se explore el ambiente familiar al construir esta casa.

Ricardo propone que en esa casa vivan los padres con un hijo y su mascota (un perro), durante su juego se realiza un picnic, aquí el padre es quien compra los ingredientes para hacer la comida y se prepara mientras están en el picnic, la mascota juega con el niño mientras los padres platican, se proponen juegos entre ellos; mientras sucede esto se lesiona la mascota y la llevan al médico, Ricardo es el médico que cura a la mascota. En este momento se aborda en qué momentos se ha sentido herido o triste, comparte que cuando espera a su padre para jugar y se niega porque está cansado, entonces se cuestiona que es lo que a él le gustaría, y contesta “*en las tardes estoy aburrido, mis sobrinos están molestando y mi mamá está ocupada, yo juego a esto (señalando los juguetes)*” (sic). Se realiza una interpretación respondiéndole que él percibe que su madre y padre pasan tiempo con sus sobrinos y no juegan con él como a él le gustaría, se hace énfasis en que cuando él era pequeño como sus sobrinos sus padres al igual que ahora estuvieron pendientes de él, Ricardo contesta que sí. Entonces se le pregunta sobre las actividades que realiza con sus padres, contestando “*pues vamos a la playa, visitamos a mis primos y tíos, vamos a cenar a su casa, mi papá si juega a veces*” (sic). Posteriormente se le aclara que sus padres si comparten tiempo con él, pero le gustaría que fuera durante más tiempo, Ricardo asienta la cabeza diciendo que si.

En esta ocasión se hace un análisis con Ricardo de lo que espera de sus padres y lo que sus padres hacen con respecto a lo que espera; se interpretan situaciones inconscientes y preconscientes de Ricardo con respecto a la relación que tienen sus padres con sus sobrinos.

Fase 3

Sesión 8

En esta ocasión se invita a la madre a una sesión para explorar la opinión de la madre sobre el proceso y se amplía la información sobre la entrevista.

La madre platica que Ricardo ha mostrado cambios en su conducta, tanto en la casa como en la escuela, entre estos cambios resalta que ahora hay menos reportes de la escuela, la maestra ha comentado que Ricardo *“se aburre menos, presta más atención”*, *“ya no trata de llamar la atención de los compañeros molestándolos y es menos travieso, antes se subía a la reja de la escuela y ahorita no”* (sic).

Surgen preguntas de la madre sobre el futuro de Ricardo, a la madre le preocupa que estos cambios se mantengan, ya que con su hijo mayor tuvo problemas de consumo de drogas durante la adolescencia y teme que Ricardo pase lo mismo, aunque enfatiza que se siente culpable porque con su hijo mayor que fue diagnosticado con TDAH no hizo nada para intervenir.

Debido a que la madre se muestra preocupada y se siente culpable se le cuestiona sobre lo que ha hecho con Ricardo, para reducir esta preocupación, ya que con Ricardo ha estado constante en el proceso, y se ha atendido antes con otras intervenciones, al final de la sesión la madre dice sentirse más tranquila.

Antes de salir pregunta sobre la temporalidad de la terapia, debido a que ya ha visto cambios suficientes y quiere saber si estará cerca el término de la intervención, al decir esto se interviene cuestionando si traer a Ricardo es una manera de reparar el pasado que tiene con su hijo mayor, a lo que contesta que si existe esa preocupación, ya que no hizo nada hace varios años.

En esta ocasión se percibe un doble mensaje de la madre, al inicio la madre enfatiza los avances de Ricardo, posteriormente habla sobre su preocupación del futuro del sujeto y para concluir expresa que Ricardo ya está listo para terminar la sesión; entonces, se observa que la madre tiene culpa sobre lo que le sucedió con su hijo mayor y parte de la decisión de traer a Ricardo fue motivada por esta culpa para reparar lo que no hizo con su hijo mayor.

Esta madre no cuenta con el soporte suficiente para poder proveer a su hijo de seguridad y afecto, parece que las situaciones familiares la sobrepasan y es mucha carga para que lo resuelva, se pretende retomar en la siguiente sesión con ella las situaciones familiares y la manera en que se han desarrollado en el entorno familiar.

Sesión 9

Al llegar, se le pide a Ricardo que pase a la sala de juego, al estar dentro de la sala se le pregunta si le gustaría invitar a su madre a jugar, entusiasmado dice que si, pregunta si él puede ser quien le diga a su madre que pase, entonces sale de la sala y le avisa a la señora.

Al entrar la madre se dirige a las sillas de los niños, se le pide a Ricardo que elija un juego, en esta ocasión elige un juego de mesa, lo que sorprende a la psicóloga, ya que no se había acercado al área de juegos de mesa durante las sesiones.

Elige un juego de mesa, Ricardo le pregunta a la psicóloga cual es la instrucción para jugarlo, la psicóloga responde que puede leer el instructivo y averiguarlo, entonces al leerlo deciden jugarlo como lo indica el juego; este se trata de formar hileras de tres bolitas del mismo color, el que forme mas hileras se lleva una ficha.

Mientras juegan se mantienen quejándose de que no lo han logrado, los dos se muestran interesados en el juego y en obtener las fichas, cuando uno falla se dicen bromas y se ríen juntos, la psicóloga señala que se pueden motivar entre los dos para lograrlo,

entonces la madre hace comentarios de éxito a Ricardo, él se ríe y parece tener pena de que su madre haga esto, baja la cabeza y se ríe, entonces se les cuestiona sobre la forma en que la madre motiva a Ricardo, explicando que lo lleva los viernes a un tianguis si Ricardo ha realizado con éxito las tareas en la semana, Ricardo afirma que si sucede pero que en la semana no sabe si está yendo bien para ganarse la salida, la psicóloga señala que eso le da incertidumbre durante la semana y está a la expectativa de lo que se decidirá el viernes, a lo que Ricardo asienta la cabeza mientras se dice esto y baja la cabeza tapándola con el brazo y apoyándose en la mesa; se señala que tiene pena de estar hablando, pero que puede mirar a su madre porque ella está contenta de saber esto. La madre enseguida hace contacto con él y le pone la mano en la espalda, Ricardo se destapa y dice que sigan jugando mientras se ríe.

Para finalizar la sesión se les pregunta que les pareció jugar dentro de la sesión y que medidas iban a tomar con respecto a lo de las tareas entre semana y la ganancia de los viernes, la madre comentó que diario iba a preguntarle y decidir sobre lo que había hecho para que se pueda ganar ir al tianguis, se señala que Ricardo necesita certidumbre con sus horarios, su rutina, las ganancias por realizar tareas y saber claramente qué es lo que tiene que hacer para obtener beneficios y recompensas por sus esfuerzos.

Dentro del juego se presenta un tema de relevancia, ya que sucede cada semana y Ricardo pide que esto se aclare, esto le causa incertidumbre durante la semana y espera la respuesta varios días, lo que hace que el esfuerzo no se recompense diario, sabiendo que por la edad que tiene el tiempo de respuesta ante situaciones debe ser breve, se sugiere que esto se vaya decidiendo diario y se haga un resumen del día para estructurar lo vivido en el día.

Se les invita a pasar a los dos a la sala de juego (Ricardo y la madre), se explica que van a jugar un juego libre como en la ocasión anterior, Ricardo observa los juguetes de la sala para elegir el juego, se dirige a las marionetas de las emociones y dice que quiere jugar al teatro.

