



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

“CONFLICTOS EN EL ÁREA EMOCIONAL EN NIÑOS CON Y SIN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD”

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología presenta:

Dulce Rocío González Mosqueda

Directora:

Mtra. Eva María Esparza Meza

Revisor:

Dr. Alberto Javier Córdova Alcaráz



Ciudad Universitaria, Octubre de 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Sencillamente, a los 2 seres que me dieron la vida: mis padres, quienes desde que llegué a su existencia me recibieron con todo el amor posible; haciendo día a día todo por mi bienestar, dándome continuamente su apoyo incondicional y sobre todo, porque han hecho realidad una familia, ¡nuestra familia! Por todo lo que implica sus figuras como mis padres, es que pude llegar a materializar esta meta, este título es para ustedes: los amo.

A Yeli, por ser mi compañera durante mi niñez y darnos estructura juntas, porque la relación que tenemos es única y me ha permitido aprender y experimentar infinidad de cosas, con todos los matices posibles; quien es mi cómplice, mi confidente, mi amiga, mi hermana... para toda la vida.

A Chuy, quien me permite ser esa hermana mayor, que yo imaginé tener; por confiar en mí y dejarme ser parte de sus experiencias: definitivamente a nuestra familia le hacía falta este gran pequeño para estar completa.

A mis hermanas elegidas: Alma, Ana Laura, Gaby, Gualus, Joce, Judith, Keky y Vero, las mujeres que admiro. Quienes me han enseñado que la amistad es un vínculo... sublime, que se puede construir tan distintas como podamos ser. Por estar dispuestas a que envejecamos juntas: porque puedo no tener ciertas cosas, pero sé que ustedes siempre estarán ahí.

A Eva, por todo su apoyo, dedicación, entrega y compromiso con este proyecto, por compartir su experiencia conmigo y creer en mí. Pero sobre todo, por ser mi inspiración y modelo a seguir, al mostrarme lo fascinante y enriquecedora que es la clínica con niños y así, convertir en mi pasión la escucha de esos seres humanos.

A los niños que 'tienen TDAH', éste trabajo es para ustedes; es un intento para que sean libres de una etiqueta y que sean escuchados a través de su propio lenguaje: para que puedan ser niños, ser sujetos, con toda la complejidad que implica.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no habría sido posible sin el apoyo de personas y profesionales muy valiosos, quienes me ayudaron o motivaron de distintas formas para que pudiera concluir con éxito mi proyecto; cada uno de ustedes está en las páginas de este texto y en mi ser, ¡Gracias!

Primero quiero agradecer a quienes emocionalmente han estado conmigo y que en muchos sentidos han influido para que sea quien soy. A mis padres y mis hermanos, que han sido mi soporte y mi aliento; a mis familiares que en muchas ocasiones me han mostrado su cariño y apoyo; a todas y cada una de las personas con que la vida me ha sorprendido, a las que puedo llamar amigos. Soy increíblemente afortunada de tenerlos junto a mí.

Sin duda alguna el apoyo constante de Alberto, mi revisor, hicieron posible que terminara mi proyecto; le agradezco enormemente su supervisión y su disposición a ayudarme siempre, resolviendo dudas, proporcionando ideas, en fin, por todo ¡Gracias!

En forma especial agradezco al Dr. Ortega, quien me alentó continuamente para la realización de mi tesis; cuando no tenía ni idea de cuál sería el tema que quería abordar, él estuvo ahí para brindarme opciones. Gracias por las conversaciones, por las enseñanzas, por la confianza para compartir su experiencia profesional y personal conmigo.

Mi agradecimiento a otra persona importante, es para Lilia Joya, por su gran apoyo para la realización de este proyecto y alentarme a su realización. Y más allá de eso, por compartir conmigo su experiencia: profesional como psicóloga y personal como mujer y permitirme aprender de ella; sobre todo por confiar en mí.

No tengo palabras, ni forma en que pueda expresarle todo mi agradecimiento a Wendy Lara, por su apoyo incondicional para que realizara mi tesis. Porque me abrió las puertas de su clínica y me permitió acercarme a sus pacientes, sus tesoros, confiando en mí sin siquiera conocerme. Y también por compartir su experiencia conmigo, ¡muchísimas gracias Wen!

Un agradecimiento inmenso para los niños que participaron en la investigación y para sus papás, quienes me dejaron acercarme a sus hijos y a su mundo, para conocerlo y poder comprender un poco lo que pasa por su mente. Y con ello, acceder a una perspectiva diferente ante un trastorno que, día con día aumenta peligrosamente. Y definitivamente gracias a las personas que me ayudaron para que pudiera entrevistar a los pequeñines que conocían, sin su ayuda este trabajo tampoco hubiera sido posible.

Y por último, con todo mi ser, mi mayor gratitud es para la Universidad Nacional Autónoma de México, por recibirme como parte de ella y otorgarme la mejor preparación como psicóloga y como ser humano; la cual sin duda, utilizaré para retribuir todo lo que me brindó, en la sociedad en la que vivo y de la que soy parte, para mejorarla y hacer crecer a mi país: ¡porque soy orgullosamente puma y soy orgullosamente Mexicana!

INDICE

Resumen	1
Introducción	3
Capítulo I Desarrollo durante la niñez.	7
• Desarrollo Físico	11
○ Desarrollo motor	13
• Desarrollo Cognitivo	16
○ Desarrollo del lenguaje	21
○ Desarrollo de la memoria	22
• Desarrollo Emocional	24
○ El primer año	32
○ Infancia	35
○ Niñez	41
• Conflicto	50
Capítulo II Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.	59
• Etología	66
• Diagnóstico	68
• Tríada Sintomática	71
○ Inatención y Distractibilidad	71
○ Hiperactividad	72
○ Impulsividad	74
• Trastornos asociados	77
• Curso	78
• Tratamiento	80
• Problemas en el área emocional en los pacientes con TDAH	85

Método	101
Resultados	109
A. Resultados de la entrevista a madres	110
B. Resultados de la entrevista a niños	123
C. Conflictos emocionales	132
Discusión	139
Conclusiones	165
Referencias	169
Anexos	173

RESUMEN

Este trabajo presenta una investigación realizada para determinar los principales conflictos emocionales de los niños con y sin Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. La mayoría de los estudios sobre TDAH, enfatizan los aspectos conductuales del mismo, así que existe poca información respecto a la asociación con el área emocional; lo cual se hace necesario debido a la prevalencia actual del trastorno en la población infantil. La investigación se realizó en 2 grupos de niños: con y sin TDAH, integrados por 10 niños cada uno; con un rango de edad entre 7-11 años y todos en nivel de educación primaria. La evaluación consistió en entrevistas a la madre y al niño y la aplicación del Test de Apercepción Temática para Niños (Bellack, 1949). Los resultados muestran importantes diferencias en cuanto a los conflictos que presentan ambos grupos, tanto en la amplitud como en el contenido de los mismos. Principalmente, el grupo de niños con TDAH mostró una gama mayor de conflictos, entre los que se encuentran problemas de interacción con los compañeros, problemas en la identificación de sí, en la estructuración psíquica, falta de control de impulsos y dificultades escolares, entre otros. Mientras que en el grupo control, estos conflictos no se manifestaron; un conflicto importante en este grupo fue la búsqueda de autonomía. Una de las conclusiones que se derivan del estudio es que los niños con TDAH tienen mayores conflictos en el área emocional, que se encuentran asociados a la presencia del trastorno; esta característica hace necesaria la intervención en dicho ámbito para que el desarrollo del niño no se vea alterado en un sentido negativo y pueda seguir su curso normalmente.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), constituye actualmente uno de los principales padecimientos que afectan a la población infantil a nivel mundial. De acuerdo con las estadísticas, se considera que entre un 3 a un 5% de los niños en edad escolar lo padecen; siendo más frecuente en niños que en niñas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta a nivel mundial, una prevalencia del TDAH del 5%. Esta cifra cambia de acuerdo con el país y los criterios diagnósticos que lo rigen. Así, en Estados Unidos se sitúa entre el 2% y el 18%; en Colombia y en España se ha reportado la existencia de un 14% a 18%. Si se extrapolan las cifras internacionales a México en donde existen 22 millones de niños (as) menores de 14 años, tendríamos que el problema afecta a más de un millón y medio de niños, de los cuales se estima que sólo el 8% está diagnosticado y en tratamiento (Proyectodah, 2008). Estas cifras revelan al TDAH como un importante problema de salud pública.

En los servicios de atención psiquiátrica del país, específicamente en el Hospital Juan N. Navarro, único Hospital Psiquiátrico Infantil en México, uno de cada tres niños que solicitan atención lo hace por TDAH, constituyendo la primera causa de atención en la consulta externa. La estructura del sistema de salud nacional es insuficiente para dar la atención necesaria a la totalidad de niños que la requieren; ante la demanda, el tratamiento a seguir ha sido el farmacológico.

Esta atención enfatiza el aspecto neurológico del trastorno; sin embargo, el TDAH es un padecimiento multicausal, de modo que distintos factores inciden en su etología; inclusive, el ambiente social en el que vivimos tiene influencia en el

trastorno, puesto que nos desenvolvemos en un entorno inestable, que genera también inestabilidad familiar, social, laboral y se ve reflejada en inestabilidad individual. Desde esta perspectiva, el tratamiento debería ser integral, abarcando los distintos factores relacionados.

La interpretación que se realiza de una determinada conducta, en este caso de la hiperactividad y la inatención, debe hacerse considerando la serie de variables que inciden en dichas conductas. Ya en 1974, Doltó consideraba los problemas de conducta como un fenómeno frecuente y asumía su etología, no sólo asociada a problemas neurológicos, sino a otros factores; tal como los problemas de los padres para capacitar a sus hijos para tolerar la frustración y lograr un control de impulsos que les permita vivir en grupo y en conformidad con las normas.

Si se asume que el TDAH es un trastorno de elevada prevalencia en la población infantil, deben tomarse las medidas necesarias para enfrentarlo y posibilitar las mejores condiciones para aumentar la calidad de vida de los niños que lo padecen. Esto implica tomar en cuenta todos los factores que lo desencadenan e incidir en todas las áreas que son influidas ante su presencia.

Lo anterior, hace imprescindible que se desarrollen las pautas adecuadas para el diagnóstico y tratamiento del trastorno en los servicios de salud. Teniendo en cuenta que ambos procesos no deben contemplar únicamente las características intrínsecas del mismo, sino comprender cómo es que está incidiendo en el continuo desarrollo y en todos los ámbitos en los que el niño está inmerso.

Si bien es importante conocer el aspecto conductual y la sintomatología del TDAH e incidir en dichos aspectos, es también elemental reconocer que no se circunscribe únicamente a ellos; sino que tiene incidencia en otros, en los que se desencadenan

importantes procesos que condicionan la evolución del propio trastorno, pero más importante aún, que influyen en el desarrollo del niño.

El aspecto emocional es uno de los aspectos en los que el TDAH tiene incidencia, si bien no es una de las áreas en la que tiene influencia directa, los síntomas generan condiciones que afectan y modifican el desarrollo emocional del niño. Y, siendo éste un aspecto de fundamental importancia en el desarrollo de todo ser humano, las consecuencias que provoque tienen, sin duda alguna, primordial trascendencia en la vida del paciente, en este caso para los niños que lo padecen.

No obstante, ha sido un elemento poco abordado tanto en el proceso diagnóstico como en el tratamiento; dejando así, la conflictiva generada, sin una intervención que permita elaborarla y evitar que incida en problemáticas de mayor magnitud en la dinámica psíquica del individuo.

Por lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo principal conocer la problemática circunscrita al ámbito emocional ante la presencia del TDAH, si es que existen pautas específicas y establecer las diferencias con la población que no presenta el padecimiento.

Los resultados permiten abordar el TDAH desde una perspectiva distinta en la que se incluyen las diferentes áreas en las que el trastorno puede generar conflictos; los cuales a su vez, pueden provocar importantes consecuencias para los niños. El conocimiento de los conflictos emocionales que están asociados al trastorno va más allá de la importancia teórica, puesto que posibilitará desarrollar acciones terapéuticas más específicas que conlleven a un tratamiento integral de los pacientes y que, en consecuencia, su desarrollo se encuentre menos limitado por el padecimiento.