Al elegir a sus personajes, Ricardo elige uno de enfermo y la madre uno que está feliz, a continuación se muestra el resumen del juego: Ricardo simula estar en la escuela y estornuda mucho, entonces la maestra le habla a la madre para que vaya a buscarlo y le proporcione un medicamento y se recueste para que se mejore. La madre va por Ricardo que está “enfermo” y al llegar a casa le da un medicamento, Ricardo dice que no mejora, que necesita otra cosa, entonces la madre le dice se acueste, ella estará mientras con él y le preparará una sopa, la psicóloga clarifica en ese momento y expresa que es como sucede con el diagnóstico de TDAH, en el que solo el medicamento no puede ayudar a Ricardo a sanarse, ya que necesita que su madre esté cerca de él para apoyarlo y motivarlo a realizar actividades, el sujeto se tapa la cara y la madre dice: *“¿es cierto eso Ricardo?, pero si yo te llevo a todos lados y te compro lo que quieres”* (sic), la psicóloga señala que las personas percibimos cada situación de una manera diferente.

Al continuar con la dramatización Ricardo no va a la escuela varios días para poder recuperarse del catarro, para concluir el juego Ricardo sana y la madre lo lleva a la escuela. La psicóloga clarifica y expone que a Ricardo lo abruma las cosas que pasan en casa y perturban su rendimiento escolar, ya que necesita primero resolver las situaciones emocionales para sanarse, como del catarro y luego enfocarse en la escuela.

Para finalizar la sesión se les pregunta si es posible que el padre asista a la sesión siguiente para que entren los tres, Ricardo seguido a lo anterior comenta que no cree que

pueda venir por su trabajo, la madre agrega que harán lo posible por que el padre los acompañe la siguiente sesión.

Durante la sesión Ricardo se sintió identificado con el personaje, mediante el personaje proyectó la necesidad de estar cerca de su madre y la respuesta que tiene ante el medicamento que no es suficiente para sanarse. Se clarificaron dos situaciones y la madre mostró desconocimiento ante lo que Ricardo proyectaba, se mostró sorprendida al saber que Ricardo quiere relacionarse de manera diferente con su madre.

Sesión 11

Al ver a la psicóloga antes de pasar a la sesión Ricardo comenta a la psicóloga que su padre no pudo llegar por el trabajo pero la próxima sesión si vendrá.

La psicóloga pasa a la sala de juego con Ricardo, al llegar se acuesta en el piso, lo que nunca había sucedido, la psicóloga se acerca y le pregunta que le sucede, Ricardo comenta que ya no quiere ir más a las sesiones, que está cansado de acudir a instituciones para que lo ayuden y que ahora está mejorando y quiere dejar de ir; la psicóloga cuestiona si lo que dice es porque su padre no llegó y está enojado por eso, Ricardo dice que en parte sí, ya que su padre llega tarde, está cansado y no pueden jugar por las tardes.

Según lo que se ha visto durante las sesiones, Ricardo constantemente está mencionando que por las tardes permanece jugando solo, entonces se le pregunta qué es lo que hace, contesta que como lo ha dicho, juega videojuegos o sus juguetes, o cuidar a sus sobrinos que lo molestan, y la psicóloga le pide que se imagine como le gustaría que fuera, a lo que Ricardo contesta que quiere que sus sobrinos crezcan, se clarifica diciéndole si lo que quiere es que sus sobrinos crezcan para que el pueda estar con su madre, pero que cuando sus sobrinos crezcan el igual crecerá y estará haciendo otras cosas de acuerdo a la edad que tenga, por lo que debemos centrarnos en lo que le gustaría hacer aunque estén sus

sobrinos o incluirlos; entonces surge la idea de realizar alguna actividad extraescolar durante la tarde, añade que le gusta el fútbol y que eso le gustaría hacer.

De acuerdo con lo anterior, se lleva a Ricardo a lo que de acuerdo a su edad se esperaría que hiciera, como entretenerse con un grupo de compañeros, según la etapa de desarrollo en la que está se hacen más independientes y la relación entre amigos se vuelve más compleja, por lo que la idea de entrar a un equipo de fútbol puede favorecer su desarrollo en esta etapa.

Sesión 12

Llegan a la sesión el padre, la madre y Ricardo, se les hace esperar unos minutos en lo que se desocupa la sala. Al entrar el padre se dirige a las sillas de adultos, sin embargo Ricardo y su mamá se sientan en la de niños, se le pide que se acerque a ellos para poder elegir un juego. Ricardo escoge un juego de construcción con cronómetro, la psicóloga le pide que decidan como jugarlo.

Al iniciar el juego Ricardo pide que su padre sea el primero, el niño el segundo y la madre el tercer lugar en intentarlo; cuando es el primer turno de Ricardo pide que su papá sea quien utilice el cronómetro para medir el tiempo que le toca, al estar armando los bloques el padre comenta “*Ricardo te tocó el número 3 que es el más difícil*” (sic), se ríen y comienza a armar la figura que le toco con los bloques.

En la segunda ronda del juego la madre le dice “*tramposo*” (sic) al padre porque utilizó un bloque que no era del color que le pedían, el padre expone “*no soy tramposo*” y lo cambia. En el turno del Ricardo expresa que ya no lo va a intentar porque queda poco tiempo para armar una última construcción, la madre en ese momento interviene motivándolo para que lo intente diciendo “*porque te mides, inténtalo*” (sic). En el turno de

la madre, Ricardo y el padre la presionan diciendo que no lo va a lograr, sin embargo la madre no los mira y continúa armándolo.

Después de varias rondas Ricardo pide cambiar de juego, el padre pide que se cuenten los puntos y los demás aceptan, Ricardo gana el juego y la madre expresa que ganó porque ya conoce el juego.

Para el siguiente juego Ricardo dice que les va a repartir unos carritos, mientras los elige le da un muñeco “transformer” al padre para que lo arme, exponiendo que nadie lo puede armar, el padre acepta armarlo y Ricardo va por los carritos, la madre interviene comentando que *“sería mejor un juego de mesa”* (sic) pero no aceptan. Al repartir los carritos escoge primero los del padre, le pide a la mamá que le cuide unos carritos que serán para él; cuando Ricardo saca el carrito policía la madre pide ese y Ricardo dice: *“si tu vas a controlar los carritos”* (sic), la madre afirma: *“yo voy a controlar que los carritos no se vayan”* (sic), la madre pone letreros como medidas de seguridad y explica para que son. El padre dice que su carrito vuela, mostrando con su mano que va por el aire, Ricardo añade que van a jugar carreras, al hacer esto la madre intenta controlar la velocidad pero no se lo permiten y agrega *“me sacaron del juego”* (sic), baja su tono de voz y dice *“respeten las señales, no se vale tienen que respetar el área de aquí”* (sic), nadie responde ante esto.

Poco antes de finalizar se les pide que guarden los juguetes y los tres lo hacen, se dirigen a la caja de carritos y lo guardan. La psicóloga pide a Ricardo que espere un momento afuera mientras platica con sus padres.

Se hace una reflexión sobre el juego que se observó, se señala la situación que se presentó cuando la madre pedía que respetaran las señales y el padre no las siguió, surgieron temas de que el padre antes tenía conductas que la madre no aprobaba, su relación no era estable y tenía que estar muy pendiente de su esposo; se clarifica como en el

juego la madre señala que será la policía que los controle y haga que no se vayan, los señores se ríen y agregan que tuvieron muchos problemas cuando Ricardo era pequeño. Lo que llevó a concluir que la madre estaba ensimismada en la relación de pareja, tratando de mantener su relación y esto le demandaba mucho tiempo.

Para finalizar, se le pide la opinión del padre del proceso terapéutico, comentando que ve cambios de conducta en el niño, han comenzado a jugar más en la casa. La psicóloga explica la importancia del juego en casa y la manera en que ha de jugarse con el niño, utilizando las señales o reglas dentro del juego para que Ricardo lo haga de forma cotidiana, el padre interviene y comenta que la madre le ha explicado cómo debe hacerlo y lo han practicado en casa.

Sesión 13

En esta sesión se retoma con Ricardo lo que se ha revisado durante las sesiones. El sujeto dice que ha tenido avances en la escuela, ya que ahora no tiene reportes, ha podido estar tranquilo en el salón y en su casa sus padres le han quitado la responsabilidad de cuidar a sus sobrinos, lo que ha permitido que esté más tiempo con sus padres, enfatiza que ahora sale con ellos solo y en ocasiones van sus sobrinos, lo que antes no sucedía; comenta que se está listo para terminar con el proceso, dice que quiere realizar alguna actividad por las tardes, se indaga sobre este tema y se concluye que le gustaría entrar a un equipo de fútbol y se lo comentará a sus padres. Se decide que quedarán dos sesiones más y se finalizará con el proceso.

Sesión 14

En esta ocasión se invita a Ricardo y a su madre a pasar. Ricardo elige jugar a construir la ciudad que se ha realizado en sesiones anteriores. Ricardo va guiando a la madre en lo que deben construir con el juego, la madre se muestra atenta a las

instrucciones que recibe de él, hace un comentario dirigiéndose a Ricardo, “*qué bueno que hay policías y ambulancias para ayudar a la gente*” (sic), Ricardo contesta “*también vamos a poner bomberos*” (sic), al terminar la construcción de la ciudad pasan a la casa que se ha realizado anteriormente, ahí la madre interviene y dice “*vamos a poner a papá, a ti y a mí, para que ponemos desconocidos*” (sic), Ricardo se ríe y eligen a los personajes, eligen una familia de osos pandas; en el juego la madre prepara la comida, Ricardo se baña en la piscina que han formado y el padre va a comprar cosas que faltan para la comida, la psicóloga interviene y comenta dirigiéndose a Ricardo, “*tu madre cocinando en el juego como lo hace en tu casa, pendiente de que comas sano y tu padre también llevando más comida a tu casa*” (sic), Ricardo vuelve a reírse y agrega “*a veces yo como solo*”(sic), entonces la madre le contesta “*si Ricardo pero estoy trabajando, ojala pudiera estar ahí, además no tardo y llego pronto*” (sic), para hacer el cierre de la sesión, la psicóloga hace un resumen de lo que se ha jugado y la relación que tiene con lo que sucede en su casa. Ricardo concluye “*yo hasta me regreso solo a mi casa, como lo que me deja mi mamá en la casa y la espero mientras veo televisión*” (sic). Se aclara que antes, cuando era pequeño no podía realizar estas actividades, pero ahora con la edad que tiene puede hacer cosas de manera independiente, aclarando que habrán algunas que poco a poco se irán agregando.

Al inicio del proceso la madre parecía perseguirlo durante el juego y no era capaz de expresarle a Ricardo sus emociones u opiniones, lo que impedía que se desarrollara el juego. Esto lo llevaba a cabo en el día a día, dejando que Ricardo tome toda la responsabilidad sobre sus conductas sin tener una consecuencia o retroalimentación por parte de su madre. Ahora en el juego hay una respuesta a las conductas que se deciden, la madre está pendiente de lo que hace durante el juego y recibe una respuesta de ella, así

como en su casa, que ahora mientras están por las tardes la madre se acerca a Ricardo y cuestiona sobre su día, juegan u observa su juego.

Sesión 16

En la última sesión la madre antes de entrar comenta que Ricardo estaba renuente de acudir, ya que se siente listo para terminar con el proceso terapéutico. Se observa un cambio de ropa en el niño, lleva una camisa y unos zapatos como botas.

Al entrar se le pide que recuerde porque motivo había llegado a la terapia, el sujeto esconde la cara y con los hombros hace una señal de que no sabe, sin embargo la psicóloga le dice que ese será el último día de las sesiones y le gustaría saber su opinión. Ricardo dice que era por los problemas que tenía en la escuela, mientras se mantiene con la cara escondida, poco después levanta la cabeza y dice que ahora hace mejor sus tareas y en la escuela se dirige a la maestra cuando le sucede algo, agregando que su padre juega más con él.

La psicóloga pregunta que le gustaría jugar, ya que será el último día y le gustaría que jugarán algo antes de que su madre entre a la sala de juego, Ricardo elige el juego de bloques de construcción, se mantiene en silencio mientras se realiza el juego, al terminar pide que se cuenten las fichas que ganó.

Se le pide a la madre que entre a la sala de juego, se sientan y la psicóloga expone que será la última sesión como habían decidido, le pide a la madre que le comente a Ricardo como se siente con el término de la sesión y madre expone *“Ricardo te trajimos aquí por tu conducta en la escuela, hemos estado en diferentes lugares para saber cómo debemos hacerlo y he visto que has cambiado tu forma de relacionarte con los demás, has mejorado mucho y estamos orgullosos de ti”* (sic), mientras la madre pausadamente comenta lo anterior Ricardo intenta interrumpir para comentar que van a jugar, pero la madre se

mantiene diciendo las mejoras que ha visto. La psicóloga aclara que Ricardo esta interrumpiendo porque la madre está expresando las cualidades que ha descubierto en él y esto le puede ser difícil escucharlo porque no sucede con frecuencia.

Durante el juego se mantiene una conversación de lo que se va a realizar ahora que no irá a la consulta, la madre comenta que ya recibió por parte de varias instituciones apoyo psiquiátrico y psicológico por lo que le gustaría que Ricardo entrara a una clase o deporte por las tardes, Ricardo interviene diciendo que le gustaría estar en su casa por las tardes y no necesita de esto; la psicóloga le propone a la madre que los dos conozcan las opciones y decidan, ya que había platicado con Ricardo la posibilidad de asistir a futbol.

Durante el juego se organizan para jugar mejor, la madre felicita en varias ocasiones a Ricardo por el juego.

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El presente estudio de caso aborda la elaboración de un duelo mediante la promoción de la relación entre madre e hijo para así resolver las dificultades que se presentaron en la relación objetal de la infancia y se favorezca la reducción de los síntomas asociados al TDAH. Al vivir ésta pérdida se presentaron angustias y se reavivaron los contenidos inconscientes acerca del objeto primario, que en éste caso es la madre, quien durante las sesiones ayudará al sujeto a fortalecer su yo y con su cuidado proveerá de capacidades al infante para facilitar los procesos de desarrollo y así se podrá observar la reducción de las conductas inapropiadas que surgieron ante las angustias.

El siguiente apartado muestra un análisis global del estudio de caso, incluyendo el inicio de la consulta con el motivo manifiesto, las características individuales del sujeto, las entrevistas con la madre, las pruebas proyectivas aplicadas y finalmente la observación del juego, todo esto con el objetivo de conocer el contenido consciente e inconsciente a lo largo de las sesiones relacionadas con el duelo no elaborado aunado a la relación entre madre hijo que haría más frecuente la expresión de los síntomas del TDAH.

La madre acude al Servicio de Apoyo Psicológico (SEAP) solicitando apoyo psicológico para su hijo de 11 años, refiriendo:

“Su conducta, es impulsivo, empuja a sus compañeros, tira lápices, no pone atención en clase”. Las conductas antes mencionadas ocurren en la escuela, en casa la madre expone que Ricardo es tranquilo.