Para tal fin, el presente trabajo aborda en el primer capítulo una perspectiva sobre el desarrollo general en la niñez y posteriormente enfatiza en el desarrollo emocional, desde el nacimiento hasta la edad escolar. Esta última es abordada con mayor especificidad, puesto que es el momento en el que generalmente se detecta el trastorno y es así, en dicha etapa en la que se realizó la evaluación de los niños.

Al final del capítulo se trata el concepto de conflicto, los diferentes tipos de conflictos psíquicos y sobre todo su importancia en el desarrollo emocional y en la estructuración psíquica del niño; para lograr una comprensión más amplia de su significado en la vida del individuo.

En el segundo capítulo se presenta un panorama general del TDAH como trastorno en sí, sus características, diagnóstico, etología y tratamiento. En la segunda parte de este capítulo se recopilan los principales conflictos emocionales que se han encontrado en otros estudios o en la literatura sobre el trastorno y se plantea la importancia del reconocimiento de los mismos para acceder a un abordaje más amplio del TDAH y de sus consecuencias.

El TDAH es, para quien lo padece, mucho más que ser un niño inquieto, inatento o impulsivo; tiene características que no son reconocidas a simple vista, pero que tienen importantes consecuencias en la vida de los pacientes, de los niños. Son estas características, las que deben ser tomadas en cuenta para acceder a una comprensión total del trastorno; que es, en la actualidad, de primordial trascendencia en nuestra sociedad.

CAPITULO I

Desarrollo durante la niñez.

La niñez es un periodo de crecimiento, de maduración física, mental y social, que implica la interrelación de numerosos hechos y circunstancias que permiten la constitución del niño. Durante este periodo, todas las potencialidades están presentes, siendo mediante el proceso de crecimiento que dichas posibilidades se hacen manifiestas.

En algún momento los cambios que se generan en todos los seres humanos a través del tiempo, son apreciables, junto con ciertas características que permanecen estables; estos cambios son parte de un proceso de crecimiento y desarrollo continuo que se presenta a lo largo de la vida de todo individuo. Para constituirse en su totalidad, el ser humano atraviesa una serie de eventos que inician desde la fecundación y continúan toda su vida, mediante los cuales adquiere distintas características y competencias que le permitirán desenvolverse con éxito en el entorno en el que vive.

Ya desde el momento en el que el ser humano tiene una existencia propia en este mundo, posee ciertas habilidades que le permitirán sobrevivir, mismas que fueron desarrollándose durante los meses en que se gestó en el vientre materno. Desde este temprano momento en la vida, el ser humano cuenta con una programación natural para llevar a cabo un proceso evolutivo (Solloa, 2006). Sin embargo, esta programación no está exenta de los factores ambientales en los que se desenvuelve el recién nacido; de modo que éstos en interacción con los factores constitucionales, ya predispuestos, proporcionan la base en la que tendrá lugar el desarrollo.

El desarrollo es un proceso continuo y cada vez más complejo de diferenciación e integración, de movimiento y cambio, de equilibrios y desequilibrios que permitirán (o no) ir accediendo a niveles más sofisticados y avanzados de funcionamiento en las diferentes etapas de crecimiento (Solloa, 2006). Al final de la niñez el ser humano establece una serie de habilidades y capacidades, como resultado de dicho proceso.

La niñez es una etapa de desarrollo fundamental en la que se empiezan a consolidar una infinidad de habilidades y capacidades que permitirán al ser humano desenvolverse con éxito en el medio; se van consiguiendo distintos hitos en el desarrollo relacionados a distintas áreas: física, biológica, cognitiva, psicológica, emocional, que permiten continuar con el crecimiento. Al tiempo que la madurez que logra el individuo lo involucra gradualmente con su ambiente, haciéndolo responsable de éste (Winnicott, 1993).

El proceso de desarrollo comprende diferentes aspectos en el ser humano; para su estudio y comprensión, dichos aspectos se han dividido principalmente en tres grandes áreas o ámbitos: físico, cognitivo y psicológico. En cada uno de dichos ámbitos tiene lugar una serie de experiencias que permiten el despliegue de todo el potencial que posee cada ser humano.

En este sentido, para comprender a un individuo, es fundamental tener conocimiento de los aspectos que están relacionados con el desarrollo del mismo y conocer cómo es que se va estableciendo el proceso; puesto que todas las áreas mencionadas están íntimamente relacionadas y cada una de ellas afecta a las otras (Papalia, 1995).

Así, cada nueva integración de la función biológica y física, se engrana con capacidades psicocognoscitivas que son más que la mera suma de sus partes

componentes; cada desarrollo alcanzado entraña una nueva estructura que permite funciones y adaptaciones distintas, teniendo en cuenta que el curso de desarrollo ocurre tanto en una progresión lineal como discontinua (Hales y Yudfsky, 2000).

El proceso de desarrollo dura toda la vida, siendo distinto en cada una de las etapas que vive el individuo; sin embargo, los primeros años de vida son fundamentales en múltiples sentidos para la adquisición de determinadas características y habilidades futuras o incluso para la no adquisición de las mismas o la presencia de patologías en cualquiera de las áreas mencionadas.

Ya a comienzos del siglo XX Freud consideraba que los primeros años de vida tienen un efecto determinante sobre la psicopatología y el desarrollo en épocas posteriores; tomado tanto en el sentido estricto de una influencia precoz como en el más amplio de series complementarias de influencia intrínsecas y extrínsecas (Hales y Yudfsky, 2000). Lo cual promueve el interés en las primeras etapas del desarrollo humano para poder acceder a una mayor comprensión del mismo.

El conocimiento y la comprensión de los logros que tienen lugar en el proceso de desarrollo del ser humano, específicamente durante los primeros años de vida en las diferentes áreas, permite que los especialistas puedan determinar si dicho proceso tiene una evolución normal y adecuada para cada individuo o, en caso contrario si se presentan problemas o alteraciones que modifican el curso normal de desarrollo, con los problemas consecuentes que esto pudiera desencadenar.

Al principio, el recién nacido es totalmente dependiente de otro ser humano para lograr su sobrevivencia, en tanto que la mayoría de sus habilidades y capacidades comienzan a desarrollarse. En el primer año de vida el proceso de desarrollo tiene una velocidad que en ningún otro momento de la vida se presentará; el ser humano

presenta cambios que suceden rápidamente, un ejemplo es el aumento de peso y talla.

Hacia el final del primer año, otras habilidades ya han logrado desarrollarse, de manera que el ser humano en crecimiento ya posee una mayor capacidad para adecuarse al entorno en el que vive; el comienzo del desarrollo del lenguaje y de la motricidad, le otorgan la posibilidad de hacer escuchar sus demandas y de tomar una participación más activa en el mundo externo.

Conforme transcurre el tiempo y el ser humano continúa desarrollándose, se presentan otras capacidades, habilidades y modos de funcionamiento cognitivo que posibilitan que el niño sea más independiente de las personas que lo cuidan. En este sentido el ambiente tiene un importante papel respecto al modo en el que permite que el niño ponga en práctica los logros recién adquiridos.

Debe considerarse que cada individuo es único, y que tal especificidad en conjunto con las experiencias exclusivas que va viviendo, también le confieren una exclusividad a su desarrollo, construyendo un entramado específico que permite tener nuevas habilidades y competencias en todas las áreas. No obstante, aún ante dicha individualidad, existen pautas que siguen la mayoría de los seres humanos; pautas que se encuentran determinadas constitucionalmente y que deben ser comprendidas en interacción con el ambiente en que tienen sentido.

Para comprender al ser humano en la etapa de niñez, hay que conocer los eventos del desarrollo que tienen lugar durante la misma, así como en etapas anteriores de crecimiento y saber cuáles son los hitos y logros que se presentan en cada una de las diferentes áreas. A continuación se describen las características principales en el desarrollo del ser humano, de acuerdo a las tres principales áreas anteriormente mencionadas.

Desarrollo Físico.

El desarrollo físico es evidente a la observación directa: los cambios que van sucediendo en cuanto al peso, estatura y características físicas todos los individuos. Estos cambios tienen una secuencia que inicia desde el momento de la fecundación, pues a partir de entonces la célula que se forma, empieza un proceso de crecimiento que continúa toda la vida.

Una vez que el bebé en desarrollo nace, inicia una existencia independiente en la que sus órganos y sistemas comienzan a funcionar separados de los sistemas maternos. Ya en este temprano momento de la vida, el recién nacido es capaz de reaccionar ante diferentes estímulos; así, por ejemplo, pueden girar su cabeza hacia un sonido, reconocer el olor y la voz de su madre, prefieren mirar un rostro humano que otros objetos, entre otras cosas (Papalia, 1995). Esto muestra que llegamos al mundo con ciertas competencias y habilidades que nos preparan para relacionarnos con las personas y los objetos que nos rodean.

Al nacer una de las principales características con las que contamos son los comportamientos reflejos, que son respuestas automáticas, involuntarias e innatas ante los estímulos (Papalia, 2001). Los reflejos son importantes para la estimulación del desarrollo inicial del sistema nervioso central y los músculos; al nacer se considera que el ser humano cuenta aproximadamente con 27 reflejos principales (Papalia, 2001). Algunos de estos reflejos están relacionados con la supervivencia y protección, por ejemplo el reflejo de succión, el de búsqueda, de Moro. Otros reflejos son el de Babinski, el de prensión o darwiniano, de marcha, de natación, etc.

Las capacidades sensoriales están presentes desde el nacimiento e incluso se desarrollan durante la estancia del ser humano en el útero materno; el tacto parece ser el primer sentido en desarrollarse, el olfato y el gusto también comienzan a desarrollarse en el útero. La visión es el sentido menos desarrollado al momento de nacer, la visión periférica, la percepción al color, la precisión de enfoque, la visión monocular y la capacidad para perseguir objetos en movimiento se desarrollan en el transcurso de los primeros meses (Papalia, 2001).

Aunque los primeros 3 años son el periodo en que surgen las competencias perceptuales básicas, mucho del aprendizaje perceptual ocurre más tarde a medida que los niños continúan explorando objetos en su ambiente y detectan características distintivas del entorno en el que se desenvuelven (Shaffer, 2000). Estas discriminaciones perceptuales son consecuencia de nuevas competencias.

Los primeros tres años de vida son fundamentales en cuanto al desarrollo físico, pues es en esta etapa cuando los niños crecerán más rápido de lo que lo harán en cualquier otra época; para el primer año se habrá triplicado su peso y su estatura aumentará en un 50% y para el tercer año habrán crecido aproximadamente 20 centímetros más y aumentarán 4 kilos de peso. A partir de ese momento el crecimiento físico se hace más lento (Papalia, 2001; 1995).

El desarrollo físico del cuerpo humano se presenta de acuerdo con dos principios: el principio cefalocaudal, de acuerdo con el cual el desarrollo se dirige de la cabeza a los pies, de modo que las partes superiores se desarrollan primero que las inferiores; y el principio proximodistal, que indica que el desarrollo se dirige del centro del cuerpo hacia la periferia, desarrollándose primero las partes próximas al tronco que las extremidades (Papalia, 2001; 1995; Craig, 2001; Shaffer, 2000).

El desarrollo físico y motor están influidos por pautas hereditarias, que van apareciendo con la maduración; dichas pautas se despliegan de acuerdo a un patrón determinado biológicamente (Papalia, 1995). Sin embargo, es importante mencionar que el desarrollo puede ser influido por la experiencia individual que tiene cada persona, lo cual puede lograr o atrasar determinados hitos en el desarrollo.

Los hitos en el desarrollo son logros que un niño domina antes de avanzar hacia otros más difíciles; no constituyen logros aislados sino que se desarrollan sistemáticamente y cada una de las nuevas capacidades dominadas prepara al bebé para afrontar la siguiente (Papalia, 2001). Lógicamente, estos hitos van desde las habilidades más sencillas a las más complejas.

Una mejor comprensión del desarrollo físico, sucede a partir del conocimiento de los logros que se presentan en la esfera motriz; aspecto que será de suma importancia para las actividades que realice el individuo.