Se presentará a continuación un panorama general sobre el proceso terapéutico, aquí se expondrán los objetivos acompañados del análisis de cada sesión.

Análisis de sesiones

Sesión	Objetivo	Análisis
1	Explorar el motivo de consulta, la historia personal, familiar, escolar y social del sujeto, así como la relación que ha establecido él con su entorno.	Existen conductas inapropiadas que se presentan en la escuela y que se han acentuado o ha aumentado la frecuencia de los síntomas del TDAH en los últimos meses. La madre presenta evidencia de culpa, ya que en el pasado uno de sus hijos diagnosticados con este trastorno no fue atendido, lo que la ha hecho sentir una madre insuficiente de recursos para brindarle seguridad a su hijo Ricardo, que también tiene un diagnóstico de TDAH.
2	Continuar con la búsqueda de información relevante en la vida de Ricardo.	Ricardo tiene la fantasía de que siente la presencia de su abuela fallecida, lo que muestra un posible duelo no elaborado. Existe la manifestación de celos por parte de Ricardo hacia sus sobrinos, que nacieron hace un año y algunos meses, lo que implica que Ricardo sienta abandono de los padres.
3	Realizar encuadre del proceso, empatizar con el niño y ejercer un interés genuino por conocer lo que desea expresar.	Muestra conductas agresivas propias de la fase anal y lo relacionado al control de su propio cuerpo, lo que concuerda con la entrevista, cuando la madre expone que Ricardo utilizaba

		<p>en exceso el papel cuando se limpiaba las heces, o el shampoo cuando se bañaba, haciendo.</p> <p>Muestra un juego agresivo, evidencia la necesidad del establecimiento de las reglas y los límites.</p>
4	<p>Observar los juegos y conductas que presenta en la sesión.</p>	<p>Lleva un sueño a la sesión, muestra el duelo no elaborado, llevando al sueño el anhelo de verla, en la entrevista con la madre habla de su preocupación porque Ricardo dice que siente la presencia de su abuela.</p> <p>Culpa por expresar impulsos agresivos.</p> <p>Rivalidad con sus sobrinos.</p>
5	<p>Aplicar pruebas proyectivas</p>	<p>Dificultad para regular la impulsividad, identificación con el padre, figura de la madre como inhibida. Falta de límites en él, en el entorno, o ambos.</p>
6	<p>Observar el juego que se presenta entre madre e hijo, para conocer la expresión consciente e inconsciente de la relación.</p>	<p>Falta de límites en el entorno, el sujeto pide contención de sus acciones. La madre persecutoria ante el niño, exigencia del control de sus acciones, olvidando el proveer de herramientas suficientes para este control de impulsos.</p>
7	<p>Conocer la fantasía respecto al</p>	<p>Idealización del objeto perdido y búsqueda</p>

	objeto perdido.	compulsiva de éste. Externa que su madre está ausente por la atención que tiene ante las demandas de sus sobrinos.
8	Elaborar el duelo.	Se presentan los ajustes que se han hecho en casa ante la pérdida de su abuela materna. Se señala el desplazamiento de celos a sus sobrinos como mecanismo ante la demora de sus padres por atender las necesidades de Ricardo.
9	Clarificar el duelo, fortalecer el juicio de realidad e integración sintética. Integrar la imagen de la madre, mostrar a una madre buena y fuerte, capaz de cubrir sus necesidades.	Ante la muerte de su abuela, identifica que la madre es una figura que ha sido constante, capaz de brindarle seguridad.
10	Fortalecer las funciones de regulación y control.	En el juego requiere la regulación externa para controlar su conducta. En el juego busca seguridad y apoyo. Se estructura el juego, se crean límites ante la conducta.
11	Integrar al entorno como fuente de apoyo. Fortalecer las funciones de regulación y control.	Integración de la figura buena de los padres. Iniciativa de regular la conducta mediante el entorno, así como identificación con la autorregulación.

12	Fortalecer las funciones de regulación y control de los impulsos.	Introyección de las normas sociales. Función sintética- integrativa en función al reconocimiento y aceptación de las normas sociales.
13	Integración de figuras parentales buenos.	Se muestran necesidades afectivas insatisfechas, regresión adaptativa al servicio del yo. Se muestra insatisfecho con la demora de atención a sus necesidades. Reparación de las figuras parentales.
14	Obtener y brindar información sobre el proceso.	Disminución de los sentimientos de culpa y angustia de la madre. Conocimiento de los cambios de conducta de Ricardo. Resistencia de la madre, dudas sobre finalizar el proceso, ya que se han observado cambios suficientes. Mensajes ambiguos en la expresión del interés sobre el proceso y al mismo tiempo interés en finalizarlo.
15	Fortalecer la relación entre madre e hijo. Señalar durante el juego lo expresan ante éste.	Cambio en la elección del juego a uno propio de la latencia. Búsqueda de que la madre facilite el desarrollo de Ricardo y se adquiera un yo fuerte. Resistencia de Ricardo ante una madre que reduce las angustias. Se aclara que expectativas tiene la madre sobre Ricardo y que se ha hecho

para que él lo logre.

- 16** Integrar al yo de Ricardo una madre buena, capaz de reducir las angustias, ligadas a la pérdida de un objeto importante. Ricardo externaliza un yo débil, con necesidades afectivas insatisfechas, mostrando que hay una demora ante sus necesidades. La madre siente empatía por Ricardo, al conocer que el niño requiere de afecto de un modo distinto, que abarque otras áreas la atención de los padres hacia él. Expresa la ausencia del padre ante el trabajo y la incertidumbre de saber si estará con él cuando lo requiera.
- 17** Fortalecer la relación entre Ricardo y sus padres, reconocer a sus padres como proveedores de seguridad. Aumentar el nivel de gratificación de las relaciones familiares. Proyecta su enojo ante la ausencia del padre. Resistencia a continuar con el tratamiento. Se propuso acudir a futbol como fomento de independencia e inclusión a un grupo de compañeros.
- 18** Disminuir las ansiedades ante la pérdida de una figura importante mediante la contención de los padres y el fortalecimiento de la relación. Expresa identificación con el padre, alianza para desvalorizar la conducta de la madre. El padre rompe reglas y la madre es quien intenta contener a los dos. Se concluye que la madre ha permanecido enfocada en contener la conducta

<p>entre ellos.</p>	<p>del padre y esto ha consumido energía para brindar contención a Ricardo, así como el padre ha tomado un rol como proveedor económico y faltan aportes a las reglas en casa.</p> <p>El padre ha prestado más atención al niño y ahora juega más con él.</p>
<p>19 Exponer los logros obtenidos durante el proceso.</p>	<p>Reducción de las conductas impulsivas, mayor autorregulación y regulación del entorno.</p> <p>Integración de padres que proveen apoyo.</p> <p>Disminución de la rivalidad entre sobrinos.</p>
<p>20 Explorar los alcances en la relación madre e hijo, fortalecer los logros.</p>	<p>Más comunicación entre madre e hijo, se elaboran preguntas entre ellos y deciden juntos.</p> <p>La madre refleja al niño sus logros y lo dota de satisfacción en la relación afectiva. Comentarios relacionados a la fase de latencia.</p>
<p>21 Evaluar el proceso terapéutico y analizar los alcances.</p>	<p>Resistencia al cierre del proceso.</p> <p>Cambios en la apariencia del niño relacionados con la fase de latencia.</p> <p>La madre expone la mejora ante el rendimiento escolar del niño, así como la mejora en su relación madre e hijo.</p>

En el proceso de diagnóstico se han utilizado cinco técnicas para conocer el motivo latente, estas fueron la entrevista inicial con los padres, sesiones de terapia de juego psicoanalítica, dibujo de figura humana, dibujo de la familia y finalmente la interpretación de los sueños; estos instrumentos se han utilizado para conocer material inconsciente y a partir de esto realizar una hipótesis del motivo latente por el que es requerido el servicio de terapia.

La entrevista inicial nos ayudará a conocer lo que no es posible ver a simple vista (Aberastury, 1984) con respecto a la información que nos proporcione la madre, en este caso ella proporcionó información sobre la historia personal de Ricardo y la relación entre él y su entorno, gracias a esto fue posible saber que las conductas inapropiadas, como empujar a sus compañeros, tirar lápices, no poner atención en clase, suceden únicamente en la escuela, ya que en otros espacios el infante no tiene llamados de atención; al respecto, la escuela reporta que se han presentado con más frecuencia las conductas inapropiadas relacionadas con el diagnóstico del Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad, desde hace unos meses.

Durante la sesión la madre revela que siente culpa, ya que su hijo mayor fue diagnosticado con TDAH hace varios años y no fue atendido, por lo que en la actualidad está preocupada porque se le proporcione la atención necesaria a su hijo Ricardo para reparar lo que se presentó en el pasado con su hijo mayor, pero esta decisión no se presenta hasta que fallece su propia madre, este caso la abuela materna de Ricardo; se presentan diversos ajustes en el entorno y en el infante.

Al revelar información sobre la muerte de la abuela materna de Ricardo, se plasma que existe un duelo no elaborado por parte de Ricardo, donde la función yoica de prueba de

realidad está afectada por este duelo y ocurren expresiones que manifiestan el deseo de estar cerca de su abuela materna.

Finalmente, la madre expone que el nacimiento y llegada de los sobrinos de Ricardo es otro evento relevante que moviliza al entorno y para Ricardo representa un ajuste en él y su familia, Ricardo ante la atención que reciben sus sobrinos por parte de los padres simboliza que se reducirá la atención a sus necesidades, aunado a que el yo de Ricardo se encuentra débil ante la pérdida de un objeto que cumplía con un rol que proporcionaba seguridad y/o en su caso autoconservación, por lo que en este momento necesitará que sus padres lo ayuden a soportar las angustias surgidas por pérdida. Lo anterior es un reconocimiento de la imagen de la personalidad del niño y un diagnóstico familiar desde una perspectiva psicodinámica (Duhressen, 1976).

En las sesiones de juego diagnóstico con Ricardo, se observan conductas agresivas relacionadas con la fase anal, que a su vez están relacionadas con el control de su propio cuerpo (Padilla, 2003), así como la necesidad de límites y reglas. Desplaza a sus sobrinos mediante los celos, las angustias que surgen debido a la pérdida de su abuela materna y a la demora de sus padres por atender sus demandas. Finalmente mediante un sueño expresa las angustias que han surgido debido a que este sujeto era indispensable para el psiquismo de Ricardo.

Mediante la observación del juego entre madre e hijo desde una mirada psicoanalítica, se observó que existe falta de límites en el entorno, ya que en el juego estaba permitido cualquier conducta que el carrito decidiera, como ponerse en riesgo al conducir a alta velocidad, no tener altos o no respetarlos; el sujeto proponía en el juego la regulación y contención de sus acciones a la madre, esto cuando señalaba que deben ponerse multas a los que conducen rápido. La madre se mostró persecutoria al chocar los carritos y seguir a

Ricardo a un ritmo que parecía exigente en el control de los impulsos, pero no proporcionaba herramientas para que esto suceda.

Para concluir con el diagnóstico se han utilizado dos técnicas proyectivas para poder integrar todos los aspectos relacionados con el sujeto, en el análisis de los instrumentos se obtuvo que existe culpa por conductas agresivas, dificultad para regular impulsividad, identificación con el padre, la figura de la madre como inhibida y falta de límites en él y su entorno; la información anterior se encuentra relacionada con las técnicas utilizadas anteriormente para conocer el motivo latente.

Después de haber expuesto los datos relevantes de los instrumentos para el diagnóstico, se presentará una descripción de la evolución de lo que sucedió en las sesiones.

En la primera sesión se hace un análisis del sueño que tuvo el sujeto, se contempla que existe idealización del objeto perdido y la búsqueda compulsiva de él, ya que mantiene recuerdos de que su abuela lo atendía y cubría sus necesidades, añadiendo durante la sesión que existe una demora en la atención de sus necesidades por parte de sus padres, desplazándolo a sentir celos hacia sus sobrinos.

En la sesión siguiente se retoma el duelo no elaborado, se platicas obre los ajustes que se han hecho en casa después de la muerte de su abuela materna, lo anterior para facilitar la continuidad de las experiencias que ha vivido él y su familia con el objetivo de incrementar la función sintética integrativa. Así mismo reconocer las emociones que se encuentran presentes en la relación que mantiene con sus sobrinos.

Durante la tercera sesión identifica a la madre como figura constante capaz de brindarle seguridad, se fomenta el sentido de realidad al llevarlo a los acontecimientos actuales y percibir como la familia y él están integrando la pérdida de esta figura, es ahora cuando el duelo no elaborado se descubre para observar que la madre será la que ayude a

Ricardo a mantener la autoconservación, que en un momento vio perdida ante la falta de su abuela materna.

En la segunda fase que abarca de la cuarta a la séptima sesión, Ricardo al principio muestra un juego agresivo relacionado con la fase anal, representando autos que conducen rápido, choques, muertes, entre otros, por lo que en esta fase, se fortalecen las funciones de regulación y control. Estas sesiones se caracterizan por la construcción de una ciudad, se agregan al juego bloques como parte de la integración de las reglas y el control de las conductas como forma de autorregulación. Se incluyen juguetes de personas profesionales, como policías, bomberos, mecánicos y un médico, que representan las normas sociales y ayudan a la gente del entorno durante el juego; aquí muestra conductas guiadas por la autorregulación al permitirse mediante el juego metabolizar las normas sociales, los límites y tener la contención que brinde apoyo mediante el terapeuta. La función sintética integrativa y de regulación y control se fortalecen, en el caso de la sintética integrativa Ricardo introyecta las normas sociales mediante su juego.

Surgen juegos en estas sesiones que ponen en manifiesto la integración de una madre y padre buenos capaces de satisfacer las necesidades de Ricardo, como cuando se construye una casa y los padres proveen de alimento, existe necesidad de reparar mediante el juego la relación entre él, su madre y padre; juega al veterinario (médico) que cura a una mascota, Ricardo proyecta esta necesidad de afecto mediante la identificación con la mascota.

En la octava sesión, se tiene un encuentro con la madre, se disminuyen los sentimientos de culpa y angustias de la madre, se aclara lo que ha hecho ésta por atender las demandas ante la conducta de Ricardo. La madre expone que han notado cambios, como que existen menos reportes en la escuela, no llama la atención de sus compañeros y no sube

más a la reja; seguido a esto expone resistencia de que se continúe el proceso, preguntando la temporalidad para concluirlo, sin embargo al finalizar la sesión la madre concluye que continuarán viniendo.

La tercera fase se presenta un cambio representativo en el juego de Ricardo y pasa juegos propios de la latencia, un cambio relevante durante el proceso.