Desarrollo Motor.

El desarrollo motor sigue los mismos principios que el desarrollo físico corporal, de modo que los logros en esta esfera ocurran en una secuencia definida: los bebés logran control sobre sus cabezas, cuellos y brazos antes de adquirir control total sobre sus piernas, pies y manos (Shaffer, 2000). La experiencia tiene un papel fundamental para que el individuo en desarrollo pueda desplegar todo su potencial motriz

Los principales hitos en el desarrollo motor y la edad aproximada en que se logran son los siguientes (Papalia, 2001), teniendo en cuenta que las edades que se presentan son promedios en que la mayoría de los bebés logran tales hitos, pudiendo existir multiplicidad de diferencias individuales.

HITOS	EDAD
Darse vuelta	3 meses
Sujetar sonajero	3 meses
Sostén cefálico	4 meses
Sentarse sin apoyo	5-6 meses
Ponerse en pie con ayuda	7 meses
Sujetar con el pulgar y el índice	8 meses
Ponerse de pie solo	11 meses
Caminar bien	12 meses
Subir escalones	16 meses
Saltar en el mismo sitio	24 meses

Cuadro 1. Hitos en el desarrollo físico en los primeros 2 años.

Continuando con el desarrollo, entre los 3 y 6 años, el cuerpo crece más lentamente y en esta etapa los logros motrices son más amplios; de este modo las habilidades motrices finas, gruesas y la coordinación óculo-manual, se desarrollan en sistemas de acción más complejos y coordinados (Papalia, 2001). En este momento, ya existe una preferencia manual que refleja la dominancia de un hemisferio cerebral en específico. En esta etapa preescolar, inicia el despliegue y práctica de las nuevas capacidades motrices que posee.

A partir de los 6 años el desarrollo físico, experimenta una disminución, puesto que los cambios en cuanto a talla o peso, se manifestarán con menor intensidad que en los primeros años de vida; en esta etapa los niños son ligeramente más grandes que las niñas; los huesos crecen a medida que el cuerpo se alarga y se ensancha, disminuyendo también los depósitos de grasa (Craig, 2001). El nivel de desarrollo alcanzado hasta este momento, posibilita que el niño tenga un despliegue de energía

importante, lo cual se manifiesta principalmente en las actividades de juego en las que pone en práctica toda su destreza, fuerza y habilidad motriz adquiridas.

Durante esta etapa las capacidades motrices con que cuentan los niños, se amplían; así el desarrollo motor alcanzado les permite que en esta edad participen en una amplia variedad de actividades motoras. Entre dichas actividades se encuentra el juego vigoroso y rudo (juegos que implican la posibilidad de correr, saltar, perseguir); sin embargo, a medida que aumenta su tamaño, su fuerza y coordinación, también puede involucrarse en actividades más peligrosas que pueden poner en peligro su integridad física (Craig, 2001).

El juego rudo, principalmente se presenta en los varones, quienes a través de éste ponen en práctica sus habilidades motoras y por otra parte les permite asumir el mando del grupo de pares, valorando su propia fuerza y la de los demás (Papalia, 2001). Esta preferencia de los niños por el juego rudo, puede tener una influencia principalmente cultural más que la debida a características físicas especiales ante las niñas.

Al término de esta etapa en la que los cambios físicos fueron más lentos y menos notorios, los niños se enfrentan nuevamente al punto en el que presentarán muchos cambios físicos: la etapa de la adolescencia, en la que los cambios hormonales generan una serie de modificaciones en las distintas esferas de desarrollo.

Para seguir con la comprensión del proceso de desarrollo que tiene lugar durante estos primeros años de vida, continua lo referente al desarrollo que se presenta en el área cognitiva.

Desarrollo cognitivo.

Además del desarrollo físico que tiene lugar en todos los seres humanos, existe un proceso simultáneo en la esfera cognitiva o intelectual. Al nacer el individuo ya posee ciertas capacidades; sin embargo, aún están por ocurrir enormes avances en el funcionamiento intelectual. La inteligencia está influida tanto por la herencia como por la experiencia; ésta permite a las personas adquirir, recordar y utilizar el conocimiento, comprender conceptos y relaciones y solucionar problemas cotidianos (Papalia, 2001).

Para el estudio del desarrollo cognitivo, se han postulado diferentes teorías; una teoría que ha tenido gran influencia y aceptación, permitiendo la comprensión de cómo es que el niño logra constituir capacidades y habilidades intelectuales complejas, es la teoría de Jean Piaget: epistemología genética, en la que define la inteligencia como una función vital básica que ayuda al niño a adaptarse al ambiente (Shaffer, 2000).

Según Hales y Yudfsky (2000), éste autor propuso la existencia de una capacidad que estaba en continuo crecimiento, que permitía la adquisición de conocimientos, desarrollándose a través de una secuencia ordenada; sugería que la experiencia en sí misma no causaba la comprensión del mundo, por lo que trató de determinar cómo evolucionaba la conducta inteligente.

Su interés surgió al encontrarse ante respuestas equivocadas de los niños a un test de inteligencia, considerando que eran indicios importantes del proceso de pensamiento. Así comenzó a observar a sus hijos y otros niños, para poder construir una teoría respecto al modo en que se desarrolla el pensamiento durante los primeros años (Papalia, 2001).

Piaget consideraba que el proceso de desarrollo permanece inmutable durante toda la vida, que es la estructura la que cambia. Así, el proceso repetido comprende una reiteración de experiencias para la asimilación, pero los esquemas asimilativos se modifican al acomodarse, lo cual conduce a la adaptación (Hales y Yudfsky, 2000). La asimilación es la incorporación de una estructura o nuevo concepto en un esquema preexistente y la acomodación tiene lugar cuando el esquema cambia para apreciar nuevos elementos y diferenciarlos de los antiguos.

Los procesos de acomodación y asimilación permiten que se enriquezcan los esquemas cognitivos y que generen estructuras cada vez más complejas; utilizando también operaciones mentales que aumentan en nivel de complejidad y favorecen el desarrollo cognitivo del infante.

Mediante estos procesos se va construyendo la inteligencia, en cuatro etapas secuenciales: etapa sensoriomotora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. Durante el primer año de desarrollo el niño está sometido a importantes cambios cognitivos que le permitirán acceder a una mejor comprensión del ambiente que le rodea; alrededor de los 18 meses de edad el niño comienza a simbolizar y surgen las representaciones de la realidad (Hales y Yudfsky, 2000).

La primera etapa, es decir, la etapa sensoriomotora se da aproximadamente desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad; en esta etapa los bebés aprenden acerca de sí mismos y de su mundo a través de las capacidades sensoriales y motoras que poseen, mismas que también están en desarrollo (Craig, 2001; Shaffer, 2000).

De acuerdo con Piaget (Papalia, 2001), la etapa sensoriomotora se divide en 6 subfases, que se entrecruzan entre sí a medida que los esquemas del bebé (patrones organizados de comportamiento) son más elaborados. En las primeras cinco

subfases los bebés aprenden a coordinar la información que proviene de sus sentidos y a organizar sus actividades en relación con su entorno; mientras que en la última fase comienzan a utilizar símbolos y conceptos para solucionar problemas en lugar del ensayo y error, además de la nueva capacidad de representación

Las 6 subfases son: uso de reflejos, reacciones circulares primarias, reacciones circulares secundarias, coordinación de esquemas secundarios, reacciones circulares terciarias y combinaciones mentales. Los desarrollos más importantes durante esta etapa son la permanencia de objeto, la noción de espacio, la causalidad, el concepto de número, la habilidad de clasificación y de imitación (Papalia, 2001; Shaffer, 2000).

En esta etapa las reacciones circulares son las que permiten el desarrollo cognitivo; pues a través de ellas el bebé aprende a reproducir los eventos placenteros e interesantes que en principio ha descubierto por casualidad.

Craig (2001) señala que siguiendo el desarrollo propuesto por Piaget, la etapa preoperacional, se presenta entre los 2 y 7 años de edad. Se caracteriza porque la función simbólica les permite a los niños pensar en objetos, situaciones o personas que no se encuentran presentes, comienzan a aprender números y utilizar el lenguaje.

En esta etapa se adquiere el concepto de identidad y el niño se vuelve más competente en la clasificación, uso de símbolos; así como en la comprensión de los principios de cantidad y en la acción de contar, (Papalia, 2001). Así mismo, ya en este momento se puede dar un pensamiento lógico acerca de las causas de ciertos eventos, si bien dicho pensamiento aún es limitado.

Una característica importante de esta etapa es la centración o incapacidad para descentrar, la cual impide que los niños en la etapa preoperacional comprendan principios como la conservación, puesto que solo toman en cuenta un aspecto (Craig, 2001); ya que aún no ha ocurrido la irreversibilidad de pensamiento. También durante esta etapa el egocentrismo es un rasgo importante del pensamiento infantil, de modo que no son capaces de considerar el punto de vista de otra persona, no obstante, algunas investigaciones han referido que ya en este momento los niños pueden situarse desde el punto de vista de otros y ser empáticos (Papalia, 1995).

La última etapa propuesta por Piaget, que corresponde a la niñez, es la etapa de las operaciones concretas, que tiene lugar entre los 7 y 10 años; en la que los niños son más competentes en las tareas que requieren de un razonamiento lógico como son el pensamiento espacial, comprensión de la causalidad, categorización, seriación, razonamiento inductivo y deductivo, conservación y trabajo con números (Papalia, 2001; Craig, 2001).

A pesar de los logros que han alcanzado, existe una limitación importante en el pensamiento de los niños de la etapa de operaciones concretas y esto es como su nombre lo indica, que es concreto, es decir se limita al aquí y el ahora. Si bien pueden ser capaces de hacer hipótesis acerca del mundo que los rodea, siempre se da en un contexto concreto sin utilizar la abstracción (Craig, 2001).

Un concepto que se desarrolla en esta etapa es el de conservación, que se refiere a la habilidad para reconocer que dos cantidades iguales de materia permanecen iguales en sustancia, peso, altura, número, volumen y espacio, aunque la materia sea organizada de otra manera sin añadir ni quitar nada. Primero se logra la idea de conservación de masa, después de peso y por último de volumen (Papalia, 1995).

Según Shaffer (2000), otra teoría que ha tenido importancia para comprender el desarrollo cognitivo es la sociocultural de Vygotsky; la cual hace hincapié en las influencias sociales y culturales sobre el crecimiento intelectual. Él considera que cada cultura transmite creencias, valores y métodos preferidos de pensamiento o de solución de problemas, así como herramientas características de adaptación intelectual.

Los niños adquieren creencias, valores y estrategias de solución de problemas en el contexto de diálogos colaborativos con compañeros más expertos en la medida en que gradualmente internalizan las instrucciones para dominar ciertas tareas, dentro de su zona de desarrollo próximo; así mismo, el aprendizaje mejora cuando el niño recibe el andamiaje necesario y adecuado (Shaffer, 2000).

Para Vygotsky, el habla privada constituye un sistema de autodirección cognoscitiva que regula las actividades de solución de problemas, que se internaliza con el tiempo para transformarse en pensamiento verbal abstracto. De este modo el lenguaje desempeña una función sumamente importante en el desarrollo intelectual de los niños.

La etapa de los 6 a 10 años comprende una época en la que tiene lugar el aprendizaje de numerosos hechos y habilidades; es una época en que se desarrollan habilidades preparatorias de la aplicación de la lectura, aritmética y escritura para actividades creativas venideras (Hales y Yudfsky, 2000). El niño posee así una capacidad para pensar y aprender lo abstracto y sistematizado, ajustándose a las demandas del ambiente escolar.

Desarrollo del lenguaje.

El desarrollo del lenguaje es un logro fundamental tanto del desarrollo cognitivo, como del desarrollo en general del individuo; con él, los niños pueden emplear palabras para representar objetos y acciones, expresar reflexiones y experiencias o para comunicar sus necesidades, sentimientos e ideas con el fin de ejercer control de sus vidas y de interactuar con las personas de su entorno (Papalia, 2001).