Durante estas sesiones se fortalece la relación entre madre e hijo, así como entre padre e hijo. Con la madre y Ricardo se aclara la forma en que ésta lo motiva, durante las sesiones la madre facilita el desarrollo mediante sus palabras que simbolizan el afecto que le proporciona. Ricardo muestra resistencia cuando sucede esto, pero se reduce con el paso de las sesiones, esto como muestra a la introyección de una madre buena capaz de fomentar en él un yo fuerte. Se aclaran las expectativas que la madre tiene sobre Ricardo y las herramientas que ella le pueda proporcionar.

En la sesión 16 Ricardo se identifica con un personaje enfermo, externaliza un yo débil ante las necesidades actuales; la madre muestra empatía al conocer que el niño requiere atenciones de formas distintas, esto lo representa Ricardo en su juego, cuando expone que para el personaje el medicamento no es suficiente y se aclara durante el juego que las situaciones que se presentan en casa abruma el rendimiento escolar (Mannoni, 2003).

En la sesión 17 Ricardo externaliza angustias sobre la ausencia de su padre al no acudir a la sesión y no estar presente en casa, se aclaran estas ideas sobre la ausencia, llevándolo a que reconozca las funciones que realiza su padre en él. Resistencia a continuar con el proceso, expone los cambios que el medio expresa hacia él y pretende que con esto pueda concluirlo, a partir de esto se cuestiona sobre las actividades que hace propias de la

latencia, con la intención de fomentar la independencia y las relaciones con sus pares (González, Romero y Tavira, 2011).

En la sesión con el padre, la madre y Ricardo, se elige un juego de construcción, evidenciando la intención de integración por parte del sujeto. Se observa identificación con el padre y en sesión muestran una desvalorización a la madre, al realizar comentarios sobre el juego de la madre. Se observa que el padre rompe reglas y la madre es quien lo contiene a él y a Ricardo, se muestra enfocada a contener al padre y se reduce la contención hacia su hijo.

En las últimas sesiones se observa una reducción de las conductas impulsivas, mayor autorregulación y regulación por parte del entorno, la madre en el juego expresa comentarios que favorecen la integración de estas normas y control del propio cuerpo. La madre proporciona claridad sobre las atenciones que recibe de ésta, Ricardo integra a éstos padres que proveen apoyo. Se abordan temas relacionados con la latencia, como los cambios que han surgido en las actividades que realiza, tomando en cuenta que las necesidades de su pasado ya no son las mismas que en la actualidad.

Se observa que la comunicación entre ellos ha aumentado, ahora se elaboran preguntas entre ellos y deciden situaciones juntos. La madre refleja a Ricardo sus logros y lo dota de satisfacción en la relación afectiva.

Durante el cierre del proceso se muestra resistencia por parte de Ricardo, baja la cabeza en varias ocasiones durante la sesión. Se observan cambios en la apariencia física, mostrándose un cambio de la niñez a la pubertad, una actitud de escucha y análisis de las situaciones. La madre por su parte expone ante Ricardo los cambios que ha visto en su rendimiento escolar, así como en su relación entre madre e hijo.

5.1 Alcances y limitaciones

Al recabar información amplia sobre el sujeto mediante entrevistas, el juego diagnóstico, las técnicas proyectivas y la psicodinamia se obtuvo un panorama global del sujeto y su entorno, esto contribuyó a proponer un motivo de consulta latente, por lo que el diseño de la intervención abarcó diferentes áreas y no se centró únicamente en el motivo de consulta manifiesto; esta intervención llevada desde un enfoque psicoanalítico ayudó al sujeto a reducir angustias que se encuentran en el inconsciente y mediante éstas reducciones se observaron cambios en las conductas que se describen en el motivo manifiesto.

El objetivo general de la investigación estuvo centrado en elaborar un proceso de duelo mediante la promoción de la relación entre madre e hijo, y así favorecer la reducción de los síntomas manifiestos del sujeto; mediante la intervención con la terapia de juego psicoanalítica fue posible alcanzar el objetivo general, a continuación se describen los alcances de la investigación:

Se elabora el duelo a través de lo que comunica Ricardo en relación al sueño que tuvo con su abuela materna, lo que implica que al hablar de esto e integrar lo que ha sucedido se fortalezcan diversas funciones que en la psicodinamia parecen estar perturbadas por las angustias surgidas ante la pérdida, como prueba de realidad, sentido de realidad, relaciones de objeto y función sintética- integrativa. Ricardo en la terapia de juego psicoanalítica introyecta una madre buena capaz de reducir las angustias que surgen ante la pérdida de un objeto primario.

En las sesiones de juego con Ricardo se reducen los obstáculos para favorecer la relación entre madre e hijo, se reducen los sentimientos de culpa propios de la fijación primaria que surgen ante el duelo.

Ricardo logró integrar un entorno distinto al que había idealizado por la pérdida, como platicar sobre las actividades que realiza en la actualidad con sus padres, que funciones tienen ante él y contemplar que se encuentra en una etapa de cambios.

Surgieron cambios en la relación entre madre e hijo, la madre mostró empatía con Ricardo y observó que su hijo tiene diversas necesidades y no únicamente el ámbito escolar; logró comunicarse con Ricardo para favorecer diversas áreas de su desarrollo, mostrando empatía, comprensión de las necesidades, motivando al sujeto y proponiendo límites ante la conducta.

La madre cambió las expectativas que tenía sobre Ricardo, comprendió que él es distinto a su hijo mayor, lo que promovió la empatía entre ambos. Ricardo introyecta a una madre buena capaz de satisfacer las necesidades indispensables para el desarrollo psicológico sano, una madre que procura la contención de su hijo para que Ricardo aprenda sobre la autorregulación.

Entre los alcances obtenidos relacionados con la reducción de los síntomas manifiestos de los que habló la madre en un principio, Ricardo logró observar sus conductas y autorregularse, esto debido a que en las sesiones de juego se fortalecieron funciones como la regulación y control de impulsos, la barrera de estímulos y juicio.

En las sesiones se crean límites ante la conducta, que en un principio provenían únicamente del entorno, pero con el paso de las sesiones Ricardo las introyecta y toma el control de sus conductas. Se proporciona un espacio de empatía y se muestra con el juego la forma en que el entorno funciona, proporcionando seguridad para que lo practique dentro del cuarto de juego.

Las conductas que en un principio la madre describe se reducen, ahora en el área escolar no hay reportes de un comportamiento impulsivo, se reduce la frecuencia en que se

levanta a platicar con sus compañeros y ya no escala la reja, ahora en casa se contempla una forma distinta de motivar a Ricardo para los logros que se esperan en la escuela, la madre proporciona certidumbre al exponer a Ricardo cada semana las recompensas que se obtendrán al finalizar la semana cuando se logren las conductas esperadas.

Ahora Ricardo se percibe como un sujeto que está cambiando y que requiere apoyo para cubrir las necesidades que se presentan de acuerdo a su edad, la madre y Ricardo deciden que posiblemente asistirá a una clase extraescolar para fomentar su desarrollo.

Se aclara el panorama familiar, la función de los padres y del sujeto como hijo, también, se reducen las responsabilidades que tiene Ricardo con sus sobrinos, ubicándolo como un infante al que le corresponde jugar con ellos, así mismo se aclara la posición de los padres ante sus nietos, lo que hace que Ricardo no desplace el enojo a sus sobrinos.

Entre las limitaciones que se consideraron encontramos que la figura del padre es relevante para la contención de las conductas, así como el aprendizaje de los límites y al estar ausente en las sesiones pudo impedir una mejor integración de estas reglas y el fomento de la autorregulación.

La madre y Ricardo mostraron resistencia a continuar con el proceso en momentos cercanos, lo que hizo que la terapia avanzara rápidamente, la madre expuso la urgencia de conocer el momento de cierre de proceso.

5.2 Sugerencias

El Trastorno Déficit de Atención con Hiperactividad es diagnosticado a una alta población de niños y adolescentes y esto va en aumento, es entonces que el psicólogo clínico encargado de este diagnóstico y tratamiento pudiera encontrar alternativas a la intervención tradicional con la terapia cognitivo conductual; el psicólogo mediante un enfoque psicoanalítico podrá obtener material inconsciente y aventurarse a que el niño

resuelva no solo las dificultades de ahora, sino las que trae del pasado que influyen en la actualidad, esto permitirá al sujeto conocer las áreas que están afectas y que probablemente estén influyendo en la conducta del presente.

Intervenir de manera individual con el niño e intervenir en la relación entre sus padres y él, podrá facilitar el conocimiento del entorno y de las relaciones familiares, proporcionando una atención global de lo que sucede en la historia familiar, ya que el niño se encuentra inmerso en este entorno, así mismo él sujeto de manera individual tiene sus angustias y al reconocerlas se podrá ampliar el campo de intervención.

La terapia de juego puede llevar a que la madre y su hijo resuelvan en un ambiente seguro las dificultades que se han presentado a lo largo de la relación, tanto el niño como la madre exploran de manera simbólica situaciones con contenido inconsciente y en el juego se vuelven susceptibles estas expresiones, lo que facilitará que el niño pueda tener una imagen de la realidad externa e interna (Padilla, 2003).

Se sugiere seguir explorando e investigando más sobre la aplicación de la terapia de juego psicoanalítica en los casos de niños con TDAH, para así continuar con el registro de los cambios que se observan en la conducta de los niños que son diagnosticados con el trastorno.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1984). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Álvarez, S., Escoffié, E., Rosado, M. & Sosa, M. (Eds.). (2016). *Terapia en contexto*. México: Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Panamericana.
- Ayala, J. Vega, E. López, Z. (2013). El TDAH en el adolescente. *Ra Ximhai*, 9 (4), 67- 75. Recuperado de (<http://www.redalyc.org/pdf/461/46129004006.pdf>).
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Diana.
- Barkley, R. (2011). *Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (1ª Ed.)*. Madrid, España: Paidós.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Blinder, C., Knobel, J. y Siquier, L. (2004). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: Síntesis.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Brune, A. (2009). *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*. Barcelona: Herder.
- Bugueño, M. & Pardo, J. (2007). *Comprensión del trastorno por déficit atencional con hiperactividad: una mirada desde el psicoanálisis (Tesis licenciatura)*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile.
- Campo, A. (1993). *Teoría clínica y terapia psicoanalítica 1957- 1991*. Barcelona: Paidós.
- Cantón Duarte, J., Cortés Arboleda, M., Cantón Cortés, D. (2011). *Desarrollo*

- socioafectivo y de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Chazaud, J. (1979). *Las psicoterapias del niño*. Barcelona: Oikos- tau.
- Chávez Palencia, T. (2014). Análisis del fenómeno del TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en la Dirección de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Jalisco. Los intentos de hacer invisible la subjetividad en los ambientes escolares. *Diálogos sobre educación*, 5 (8). Recuperado de http://www.revistadiálogos.cucsh.udg.mx/sites/default/files/de814_analisis_del_fenomeno_del_tdah.pdf.
- Delgado Mejía, I., Rubiales J., Etchepareborda M., Bakker L. y Zuluaga, J. (2012). Intervención Multimodal del TDAH: El papel coterapéutico de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21 (1), 45- 51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281925884005.pdf>.
- Doltó, F. (2ª Ed.). (1992). *La causa de los adolescentes*. México: Seix Barral.
- Duhrssen, A. (1976). *Psicoterapia de niños y adolescentes*. México: Fondo de cultura económica.
- Esquivel, F., Heredia, M. & Gómez, E (3ª Ed.). (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Fiorini, H. (2013). Conferencia: Las Psicoterapias Psicoanalíticas. Tareas organizadoras del proceso terapéutico. Asociación de Psiquiatras Argentinos residentes en el país y en el exterior, 52, 25- 30. Recuperado de <http://www.apsa.org.ar/docs/sinopsis52.pdf>.
- Frager, R. & Fadiman, J. (2ª Ed.). (2005). *Teorías de la personalidad*. México: Alfaomega.
- Freud, A. (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona: Paidós.
- García Quiroga, M., Ibañez Fane, M. (2007). *Apego e Hiperactividad: un estudio*

exploratorio del vínculo Madre- Hijo. *Terapia psicológica*, 25 (2), 123- 133.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525203>.

Garma, A. (1962). *El psicoanálisis. Teoría, clínica y técnica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Gómez Castro, C., Sentíes Castellá, H., Almeida Montes, L., Ortiz, S., Peña

Olvera, F. & Palacios Cruz, L. (2007). *¿Tendré Déficit de Atención en el Adulto?:*

una guía educativa para los adultos con TDA- A. Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente. Recuperado de

http://www.tdahmexico.com/pdf/Manual_Azul_Rojo.pdf.

González, J. (2011). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. México: Plaza y Valdés.

González, J., Romero, J. & Távira, F. (2ª Ed). (2011). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.

Hernández Basillo, L. (2009). Una visión crítica del Trastorno por Déficit de

Atención con Hiperactividad. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6 (16).

Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100009&script=sci_arttext)

[75272009000100009&script=sci_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100009&script=sci_arttext).

Jara Segura (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E. 10, D.S.M. IV- R

y C.F.T.M.E.A.-R 2000). *Norte de Salud Mental*, 35, 30- 40. Recuperado de

<https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CDUQFjAE&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4830265.pdf&ei=U8FkVfj5HobAtQXJrIHgAQ&usg=AFQjC>

[carga%2Farticulo%2F4830265.pdf&ei=U8FkVfj5HobAtQXJrIHgAQ&usg=AFQjC](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CDUQFjAE&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4830265.pdf&ei=U8FkVfj5HobAtQXJrIHgAQ&usg=AFQjC)

NFI9xnZl_KhSB3e4Lbylft57oMYBw&sig2=Q6SzsO98-
8TN_mxUwXQ2Qw&bvm=bv.93990622,d.b2w.

- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de psicología*, 42 (1), 19- 33. Recuperado de (<http://www.redalyc.org/pdf/970/97024524002.pdf>).
- Kapalka, G. (2007). La colaboración entre pediatras y psicólogos en el diagnóstico y tratamiento de niños con TDAH. *Papeles del psicólogo*, 28 (2), 84- 88. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828204>.
- Kernberg, Otto. (2ª E.d.). (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós.
- Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños 2*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Korzeniowsk, C. & Ison, M. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 65- 71. Recuperado de (<http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921796006.pdf>).
- Lavigne, R. & Romero, J. (2010). *EL TDAH ¿Qué es?, ¿qué l causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Leavy, P. (2013). ¿Trastorno o mala educación?. Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso con TDAH en el ámbito escolar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 11 (2), 675- 688. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/Revistalatinamericanadecienciasocialesninezjuventud/2013/vol11/no2/15.pdf>.
- Llanos, L. (2007). Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y Trastorno Déficit de

Atención con o sin Hiperactividad (ADD/ ADHD): dos diagnósticos que requieren reflexiones críticas. Buenos Aires: UCES. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/78/Trastorno_generalizado.pdf?sequence=1.