Antes de lograr un lenguaje estructurado se presenta el habla prelingüística que incluye el llanto, el balbuceo, el parloteo y la imitación de los sonidos del lenguaje; en esta etapa los bebés son capaces de discriminar sonidos tipo habla y son sensibles a una variedad más amplia de fonemas que los adultos (Shaffer, 2000). Antes de pronunciar su primera palabra los bebés utilizan gestos que incluyen el señalar.

La primera palabra aparece entre los 10 y 14 meses de edad, dando con ello inicio al habla lingüística; frecuentemente los bebés utilizan holofrases, que corresponden a una sola palabra que designa una frase completa (Papalia, 2001; Craig, 2001; Shaffer, 2000). Hablan principalmente de objetos móviles o manipulables que les interesan; así mismo, independientemente de cual sea el idioma de los padres, los niños logran adquirir las designaciones particulares para “mamá” y “papá” (Hales y Yudfsky, 2000).

Entre los 16 y 24 meses se presenta una explosión en el vocabulario y al mismo tiempo ocurre el habla telegráfica que se compone de frases breves, en las que se omiten marcadores gramaticales y palabras pequeñas de menor importancia (Shaffer, 2000; Hales y Yudfsky, 2000). Es hasta los 3 años cuando la sintaxis y otras capacidades de comunicación se encuentran bien desarrolladas; aunque el habla es todavía simplificada y presenta subextensión y sobreextensión del significado de las palabras (Shaffer, 2000).

En el periodo preescolar, de los 3 a los 6 años el vocabulario aumenta considerablemente; así como la sintaxis, la gramática, y la pragmática se encuentran más desarrolladas gracias a la participación que tiene el niño en el habla social (Papalia, 2001). Otra razón para que el lenguaje incremente su complejidad, es que los pequeños comienzan a apreciar y utilizar contrarios semánticos y de relación (grande-pequeño, más-menos, antes-después) (Shaffer, 2000).

La posterior interacción en la edad escolar, contribuye a que el lenguaje se vea favorecido, lo cual también tiene influencia en las habilidades de escritura y lectura, lo que les permite mediar las relaciones entre el mundo externo y sus pensamientos y sentimientos (Craig, 2001).

Los niños en edad escolar están en un periodo de perfeccionamiento lingüístico y exhiben mejores habilidades de comunicación referencial en la medida que atienden con mucho más cuidado a los significados literales de emisiones ambiguas y es más probable que aclaren los mensajes no informativos que envían y reciben.

El desarrollo cognoscitivo, la evolución del conocimiento sociolingüístico y las oportunidades para comunicarse con hermanos y semejantes lingüísticamente inmaduros, contribuyen al desarrollo de las habilidades de comunicación (Shaffer, 2000).

Desarrollo de la memoria

Otro aspecto de suma importancia en lo referente al ámbito cognitivo es la memoria. Durante la primera semana los bebés ya pueden discriminar entre estímulos considerablemente distintos; conforme tiene lugar la maduración neurológica del recién nacido, su memoria también va mejorando (Craig, 2001).

A pesar de que ya el recién nacido cuenta con capacidades mnémicas, es durante la niñez temprana (de los 3 a los 6 años) cuando comienza a generarse un desarrollo más importante en este aspecto; en todas las edades el reconocimiento es superior a la evocación, ambos aspectos mejoran durante esta etapa (Papalia, 2001).

La capacidad del niño para recordar listas de objetos mejora notablemente entre los 5 y 7 años; edad en la que suele aprender los procesos de control, las estrategias y técnicas que mejoran la memoria (repaso, organización, elaboración semántica, elaboración, recuperación e imaginación mental) (Craig, 2001; Shaffer, 2000).

La memoria autobiográfica comienza a construirse aproximadamente a los 4 años, pudiendo estar relacionada con el desarrollo del lenguaje (Shaffer, 2000); cuando el niño comparte sus experiencias con otras personas está favoreciendo la construcción de recuerdos autobiográficos, los cuales podrá recuperar posteriormente.

Después la memoria sensorial mejora al igual que la memoria de trabajo. El ejecutivo central que regula el flujo de información hacia y desde la memoria a largo plazo, madura durante la niñez (entre los 8 y 10 años). También existe una mejoría en el tiempo de reacción, la velocidad del procesamiento, la atención selectiva y la concentración (Papalia, 2001).

El desarrollo de las características mencionadas, permite que en el periodo de la niñez, el aprendizaje se convierte en una actividad con un interés intrínseco; ante el reconocimiento de una perspectiva más amplia del mundo, se genera un interés genuino por acercarse al conocimiento y adquirir con él, una mejor comprensión del entorno en el que se desenvuelve, sus horizontes intelectuales y relacionales se amplían y le brindan nuevas oportunidades de crecimiento personal y social. Se genera así, una reelaboración del mundo simbólico de conceptos abstractos, accesibles en toda su plenitud al pensamiento infantil.

Aunque existe una relación indudable entre el grado de desarrollo intelectual alcanzado por el niño en las distintas etapas y los aprendizajes escolares previstos para cada una de ellas; cada alumno evoluciona a un ritmo particular.

Desarrollo Emocional.

El ser humano nace en un mundo social en el que tiene interacción con otras personas importantes para su desarrollo, como son los padres, hermanos o familiares cercanos; la forma en que este entorno se presenta, tiene especial importancia en los aspectos emocional, psicológico y social de la persona. Así mismo, el individuo desde éste momento es capaz de incluirse dinámicamente en un proceso de interacción y retroalimentación con dicho entorno, lo que le permite desarrollarse, aprender y sobrevivir.

El desarrollo psicológico constituye una serie de cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad, dicho desarrollo se produce como consecuencia de la interacción de distintos factores como los genéticos, ambientales, entre otros (Esquivel, 2007). Un aspecto que tiene un continuo desarrollo desde el nacimiento, es el emocional; desde los primeros días en que el recién nacido se incorpora al mundo, empieza a vivir una serie de experiencias que van dando sentido a su futura organización psíquica.

El desarrollo emocional constituye el proceso mediante el cual el niño construye su identidad (su yo), autoestima, seguridad y confianza tanto en sí mismo, como en el mundo en el que se desenvuelve, siendo de vital importancia las interacciones que establece con sus seres significativos, ubicándose a sí mismo como una persona única y distinta (Haeussler, 2000). Consiste en un crecimiento gradual de la organización y fuerza del yo, de la aceptación progresiva por el individuo de la vida

instintiva personal y de la responsabilidad por sus consecuencias reales o imaginarias (Winnicott, 1965).

Un desarrollo emocional adecuado, permite el logro del equilibrio y la madurez emocional, que a su vez constituyen la integración y dominio de sí mismo. Lo contrario, puede conducir a la instauración de distintos conflictos en el seno de dicha construcción; estos conflictos pueden ser, sin embargo, estructurantes en sí mismos.

Ya desde los primeros días de vida, los seres humanos manifiestan sus propios y singulares modos de interactuar con el mundo, al tiempo que reciben una impresión de éste y responden en consecuencia a dicha impresión (Papalia, 1995); su respuesta tiene también influencia en el medio, constituyendo así una relación bidireccional que genera un clima específico en el que el niño se desarrollará emocionalmente.

El niño, mucho antes de nacer, ya es hijo, hermano, nieto, etc., lo que le otorga un lugar tanto en las fantasías inconscientes de ambos padres, así como en una compleja red de emociones inconscientes de toda la familia; de modo que al nacer ya posee una vida emocional propia y singular que lo diferencia entre los demás y con la cual interactúa en su entorno, en un 'diálogo', a través de su cuerpo en primera instancia (Chiozza, 1998). El desarrollo emocional, es regulado así tanto interna como externamente al individuo, por las relaciones que tiene con los demás.

El desarrollo emocional del individuo ha sido abordado desde diversos enfoques, en este sentido la perspectiva psicoanalítica, ha permitido una comprensión profunda acerca de las pulsiones que influyen en la constitución de la personalidad del ser humano. Los teóricos psicoanalistas consideran que la formación de la personalidad se organiza alrededor de tres aspectos fundamentales que interaccionan entre sí: los factores constitucionales, los propios del desarrollo y los factores situacionales o ambientales (Esquivel, 2007).

La teoría y práctica psicoanalíticas han esclarecido el complicado mundo interno del ser humano, a través de la explicación de la existencia de una vida anímica inconsciente, que tiene influencia en la elaboración de los afectos que otorgan sentido a la conducta de cada individuo. El desarrollo emocional en los niños puede así, ser evaluado por el escrutinio de los impulsos libidinales y agresivos, y de las estructuras en formación de la personalidad infantil.

Desde dicha perspectiva se considera que las estructuras internas de la persona son las que integran las experiencias, almacenan la información, establecen los esquemas relacionales y van diferenciando las emociones; de modo tal, que la estructura es cambiante y permite entender las secuencias del desarrollo y sus etapas (Dallal, 2001); teniendo importancia cada una de sus manifestaciones como transición, no como un resultado final.

El desarrollo libidinal le posibilitará al individuo lograr su constitución como sujeto; como se mencionó, este desarrollo no es lineal, por el contrario puede estar determinado por multiplicidad de dificultades y conflictos que pueden o bien constituir al sujeto 'normal' o por el contrario, ser difícil e intrincado a tal punto que los conflictos se constituyan en una estructura patológica.

El primero en desarrollar una propuesta del desarrollo libidinal fue el mismo Sigmund Freud, quien al analizar pacientes adultos se dio cuenta que sus conflictos tenían origen en la infancia, por lo cual comenzó a teorizar sobre el desarrollo en esta etapa y los posibles conflictos que se generan para comprender la influencia que tenían en los conflictos posteriores de la edad adulta; proponiendo así su teoría psicosexual del desarrollo.

Esta teoría partía del concepto básico de la pulsión libidinal de la sexualidad para explicar el desarrollo infantil; entendida como un vínculo de la energía pulsional

libidinal con los objetos y personas que rodean al niño, así como con él mismo; implica el comportamiento del individuo en relación con los objetos de su amor (Esquivel, 2007) y no necesariamente se encuentra ligada a la genitalidad, como se suele malentender.

La sexualidad está ligada a la búsqueda de placer; en este sentido la sexualidad infantil implicaba todo lo concerniente a las actividades de la primera infancia, en las que tiene importancia el placer local que un determinado órgano es susceptible de proporcionar. A partir de esta idea Freud estableció una serie de etapas de desarrollo psicosexual, teniendo cada etapa como característica una zona erógena, a través de la cual se obtiene el placer principal y un objeto de amor específico; dichas etapas son oral, anal, fálica y genital, existiendo un periodo de latencia, en el cual las pulsiones permanecen latentes.

Posteriormente, consideró una pulsión de suma importancia en la estructuración del individuo: la agresión, pulsión fundamental e innata para el individuo y que se desarrolla en forma espontánea en respuesta al ambiente. De este modo, agresión y sexualidad actúan juntas, constituyendo las pulsiones fundamentales a través de las cuales el psiquismo logra estructurarse.

La estructuración del psiquismo, se consolida en la constitución de 3 instancias psíquicas: el yo, el ello y el superyó (Freud, 1923). La conformación de éstas se organiza a través de los primeros años de vida; cada una de ellas está asociada a diferentes aspectos del funcionamiento psíquico.

El yo es la estructura que guía el pensamiento y comportamiento racional del individuo, se rige por medio del principio de realidad, que toma en cuenta no solamente los deseos y necesidades del individuo, sino los elementos del ambiente en el que está inmerso para poder actuar. Es una instancia que mediatiza las

pulsiones provenientes del ello y la realidad objetiva del entorno. Todos los procesos cognoscitivos superiores son considerados como funciones del yo (razonamiento, solución de problemas, memoria, etc.).

El ello constituye la parte plenamente instintiva y pulsional del individuo, esta instancia se rige a través del principio del placer; el cual no considera más allá que la plena gratificación de los deseos del sujeto, sin considerar las consecuencias personales o la realidad externa. De modo que la demora y la frustración no tienen lugar desde esta instancia psíquica; en este sentido, la pulsión es al ello lo que la realidad y percepción son al yo (Freud, 1923).