López Flores, H. & Zambrano Sánchez, E. (2012). Comparación de funciones ejecutivas en muestra de niños con y sin TDAH de la Ciudad de México. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15 (2), 663- 687. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32372/29768>.

López, L. (2007). Caracterización del desarrollo psicoafectivo en niños y niñas escolarizadas entre 6 y doce años de edad de estrato socioeconómico bajo de la ciudad de Barranquilla. *Psicología desde el Caribe*, 19, 110- 153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21301906.pdf>.

Loro, M., Quintero, J., García, N., Jiménez, B., Pando, F., Varela, P., Campos, J. & Correas, J. (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *REV NEUROL*, 49 (5), 257- 264. Recuperado de http://www.uma.es/media/files/Actualizacion_en_el_tratamiento_del_tdah_1.pdf.

Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica clínica psicológica. *Clínica y salud*, 20 (3), 254. Recuperado de (<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613881006.pdf>).

Mannoni, M. (2003). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Padilla, M. (2003). *Psicoterapia de juego*. México: Plaza y Valdés.

Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., & Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12, 329 – 341. Recuperado de

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=b9841d99-b1bb-46c0-acc0-8a05ca8b8eb%40sessionmgr111&vid=0&hid=128&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=zbh&AN=24127120>.

Peña Olvera, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Facultad de medicina de la UNAM, vol. 43 (6), 243 – 244. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no43-6/RFM43609.pdf>.

Presentación, M., Pinto, V., Meliá, A. & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Psychological Writings*, 2, 21. Recuperado de http://www.esritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol2_3/esritospsicologia_v2_3_3tdah.pdf.

Ramírez, M. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 2 (1), 45- 54. Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-14_0.pdf.

Raya, A. (2008). Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia. (Disertación doctoral). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. Rabanales. Recuperado de [file:///C:/Users/Alejandra%20Casanova/Downloads/Raya-Trenas_Estilos-educativos-parentales%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Alejandra%20Casanova/Downloads/Raya-Trenas_Estilos-educativos-parentales%20(2).pdf).

Schaefer, C. & O´conor, K. (1983). Manual de terapia de juego. México: manual moderno.

Schaefer, C. (2012). Fundamentos de Terapia de Juego. México: manual moderno.

- Serrano Troncoso, E., Guidi, M. & Alda Diez, J. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?. Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas españolas de psiquiatría*, 41 (1), 44- 51. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a61acb56-8f6c-47d2-98a9-d1f440faa851%40sessionmgr114&vid=1&hid=128>.
- Sperling, M. (1993). *Psicoterapia del niño neurótico y psicótico*. Buenos Aires: LUMEN-HORME.
- Tizón, J. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Txakartegi, X. & Fernández, M. (2006). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en Atención Primaria: tratamiento farmacológico con metilfenidato y opciones no farmacológicas. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, vol. 9 (2), 101- 112. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13739/TDAH_y_atencion_primaria_pasado_perspectivas.pdf.
- Universidad Autónoma de México. (2009). Padece Déficit de Atención cinco por ciento de la población infantil Latinoamericana. Recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2009_419.html.
- Vega, L. (2010). Importancia de fomentar el vínculo de apego en la infancia. *Revista mexicana de pediatría*, vol. 77 (3), 103 – 104. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=552ffe79-ff3d-49c8-942e-5b15196fd367%40sessionmgr110&vid=1&hid=128>.
- Winnicott, D. (1993). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. México: Paidós.

- Winnicott, D. (4ª Ed.). (1993). El niño y el mundo externo. Buenos Aires: LUMEN.
- Winnicott, D. (1996). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.
- Zuliani, L., Uribe, M., Cardona, J. & Cornejo, J. (2008). Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones con déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento en Medellín, Antioquia, Colombia 2004-2005. *Latreia*, 21 (4), 375- 385. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180513867003.pdf>.
- Zuluaga, P. (2012). Abordaje del TDAH desde el desarrollo psíquico temprano. (Tesis de maestría no publicada). Universidad de Maizales, Facultad de ciencias humanas y sociales, Maizales, Colombia. Recuperado de http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/267/1/132_Zuluaga_Valencia_Pedro_Alejandro_2012.pdf.

APÉNDICE A

Pruebas proyectivas

Figura A1. Dibujo de la figura humana.

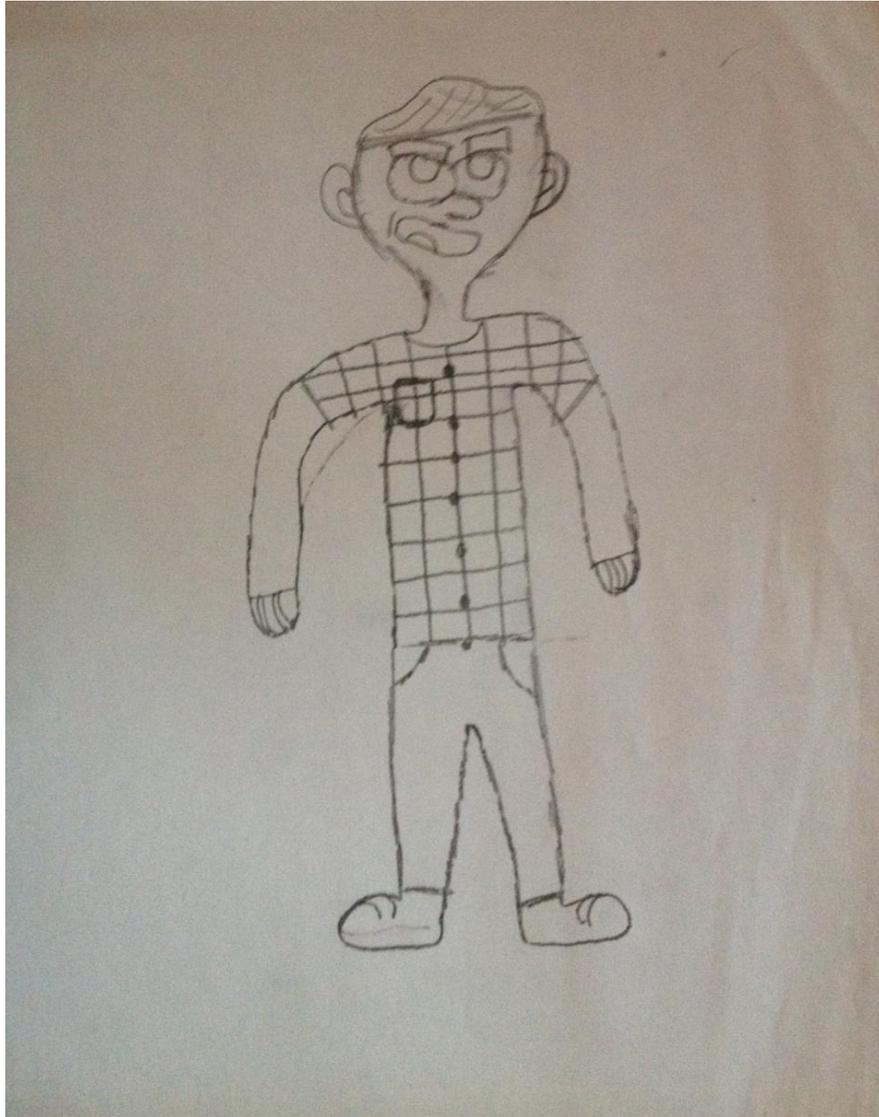


Figura A2. Test del dibujo de la familia.