Por último, se encuentra el superyó, que es la instancia representante de las reglas y valores de la cultura en la que se desenvuelve el individuo, es considerado como la conciencia moral y ética del sujeto. Al principio los padres serán los representantes de dicha cultura y serán ellos quienes aporten las reglas con las que se identificará e internalizará el niño. No obstante, también conforme se desarrolle irá construyendo sus propias reglas en función de las experiencias que vive en interacción con otros individuos.

Uno de los principios básicos es la distinción entre el proceso primario y el proceso secundario, que son los modos de funcionamiento mental que tienen relación con el ello y el yo, respectivamente (Freud, 1985). Las características del proceso primario son la carencia de síntesis y negación, preocupación exclusiva por la satisfacción de los deseos, la búsqueda de la reducción de las tensiones psíquicas en la obtención de placer a través de la descarga pulsional; constituye en sí el libre dispendio de energía psíquica y la expresión inmediata de las pulsiones (Ajuriaguerra, 2001).

El proceso secundario tiene como características principales un modo de pensamiento lógico y el uso del razonamiento para la conducta; a este proceso está

asociado el lenguaje, el control de la motricidad, el pensamiento, el funcionamiento simbólico, entre otros. Así el niño puede planificar sus acciones y diferir la satisfacción en espera de una mayor o más adaptada a la realidad, esto por medio del yo naciente. Este proceso se organiza por el principio de realidad que tiene en cuenta las limitaciones y prohibiciones ante la descarga pulsional (Ajuriaguerra, 2001).

La influencia de la infancia en la constitución de la personalidad adulta, atrajo la atención de distintos teóricos, quienes se enfocaron en la construcción de la teoría psicoanalítica en la infancia, permitiendo conocer diferentes aspectos del desarrollo psíquico durante la niñez; han postulado propuestas acerca de las etapas o fases en las que discurre el individuo en su desarrollo. Se han enfatizado así o el aspecto normal o patológico del desarrollo.

Anna Freud elaboró una propuesta acerca del desarrollo normal en la infancia, ésta permite reconocer los logros esperados para el niño y los atrasos existentes; considerando que el desarrollo no se da en un curso lineal y regular, sino que pueden existir desigualdades y desarmonías.

El concepto que introdujo respecto a las líneas de desarrollo, es útil para pensar el desarrollo del individuo en sus primeras etapas; establece la interacción entre el ello y el yo, las secuencias de acuerdo a la edad, en comparación con la maduración del yo y de la libido, que sirven para conocer el gradual crecimiento del niño desde las actitudes determinadas por el ello a un control del mundo (interno y externo) determinado por el yo; es decir, la interacción entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración.

La importancia de las líneas, es la estrecha correspondencia que tienen entre sí, puesto que el alcanzar un logro en alguna de ellas, tiene una implicación directa en las demás. Sin embargo, no en todos los niños se expresa dicha correspondencia,

teniendo así, que tomar en cuenta las diferencias individuales, que no son necesariamente patológicas, sino que constituyen las variaciones de la normalidad que hay entre los seres humanos. La falta de equilibrio entre ellas puede sí, generar dificultades en la niñez, que se deben tanto a factores congénitos como ambientales y a sus interacciones (Ajuriaguerra, 2001).

Opuesta a esta perspectiva del desarrollo normal, Melanie Klein, propuso su teoría del desarrollo libidinal en la infancia desde el abordaje de la patología; ella enfatizó el dualismo pulsional existente en el bebé desde el momento en el que nace. Este dualismo hace referencia a la pulsión de vida y a la pulsión de muerte, ambas generadoras de conflictos internos muy tempranamente; que permiten la estructuración y organización del psiquismo infantil (Ajuriaguerra, 2001).

Para ella no tenía importancia el desarrollo desde una perspectiva lineal, sino que creó el concepto de posición; entendiendo por tal, no una fase que se concluye o elabora, sino una estructura en la que se fluye y se regresa normalmente, que posee una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, y que otorga una organización específica a la estructura psíquica del individuo. Propuso dos posiciones por las que atraviesa el individuo, la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva, relacionadas con el tipo de pensamiento, las defensas y ansiedades presentes en cada una de ellas.

En cambio para A. Freud, el desarrollo sí consistía en una secuencia progresiva y más determinada, aunque tomó en cuenta la influencia de las fijaciones y regresiones que modifican el curso de dicho desarrollo, dando lugar a movimientos progresivos y regresivos y sus interacciones. La regresión tiene una condición temporal que afecta la elección de objeto y sus relaciones, así como la organización de los impulsos en niveles pregenitales y las manifestaciones agresivas que los acompañan; pueden manifestarse como puntos de fijación (por gratificación o

frustración excesiva) que ejercen una atracción retrógrada constante sobre la actividad de los impulsos, con distinto alcance, forma y significación dependiendo la etapa en que se encuentren o hagan referencia. (Ajuriaguerra, 2001; Freud, 1971).

Desde otra perspectiva, está la teoría psicosocial de Erik Erikson, quien enfatizó la influencia que tiene la sociedad y la cultura en el desarrollo (Papalia, 2001). Él amplió las etapas propuestas por Freud hasta la vejez y se enfocó en el desarrollo de la personalidad sana o normal, definiendo las metas de un desarrollo deseable para el individuo.

En este sentido planteó la existencia de una crisis, en referencia a un momento decisivo, en el que el individuo es sumamente vulnerable y expresa también una potencialidad (Erikson, 1971), que atraviesa el individuo en cada etapa entre dos aspectos de polaridad emocional (tendencias sintónicas y distónicas); su resolución satisfactoria crea la formación de una cualidad yoica y principalmente, el establecimiento de la identidad del yo: la noción que el individuo tiene de sí mismo, que se modifica en respuesta a los cambios en la sociedad.

Mientras que la mayoría de los teóricos coinciden en considerar que el psiquismo infantil tiene poca o nula estructuración y es su desenvolvimiento en el entorno el que le posibilita estructura psíquica, Klein consideró que desde el instante en el que el ser humano nace, cuenta con un yo y superyó arcaicos; si bien ambos son aún lábiles y con poca organización, le permiten relacionarse con su mundo, tanto interno como externo.

En el presente trabajo, la evaluación de los niños se realizará durante el periodo correspondiente con la etapa escolar (7-10 años), para esta edad, se considera que los niños ya han logrado construir las bases de su estructura psíquica, las

experiencias vividas hasta ése momento les permiten contar con un bagaje que posibilita una interacción única y específica con su medio.

Para comprender cuál es la estructura psíquica del niño en este periodo, es necesaria una comprensión específica de los logros y avances que se suscitan a través del desarrollo en los primeros años de vida. Pues son las primeras interacciones con otros seres humanos, principalmente, las que otorgan una dirección o especificidad al resto de las relaciones humanas en las que se verá involucrado el individuo.

El primer año.

Al nacer, el ser humano es totalmente dependiente de otro para sobrevivir, ya que aún no cuenta con las capacidades necesarias para mantenerse con vida por sí mismo; por lo que la primera relación que establece será sumamente importante en su desarrollo, no solamente biológico, sino en el aspecto emocional. El primer vínculo que tiene el recién nacido es con su madre, constituyendo así una relación, la primera que establece y de la cual incorporará experiencias que conformarán una estructura de representaciones específica en él.

En un primer momento, la madre no es diferenciada de su cuerpo, el bebé la considera como parte de sí mismo, debido a la no diferenciación del bebé entre el exterior y su interior; aunque ya el cuerpo del bebé, específicamente su superficie, constituyen el sitio a partir del cual surgen percepciones internas y externas (Freud, 1923). Su cuerpo está totalmente a cargo de la madre, de modo que la distinción entre ambos mundos (externo e interno) se basa en las experiencias subjetivas de placer y displacer (Freud, 1971). Si las necesidades, específicamente corporales, que el niño tiene en este momento no son satisfechas adecuadamente, se puede generar inseguridad, angustia o el desarrollo de un conflicto (Ajuriaguerra, 2001).

La principal necesidad a ser satisfecha en este momento de la vida, es la alimentación, a través de esta necesidad fisiológica se establece el vínculo entre la madre y el niño; él utiliza como medio de contacto la boca. De ahí el nombre de etapa oral, en la que el modo de contacto con el ambiente es por medio de la boca, siendo ésta la principal fuente de placer (zona erógena) y el objeto de amor, el seno materno (Freud, 1905).

La satisfacción de necesidades, permitieron a Klein definir el concepto de pecho bueno, relacionado con las buenas experiencias de satisfacción y pecho malo, malas experiencias de satisfacción (Segal, 1992). Dichas experiencias, no sólo pueden ser generadoras de conflicto, si no que es a partir de ellas que el infante organizará su sí mismo.

Esta división de las experiencias, conduce a una escisión entre los objetos buenos y objetos malos que percibe el bebé; posicionando al individuo en la posición esquizo-paranoide, en la que utiliza la escisión, que es esquizoide, como mecanismo de defensa. Las experiencias de alimentación organizarán las operaciones psíquicas de proyección e introyección, como mecanismos de defensa que permiten externalizar el dolor e internalizar el placer. La proyección la utiliza así, para que los objetos malos estén alejados e incluso pueda destruirlos; mientras que la introyección, la utiliza para internalizar aspectos del objeto bueno.

La relación de objeto es parcial, en este caso con el pecho materno; en tanto que no hay una distinción de la madre como un ser total. No obstante que no hay una percepción clara de ella, sus cuidados constituyen un yo auxiliar para el recién nacido; a partir de los cuales paulatinamente comenzará a desarrollar su propia estructura yoica. El yo materno instrumenta el yo del infante y de ese modo le da poder y estabilidad (Winnicott, 1965).

El recién nacido muestra una urgencia en cuanto a la satisfacción de sus deseos, sin tolerar la demora, ni la frustración; existe impaciencia y exigencia ante la satisfacción del deseo y el alivio de sus pulsiones, debido a que en este momento lo que determina completamente su comportamiento es el principio del placer. En esta etapa hay una actitud completamente dependiente, exigente y voraz en el bebé.

Cuando el infante está construyendo una imagen interna de sí mismo, en función del principio de placer, tomará en consideración únicamente las experiencias satisfactorias y placenteras, rechazando todo lo que sea doloroso y desagradable (Freud, 1985). Esta incipiente integración de percepciones y sensaciones continúa adquiriendo fuerza, de modo que aproximadamente en la segunda mitad del primer año, existirá una personalidad incipiente y provisoriamente organizada.

La posibilidad de contar con otro ser, permite que se desarrolle un sentido de confianza, que tiene como punto de partida el hecho de que el recién nacido se sienta seguro de que sus necesidades son satisfechas satisfactoriamente, principalmente aquellas relacionadas con la alimentación.

Este otro posibilita el desarrollo de la confianza básica, que genera en el bebé una constancia en el ambiente y al mismo tiempo confiar en sí mismo, para paulatinamente no depender totalmente de sus progenitores. Dicha confianza se extrapolará a otros aspectos de la vida del niño, como en actitudes sociales favorables; constituyendo así la primera cualidad yoica en el niño, la esperanza, la creencia de que los deseos son alcanzables (Erikson, 1983). En caso contrario, si el otro no es un soporte confiable para el recién nacido, vivirá en un sentimiento de desconfianza.

Por otra parte, el vínculo que liga a la madre con su bebé permite el establecimiento del narcisismo primario y, posteriormente la valoración de sí mismo. Esta es una razón por la cual el vínculo materno es de suma importancia para la constitución de la estructura psíquica en el niño, si dicho vínculo promueve y favorece el desarrollo exitoso, es menos probable que se establezcan conflictos que obstaculicen su evolución.

Las experiencias que va viviendo le permitirán constituir una diferenciación entre ambos, es aproximadamente al sexto mes cuando comienza una diferenciación incipiente de su madre como un objeto distinto de sí mismo. Pasa después por una fase de constancia objetal en la que logra establecer una imagen interna y positiva de ella, más allá de la satisfacción de necesidades (Freud, 1971). El logro de la diferenciación adentro-afuera, constituye un aspecto fundamental para la constitución psíquica del individuo; puesto que esta distinción no es sólo de la madre, sino que se distingue a sí mismo.

Durante esta etapa las vivencias significativas que se generarán en el contexto del bebé, serán incorporadas y formarán parte de su incipiente aparato psíquico. Conforme logre incorporar a su madre en la estructura mental, dicha internalización le permitirá regular sus afectos desde su mundo interno (Salles, 2001). Aprenderá a percibir y reconocer la realidad, desarrollará su memoria y a construir una imagen interna de sí mismo corporal (el bebé se percibe a sí mismo en función de su cuerpo), sobre la cual puede fundarse su personalidad futura; aunado a las experiencias de satisfacción o frustración que haya experimentado.

Infancia

En los primeros años de vida, el niño comienza a organizar su vida afectiva, su mundo interior, con los mecanismos de defensa primarios que posee; al margen de que aún no sea capaz de captar la realidad completamente.

Continúa adquiriendo mayor independencia, autonomía y seguridad en el ambiente; lo que a su vez le permite una comprensión en aumento del mundo que lo rodea. El mundo que se le presenta comienza a diferenciarlo entre el exterior, su entorno, cada vez más amplio a medida que crece; y su mundo interior, conformado por fantasías, emociones e impulsos; un avance significativo en su desarrollo psíquico.

La continua maduración biológica hace que el bebé tenga mayores oportunidades de interactuar con el entorno; por ejemplo la posibilidad de caminar le permite descubrir y alcanzar objetos a los que anteriormente no tenía acceso. Lo mismo ocurre con el continuo desarrollo del lenguaje, fundamental en esta etapa, porque genera intercambios importantes con el medio; permitiéndole al niño situarse en el tiempo y diferenciarse del otro, en este caso de su madre y de esta manera ir adquiriendo su individualidad (Esquivel, 2007).

Un evento de crucial importancia durante la infancia es el control de esfínteres, puesto que este, lleva consigo diferentes significaciones para el infante en desarrollo, aunado al control creciente sobre su propio cuerpo, que busca ejercer y manifestar también ante los demás. Freud denominó este periodo como etapa anal, por ser la zona erógena la mucosa anorrectal y el objeto de pulsión, las heces fecales (Freud, 1905).

El placer autoerótico de la etapa anal se manifiesta en dos sentidos, uno es cuando se genera la descarga de la materia fecal en el momento en el que el niño lo desea y otro ante la retención de la misma: expulsión-retención (Freud, 1905). Este proceso en dos sentidos, da lugar en el ámbito de las emociones a un sentimiento de ambivalencia: amor-odio, principalmente hacia el objeto de amor; puesto que este le premia, pero también le castiga.

Los intensos sentimientos ambivalentes que atraviesa el niño, aunados a las proyecciones de agresión, los vive como potenciales destructores de sus objetos de amor e incluso, teme recibir la destrucción como parte de retaliación de dichos objetos; estos sentimientos dan lugar a una actitud de aferramiento y posesividad hacia el objeto de amor.

Desde la perspectiva psicosocial, en esta etapa en la que el desarrollo físico está en progreso y la adquisición de mayor control sobre sus acciones tiene lugar, el niño empieza a realizar las cosas por su propia decisión, lo que posibilita el surgimiento de la autonomía. El ambiente debe apoyarlo, evitando que se frustre ante la vergüenza y la duda que surgen de las experiencias de fracaso; su voluntad debe ser reafirmada y delineada por un adulto (Erikson, 1983). Permitiendo el desarrollo de la voluntad como nueva cualidad yoica.

Alrededor de los 18 meses, el bebé logra el establecimiento de una representación concreta de su madre, ahora constante pese a las variaciones del medio. Esta representación implica una integración de la ambivalencia vivida anteriormente, tiene lugar la percepción de que es un solo objeto el que frustra y gratifica, el que a la vez se ama y se odia. Ante lo cual el bebé se siente embargado por sentimientos contradictorios, comienza a integrar la percepción parcial y ambivalente que tiene del objeto en un objeto total; al que después de haber querido destruir y ante el sentimiento de culpa que se genera, intenta reparar y sanar (Segal, 1992). Utilizando mecanismos distintos, la proyección es menos utilizada y el yo se fortifica ante una mayor introyección; entre los mecanismos que utiliza ahora, se encuentran la represión, la inhibición y el desplazamiento.

La integración lograda incide también en la percepción de la realidad externa y diferenciarla de sus fantasías, la prueba de realidad, especialmente externa, es más objetiva y no depende ya, únicamente de los deseos o fantasías del bebé; lo que

permite también reconocer a los demás como seres independientes y separados de sí, al tiempo que también reconoce que él es aún dependiente de su madre (Segal, 1992).

La disponibilidad de una representación interna segura y fiable de la madre, aporta consuelo cuando está ausente y facilita la creciente capacidad del niño para emprender actividades independientes y relaciones personales más flexibles (Hales y Yudfsky, 2000).

En este momento los cambios, logros y capacidades alcanzados, establecen nuevos modos de interacción con el mundo, nuevas necesidades y modos de satisfacción también distintos. Si bien, la satisfacción de necesidades continua estando bajo el régimen del principio del placer; por lo que el individuo aún no es capaz de tolerar la demora y postergar sus satisfacciones, el ello sigue gobernando su acción.

Entre los 3-6 años, ya con un control mayor sobre sí, se presenta una intensa curiosidad en el niño que lo lleva a explorar su cuerpo, encontrando el mayor placer en los genitales a través de la autoestimulación del pene y clítoris (fase fálica para Freud); se comienza a generar un conocimiento del propio cuerpo y en consecuencia el infante percibe que hay una diferencia entre los dos sexos (Freud, 1905). Lo cual tendrá distintas implicaciones para el caso de un niño o de una niña.

En el caso del varón se abre paso la angustia de castración que representa una amenaza específica al desarrollo, debida a las regresiones de los impulsos que puede desencadenar y al papel posterior que tiene en relación con el desarrollo de la neurosis y la formación del carácter (Freud, 1984).

Se manifiesta también la pulsión de saber, principalmente ante la diferencia entre sexos, la curiosidad por el origen de los niños y ciertos problemas sexuales (Freud,

1905). Esta pulsión conduce a investigar, formulando preguntas al respecto; los niños estructuran con la información que poseen distintas teorías, conocidas éstas como teorías sexuales infantiles. Las fantasías sexuales acompañan esta pulsión de saber, mediante las cuales los afectos libidinales referidos a la madre, toman forma.

La pulsión de saber moviliza una gran energía en el niño ocasionando un rápido aprendizaje, y permitiendo olvidar rápidamente los fracasos a los que está expuesto; mediante una actitud de iniciativa está “conquistando” su medio y logra desarrollar el sentimiento de propósito o finalidad (Erikson, 1983). Su contraparte está en el sentimiento de culpa, consecuencia de las acciones que realiza por las que es reprendido.

Un concepto central para la teoría psicoanalítica está situado en este momento de la vida, su aparición, resolución o impedimento, tiene una multiplicidad de vínculos con la conformación de la personalidad del individuo, este es el Complejo de Edipo.

El Complejo de Edipo hace referencia a los intensos sentimientos de amor que el individuo experimenta hacia el progenitor del sexo opuesto; generando así una aspiración erótica hacia la madre en el niño o al padre en el caso de la niña. El objeto se constituye primordial en la vida del infante durante la fase fálica, de modo que las acciones que realiza generalmente van encausadas a la búsqueda continua de atención y amor por parte de dicho objeto.

No obstante, los intensos sentimientos amorosos tienen su contraparte cuando el niño comienza a sentir desprecio y celos por el progenitor del mismo sexo, quien posee a su objeto de amor, creando con ello una rivalidad con dicha figura. Esto lo coloca en una relación triangular, le otorga el lugar de ‘tercero excluido’ y es entonces, cuando tiene lugar el Complejo de Edipo.

Es importante enfatizar la actuación del padre, en la relación diádica hasta entonces mantenida entre el infante y su madre, porque viene a rescatarlo de la simbiosis sostenida con ella y da continuidad así, al proceso de separación-individuación (Salles, 2001).

El Complejo de Edipo va solucionándose conforme a las experiencias que vive el infante, de modo que si la madre otorga un lugar al padre y aleja al niño, él reconocerá que no tiene posibilidad de ocupar el lugar del padre y que su amor tendrá que dirigirlo hacia otros objetos con la esperanza que en el futuro tendrá una pareja similar; mientras que la rivalidad sentida hacia el padre, se transformará en una identificación con el mismo y con las características propias de su sexo, terminando también con los sentimientos de culpabilidad que le generaba. Esto da paso a la represión (heredera del Complejo de Edipo) de sus instintos sexuales hacia el objeto de amor (Ajuriaguerra, 2001).

El Complejo de Edipo permite la constitución de una identidad sexual definida, invistiendo libidinalmente la relación con la figura parental del sexo opuesto, viviendo dicha relación objetal en un triángulo; situación que se experimenta de distinta forma de acuerdo a las fantasías de cada niño.

La solución del Complejo de Edipo y los logros alcanzados en esta etapa, son fundamentales; aunque aún gobernado por el principio del placer, se da la frustración final de los deseos edípicos, con la desaparición gradual de las organizaciones tempranas de la libido, lo que permite la modificación de la estructura yoica; debido a los límites de la conducta y la posibilidad que el infante logre expandir sus intereses y derivar su energía libidinal a otras actividades y relaciones alternativas (Dallal, 2001).

Niñez

El periodo de la vida que comprende aproximadamente de los 6 a los 12 años, ha sido designado con diversos términos, cada uno de los cuales pone énfasis en alguna de las características de dicha etapa, como la escolaridad, la relación con los otros de su edad, o, desde el enfoque psicoanalítico, poniendo la relevancia en la disminución de las pulsiones sexuales, denominado como periodo de latencia, que comprende entre el Complejo de Edipo y la adolescencia.

Freud consideraba que durante la latencia el placer sexual se desplaza a otras actividades, siendo éstas las que otorgan placer al niño, sin un contenido sexual, a través de la sublimación de dicha pulsión (Esquivel, 2007). Este periodo no fue considerado como otra etapa psicosexual, sino como un punto de transición.

Durante este periodo, los intereses del niño están relacionados con los valores de su grupo de pares y no de los adultos; generalmente los adultos prestan poca atención a este momento del desarrollo, aún cuando es justamente el momento en el que el niño tiene mayor potencial para recordar los eventos que le suceden mismos que dejarán huellas importantes para su desarrollo en general (Shafii y Shafii, 1985).

Es un tiempo en el cual las actividades cognoscitivas, sociales, lúdicas, deportivas, etc., tienen supremacía en los intereses del niño, si bien las mociones sexuales infantiles continúan, lo hacen de modo sublimado, es decir, la energía continúa pero es dirigida a otros fines, especialmente aquellos que producen logros culturales (Freud, 1905). El individuo adquiere nuevos conocimientos y habilidades, canalizando mejor su energía al aprendizaje, solución de problemas y logro; así como pudiendo gratificar sus deseos utilizando los medios que le permite el mundo exterior.

El individuo atraviesa así, por la crisis entre “Industria vs. Inferioridad”, en la que se enfatiza la importancia del inicio en la escolaridad, la interacción con los compañeros y el aprendizaje de las claves de la cultura en la que está inmerso el niño (Erikson, 1983). Logra desarrollar los elementos fundamentales de la tecnología: aprende a leer y escribir, lo cual será de vital importancia para sus emprendimientos próximos.

Se familiariza con las herramientas de la escuela y el hogar, aceptando los logros reales que alcanza con el trabajo productivo; puede dominar y terminar una tarea específica, reemplazando el juego (Papalia, 2001). Invierte una parte importante de sí y ejercita sus cualidades, tanto físicas como cognitivas; lo contrario puede generar una sensación de extrañeza frente a sí mismo y sus actividades, puesto que los logros que llegue a concretar serán fundamentales para la construcción de sí y para la valía que cree, tiene en el medio en el que se desenvuelve (Erikson, 1971).

Opuestamente al sentimiento de laboriosidad es la inferioridad, que puede surgir ante la incapacidad del niño para realizar algún trabajo o elaborarlo mal; lo que puede hacerlo sentir destinado a la mediocridad o a la inadecuación. En este punto la sociedad es significativa, pues debe prepararlo adecuadamente para los trabajos que enfrenta y que al término de esta etapa haya logrado conformar la virtud de la competencia y capacidad (Erikson, 1983).

El placer y la capacidad que conlleva la actividad que ahora realiza el niño, se convierte posteriormente en la capacidad laboral; por medio del control de los impulsos, de realizar planes preconcebidos y el placer en el producto final, que lleva al principio de realidad (Freud, 1971).

Freud (1924) enfatiza los hechos que dan la posibilidad de que el niño emerja al periodo de latencia; estos son la disolución del complejo de Edipo y la situación

edípica consecuente, haber pasado por la amenaza de castración, que las catexias de objeto sean abandonadas y se sustituyan por identificaciones con la figura parental del mismo sexo y por último que las normas y la autoridad de los padres se introyecten en el yo, constituyendo así el núcleo del superyó; con lo cual se perpetúa la inhibición contra el incesto y las tendencias libidinales dirigidas al objeto de amor se subliman en impulsos de afecto dirigidos a otros objetos.

Un cambio importante, es la reorganización general de los afectos, el niño deja atrás el amor de tipo incestuoso y las relaciones con la familia tienen menor importancia, por cuanto comienza una interacción con otras personas, que amplían sus relaciones interpersonales; haciendo con ello más importante la socialización.

De esta manera, la interacción social ya no está centrada solamente en el círculo familiar en el que había estado inmerso hasta entonces, se expande a los compañeros de escuela u otros adultos (como los maestros), constituyendo la principal fuente de interés y tornando en consecuencia, las interacciones interpersonales más complejas; aunada a una nueva capacidad para diversificar sus intereses y los objetos con quienes se relaciona (Ajuriaguerra, 2001; Shafii y Shafii, 1985; Erikson, 1983; Freud, 1905). La relación con el objeto de amor deja así, de ocupar un lugar preponderante y las catexias libidinales se fijan a la propia persona y se prolongan mediante la identificación al grupo de pares.

La importancia que adquiere la socialización está principalmente influida por el ingreso a la escuela, en donde el niño encontrará experiencias distintas, ante las cuales tiene que desarrollar nuevas capacidades tanto cognitivas como sociales, para ocupar un lugar en el ambiente que se desenvuelve (Freud, 1989; Erikson, 1983; Stone y Church, 1982). La escuela es así, un lugar en el que se presenta un grupo social muy diferente al núcleo familiar y en el que el propio niño tiene la posibilidad de elegir a sus compañeros de juego, los nuevos participantes de su mundo social,

los amigos y las actividades que realice el niño tendrán como meta la aceptación y la inserción en el grupo de pares.

La escolaridad constituye desde esta perspectiva una prueba de socialización, esta vivencia de grupo posibilitará experiencias como la solidaridad, la reciprocidad que le permite afirmarse, comprender al otro, aceptando con ello la igualdad ante sus compañeros. En este sentido, los vínculos fraternales también posibilitan la capacidad de aprender del otro y disfrutar de su compañía, el apoyo mutuo; estos elementos crean una relación confidencial y de fuerte apoyo emocional.

La relación que establece con sus compañeros es diferente a las que anteriormente había instaurado; el niño ya no es aquél totalmente egoísta y narcisista, que no consideraba a los otros niños más que como objetos para su satisfacción y cuyas relaciones estaban determinadas en función de las propias necesidades; ahora ellos son colaboradores en sus distintas actividades, con derechos propios, con quienes puede compartir e identificarse. Se dan relaciones de amistad con un carácter más recíproco, tomando en consideración los sentimientos del otro (Salles, 2001). La consideración de lo que sienten los otros da lugar a la posibilidad de otorgar una interpretación distinta a un suceso, más allá de la causa-efecto.

Es al interior del grupo de compañeros, en el que el egocentrismo de la infancia comienza a ceder, dando lugar a la coherencia del grupo, la diversidad de puntos de vista, cooperación, las ganancias mutuas, entre otras características (Laursen, et al, 2007). Aquí el niño encuentra la oportunidad para afirmarse así mismo y a su yo en constitución; no sólo ante sus pares, sino incluso también ante los adultos que le rodean (Osterrieth, 1974).

Durante este periodo otros aspectos tienen importantes cambios, psíquicamente se constituirán logros fundamentales; principalmente las nuevas capacidades y

competencias en desarrollo generarán una estructuración yoica estable, aunada a una compleja reorganización de las defensas, que posibilita un mejor control de los impulsos instintivos y defensa de la angustia derivada de los conflictos. No es ya un ser puramente instintivo, sus nuevas capacidades le permitirán controlar sus respuestas ante el exterior, dirigiendo y controlando los instintos que anteriormente tenían plenitud de acción (Freud, 1985).

El yo asume superioridad en esta etapa, dirigiendo así las acciones del niño (no ya el ello), estableciendo el principio de realidad como reinante y adaptando a la realidad las exigencias del mundo exterior. Lo que permitirá el establecimiento del proceso secundario para el funcionamiento psíquico del niño.

La estructuración yoica revela importantes avances en diferentes aspectos, mismos que permitirán el alcance de los logros que se esperan para esta etapa; entre ellos se encuentran: la prueba de realidad externa e interna, la oportunidad de satisfacer con sus posibilidades sus deseos y utilizar el mundo exterior para ello, la construcción de la memoria, la función sintética del yo, el control de la motricidad y de los impulsos provenientes del ello y procesos de pensamiento racional secundario (Freud, 1989). Estas funciones yoicas están al servicio de la satisfacción del deseo.

La prueba de realidad hace referencia a la capacidad del individuo para diferenciar la fantasía de la realidad, que le permite al niño tener una mirada distinta del entorno en el que está creciendo; principalmente una perspectiva más objetiva de sí y de lo que le rodea, al tiempo que distingue entre su mundo interno (realidad psíquica) y la realidad exterior (Dallal, 2001). Esta diferenciación del mundo externo e interno, posibilita la adquisición de una conciencia del yo respecto de otros.

En lo referente a la memoria, en esta etapa se consolida la capacidad del niño para construir recuerdos y almacenarlos; de modo que tenga a su disposición huellas y

recuerdos mnémicos para sus futuras acciones. Lo cual también revela un proceso de aprendizaje ante las experiencias a las que cotidianamente se enfrenta.

La función sintética del yo, es aquella por medio de la cual el individuo puede unificar y centralizar sus procesos mentales; esto es, el niño será capaz de organizar su pensamiento y acciones en función de distintos procesos, como la motricidad, memoria, lenguaje, etc., que le otorgarán una mayor estructuración a su comportamiento (Freud, 1985).

La posibilidad de integrar sus pulsiones (agresivas y libidinales), es también parte del fortalecimiento de la función sintética (Sperling, 1993). De modo que la energía instintiva esté al servicio del niño, sin tener que temer sus impulsos y con la posibilidad de ser independiente del medio a través de dicho control.

La fortaleza yoica alcanzada con la evolución de las distintas funciones mencionadas, permite que los niños tengan un mayor dominio de sus estados emocionales para progresar y someterlos a procesos de tipo secundario; esto es la posibilidad de la postergación de las satisfacciones, la aceptación de la demora ante la descarga pulsional, una mayor tolerancia ante la frustración, mediatización de los deseos y el control de impulsos.

La fortaleza yoica no se entiende como una condición mensurable, sino que permite al individuo hacer frente eficientemente a través del yo a los contenidos del ello (pulsiones instintivas) y a las fuerzas del ambiente, dicha fortaleza es cambiante durante el desarrollo (Dallal, 2001).

Esta capacidad superior, también le generará cierta contención y preocupación por las consecuencias de sus acciones, un elemento de razonamiento y la posibilidad de integración de los sentimientos ambivalentes, lo cual determina la finalización de la expresión libre e instintiva que anteriormente tenía lugar (Freud, 1985).

Otras características desarrolladas ante la instauración del proceso secundario son la capacidad para pensarse a sí mismo, la estructuración de pensamientos especulativos, el establecimiento del concepto de tiempo y otros conceptos abstractos, el desvío y sublimación de los intereses directamente sexuales a otros nuevos mas despersonalizados, que posibilitan y evidencian el acceso a la cultura.

Todos estos logros no se consiguen sencilla y automáticamente, el individuo se verá enfrentado a una serie de conflictos ante cada uno de ellos; puesto que el desarrollo del yo resulta en una integración gradual de los instintos y en este proceso pueden producirse choques entre ellos con la posibilidad de adquirir la conciencia de su incompatibilidad. Por ejemplo, la prueba de realidad externa lo enfrenta al temor y frustraciones derivadas del exterior; a la experiencia de sentimientos ambivalentes en sí mismo, que anteriormente podía proyectar en las figuras ajenas; entre otros que en sí conllevan una privación de la antigua expresión libre a las fuerzas instintivas del ello (Freud, 1989).

Además aunque en este periodo el niño ya no tiene que seguir ajustándose a la tensión instintiva en desarrollo y permanece estable por unos años, en su mundo interno prosiguen las experiencias de lo que ha vivido y observado e imaginado en la primera fase de predominio instintivo genital; pudiendo desde esta perspectiva asistir el sufrimiento y el conflicto o el regocijo (Winnicott, 1993).

Si bien todos los alcances referidos se consolidan en la etapa de latencia, es durante la infancia que el niño comienza un proceso continuo de maduración, puesto que los

niños comienzan a construir límites y posibilidades sublimatorias de aplazamiento de la satisfacción inmediata. Esto permite que se continúe con el perfeccionando dichas funciones, haciéndose más objetivas e independientes de las emociones, hasta constituir las completamente.

Por otra parte, también se logra la conformación y consolidación del superyó, que surge ante la solución al Complejo de Edipo; puesto que éste insta prohibiciones al individuo que internalizará, así como las reglas sobre la gratificación libidinal permitida que se le presentan al niño, ya como exigencias al superyó (Freud, 1923). Sin embargo, ahora se genera la estructuración de un superyó menos rígido, que toma en cuenta otros aspectos; ya no está únicamente determinado por las decisiones de los adultos (los padres), sino que empieza a ser más objetivo y en consecuencia flexible y no tiránico (Dolto, 1974). Siguiendo las reglas no en función del placer directo, sino según su propio sentido moral en definición.

La autoridad del padre es introyectada en el yo y desde ahí forma el núcleo del superyó, que se muestra severo y perpetúa la prohibición del incesto (Freud, 1923). Esta instancia contiene para él las órdenes y prohibiciones de los progenitores y de la cultura. Dado que los impulsos sexuales son canalizados hacia otros fines por vía de la sublimación, las normas adquieren un papel importante en las relaciones del niño con el medio. Las primeras normas generalmente están asociadas a prohibiciones: no mentir, no molestar, no desobedecer, etc.

Es importante pensar que en el niño la no obediencia total ante las exigencias y reglas paternas, puede tener lugar como parte del seguimiento a una fuerza interna; esta tendencia instintiva tiene importantes implicaciones para su desarrollo emocional, puesto que así se permite la expresión de impulsos que constituyen parte de la estructuración del individuo (Janin, 1998).

Las normas que logre internalizar el niño le permitirán una interacción distinta con la sociedad. Ahora los propios niños ponen en función las reglas que han internalizado, sin la intervención de los adultos; así como cuidar de sí mismos, ante la estimulación o la desorganización que puede acontecer ante sus propios impulsos (Esquivel, 2007). Esto provoca que el niño sea cada vez menos dependiente emocionalmente.

Para este momento en el desarrollo, las pautas provenientes del ambiente que ha incorporado, posibilitan la construcción de una pauta propia en cuanto a sus expectativas; desarrollando así un ambiente interno, que en el transcurrir del tiempo y de su crecimiento, permiten la tolerancia de la falla ambiental y una organización y producción positiva del medio emocional que el niño desea (Winnicott, 1993).

La anterior resolución del Complejo de Edipo, en otro aspecto, permite al niño la posibilidad de afirmarse positivamente conforme al sexo que pertenece y hallar modos sublimados de amor ante su progenitor del sexo opuesto, posibilitando una mirada hacia el exterior y orientarse hacia él; lo que redundará en transformaciones tanto intelectuales como sociales.

Si bien la identificación en los primeros años está influenciada por los padres, cuando el niño ingresa a la escuela sus compañeros ejercerán una importancia en la identificación del niño, de ellos podrá tomar distintas características para constituirse; de modo que el concepto que forma de sí está mediatizado por la interacción que tenga con sus pares.

En este sentido, el niño debe beneficiarse con la identificación con sus pares, padres u otros adultos, siendo capaz de verse a sí mismo con mayor objetividad y de aprovechar la experiencia en los sueños, el juego y el fantaseo; empleando los anteriores tipos de experiencias (Winnicott, 1993).

Esta identificación abre paso al inicio de la consolidación sexual del individuo en la etapa de latencia, manifestándose en una identificación con los comportamientos y actitudes propios de su sexo y rechazando los patrones de conducta inherentes al sexo opuesto.

La estructura psíquica lograda durante estos años, le permite al niño, mostrar nuevas maneras de ser consigo mismo y de vincularse con las personas y las situaciones. La estructuración del psiquismo del niño, le permite ligar las experiencias y potencialidades del pasado con las respectivas del momento actual y la expectativa respecto del futuro (Winnicott, 1965).

Conflicto

El proceso de desarrollo es aproximadamente el mismo para todos los individuos, no obstante, éste es único y particular para cada uno de ellos (diferencias individuales), dado el carácter subjetivo, más las experiencias particulares que el individuo enfrenta y al ambiente en el que se desenvuelve; limitando al mismo tiempo, la existencia de puntos fijos o estables para todos, sino en su lugar el establecimiento de referencias aproximadas. Este proceso permitirá la conformación de distintas características únicas del ser en constitución.

El proceso de desarrollo no se presenta de forma lineal y sin dificultades, sino que exhibe ciertos desequilibrios, problemas, atrasos; en sí, el conflicto, se constituye como la característica que identifica la naturaleza de este proceso en la construcción del psiquismo naciente. Las características propias de cada ser humano favorecerán u obstaculizarán el enfrentamiento y la consecuente solución de los conflictos.

Desde la perspectiva planteada, el conflicto no debe ser entendido como un impedimento para el desarrollo, por el contrario, adquiere una cualidad como elemento estructurante, como motor e impulsor de la evolución del individuo. No constituye en sí mismo un elemento patológico, sino que es inherente a la vida misma; el hacer frente a los conflictos con las propias capacidades psíquicas le impulsan al niño a madurar y desplegar su potencial. Así, algunos conflictos se circunscriben a ciertas fases específicas y como tal, son transitorios y superables durante el propio proceso de maduración.

Los conflictos que se presenten en el desarrollo del individuo sirven así, como estímulos constantes que permitirán el logro de un desarrollo superior de funcionamiento mental y en última instancia, le otorga forma a la personalidad del niño, revelado en la manera en que el individuo soluciona los conflictos: la satisfacción de cuáles instintos, mecanismos de defensa utilizados, etc. (Freud, 1984).

El conflicto ha sido definido como la oposición de exigencias contrarias (Laplanche, 1974); surge en primera instancia ante las demandas opuestas entre los deseos del individuo y aquellas que le demanda el mundo exterior, es la modalidad más temprana y primitiva. Por un lado se enfrenta la disposición a que la experiencia de placer sea la mayor posible y por el otro, se encuentran las normas del exterior que ha introyectado y que le conducen a reprimir el deseo de conseguir placer; esta oposición de exigencias constituye el conflicto extrapsíquico, que encierra un miedo al castigo o a la pérdida de amor (Freud, 1984).

En el conflicto extrapsíquico si el medio externo impone frustraciones que favorecen el desarrollo del conflicto intrapsíquico, por su intensidad, ante el inmaduro aparato psíquico del niño, no podrá controlarlo satisfactoriamente e incluso podrá tener influencia en la estructuración de su psiquismo (Bowlby, 1986).

En diversas ocasiones no se genera un conflicto importante entre ambas demandas, sino que se desarrollan formas de conducta encubiertas a través de las cuales se logra, de manera indirecta la satisfacción de ambas. Es especialmente en la infancia cuando instintos completamente opuestos tienen una rápida sucesión en distintas experiencias e inclusive en diferentes actividades existe una fusión de tendencias opuestas, sin verse afectadas entre su mutua satisfacción.

Anna Freud (1984) plantea otro tipo de conflicto que se manifiesta entre los deseos del niño y su propia conciencia, el conflicto intersistémico. En éste, se encuentran enfrentadas las instancias psíquicas, puede ser el yo y el ello, el yo y el superyó o el ello y el superyó. Aunque el conflicto en esta última instancia, viene determinado después de la identificación con los padres y sus normas impuestas; instaurándose el conflicto ante los valores sociales y culturales del entorno, pudiendo generar un sentimiento de culpa en el sujeto.

Existen conflictos entre el yo y el ello que se encuentran determinados por los procesos de maduración. En ocasiones los conflictos entre ambos, dan lugar a los primeros síntomas neuróticos como solución que se producen al recibir el yo las presiones del ambiente, al verse amenazado, no solo por sentimientos de culpa surgidos internamente, desde el superyó, sino por peligros surgidos del mundo objetal, como la pérdida de amor, el rechazo o el castigo (Freud, 1985). El yo puede tornarse ante ellos intolerante a los restos de niveles anteriores de desarrollo libidinal.

Los conflictos desencadenados entre las diferentes instancias de la estructura psíquica de la persona pueden constituir obstáculos para la evolución de su personalidad; puesto que al consumir la energía del individuo, éste no es capaz de utilizarla en las tareas cotidianas de su vida y en consecuencia, de su desarrollo.

Otro tipo de conflicto está determinado entre los instintos e impulsos opuestos, el conflicto intrasistémico. En este sentido, se producen choques entre apetencias instintivas opuestas (amor-odio, libido-destrucción) o contradictorias (activas-pasivas, masculinas-femeninas, sádicas-masoquistas) que se presentan cuando se ha establecido un yo central integrador, y entre apetencias incompatibles que tienen incluso, el poder de escindir.

También el conflicto puede estar determinado por la fuerza de las demandas instintivas, entre deseos conscientes y deseos inconscientes, en la falla en la resolución del desarrollo normal de naturaleza biológica o interpersonal (que determine una fijación en etapas específicas) y también la falta de oportunidad para la gratificación o su racionamiento o imposibilidad (Freud, 1989).

Cuando el conflicto se rigidiza o estabiliza en la vida del sujeto, puede hacer significativo el caos en la medida en que él mismo exige cierto orden, conformando un estado en el que puede organizarse como defensa contra las angustias asociadas con el conflicto (Sperling, 1993). El ambiente puede también influir con fuerzas que actúen en un sentido negativo a la solución del conflicto, en tanto que sean frustradas importantes necesidades del desarrollo infantil o que actúen de manera directa y poderosa en oposición a la dirección normal de dicho desarrollo.

La posibilidad de solución más frecuente, es la puesta en marcha de manera inconsciente de una serie de mecanismos de defensa que le permiten tolerar las demandas pulsionales opuestas y el temor, la ansiedad y la angustia que surge por el conflicto (la cual tampoco es patológica, sino una reacción normal del yo ante situaciones de tensión psíquica). En la solución del conflicto tiene menor relevancia cuáles son los mecanismos de defensa utilizados, lo que interesa es la adecuación para su nivel de edad y sobre todo, la funcionalidad para manejar los conflictos. Cuando dichos mecanismos no logran contenerlo, constituyen esfuerzos inútiles por

tratar de organizarse, pudiendo dar cuenta de niveles más tempranos de estructuración yoica e incluso de patología.

Algunos ejemplos de la mediación de mecanismos de defensa ante el conflicto, se encuentran, por ejemplo ante la percepción del niño de una realidad exterior amenazante, la cual intenta no ver, negarla (negación); o el no registrar o hacer conscientes las representaciones de los impulsos internos provenientes del ello, es decir los reprime (represión) o les otorga una apariencia contraria (formación reactiva); puede incluso atribuir sus impulsos o cualidades amenazantes o que rechaza a otros por medio de la proyección o en caso contrario se apropia de cualidades aceptadas de otros (introyección) (Freud, 1971).

Si los mecanismos se utilizan de modo excesivo, pueden dar origen a un movimiento retrógrado normal en cuanto a los logros que el yo debiera alcanzar; puede producirse un funcionamiento defectuoso que, no obstante, se supera al comienzo del periodo de latencia, puesto que entonces la ansiedad disminuye y el yo logra una constitución que le permite enfrentarse con mayor eficacia a dichos conflictos (Dallal, 2001; Freud, 1989; Shafii y Shafii, 1985).

Un ejemplo del uso excesivo de la negación, se produce cuando el individuo no admite oportunamente la realidad externa, pudiendo impedir utilizar en plenitud su inteligencia y dañar los vínculos que establece. En cuanto a la represión, puede desvincular al individuo de sus instintos rechazados y mantenerlos alejados de su conciencia; posteriormente dicho alejamiento puede incluso, establecer una disociación entre el yo y el ello, imposibilitando que la conciencia de su realidad interna se mantenga (Freud, 1989). La proyección excesiva provoca poca claridad en la distinción entre sí mismo y el mundo exterior.

De este modo, la excesiva actividad defensiva denota la incapacidad del sujeto para enfrentarse de manera consciente y más eficaz a los conflictos y también puede conducir a la inhibición de alguna función (Sperling, 1993; Freud, 1989). El daño consecuente que sufren las funciones yoicas en constitución puede tornarse mayor e incluso puede tener una trascendencia permanente.

Esta interferencia con el desarrollo de las funciones yoicas, es especialmente importante durante la niñez, puesto que aún está en marcha el proceso de maduración; de modo que se puede constituir un impedimento grave para la estructuración yoica, aún cuando otros logros continúen su progresión. Lo cual genera un yo unilateral e inarmónico, que puede ser temporal o contrariamente, establecerse de modo duradero.

Así, durante el periodo de latencia el niño logra solucionar los conflictos que se presentan principalmente mediante la sublimación; un nuevo mecanismo de defensa, cuya importancia y valor en esta etapa es fundamental, puesto que no solamente define las características sociales del individuo, sino el modo en que la utiliza, neurótica o normalmente, hace que se fijen o no, que se exageren o desaparezcan componentes arcaicos de la sexualidad y sus elementos perversos (Doltó, 1974).

Si bien existen conflictos que son inherentes a la mayoría de los individuos durante el periodo de latencia, tales como la rivalidad, la envidia, el enojo, en función de la extensión de las relaciones sociales y de la organización de las actividades colectivas, existe en el niño un control creciente sobre dichos conflictos (Osterrieth, 1974). Cuando este control no se logra, el conflicto es más intenso y tiene mayores repercusiones, principalmente en cuanto a la objetividad con que comienza a ver el mundo exterior de su mundo interno, el concepto de sí que construye o en su interacción social.

Como en el periodo de latencia el yo se instaura como agente central de la lucha entre la satisfacción de los deseos instintivos y la adaptación al ambiente, los conflictos que atraviese el individuo y la intensidad con que se presenten, aunados a la fortaleza o debilidad del sujeto en relación con las fuerzas internas o externas, permitirán la salud psíquica (quizá a través de formaciones de compromiso), el desarrollo de reacciones neuróticas (de lado de las exigencias externas contra los instintos) o incluso, reacciones psicóticas (a favor de los instintos contra la realidad externa) (Freud, 1989) y la consecuente acentuación de la intensidad del conflicto que excede la fortaleza psíquica del sujeto, ante la cual el yo en estructuración necesita ayuda para poder ampliar su esfera de influencia.

Otro aspecto importante del conflicto es la posibilidad de hacer que la libido fluya hacia atrás, en un fenómeno denominado regresión y con ello ligarse a puntos anteriores de desarrollo, evitando la ansiedad que implica un nivel superior de organización. Existen regresiones determinadas por circunstancias específicas, tal como la muerte de un familiar, el nacimiento de un hermano, la separación o cambios importantes; cuando también existen torpezas en la educación, prohibiciones rígidas o angustiadoras, posibilitan que los conflictos afectivos consecuentes perturben el desarrollo y con frecuencia, que tengan repercusiones en la personalidad del individuo (Osterrieth, 1974).

Esta interferencia del conflicto en el desarrollo libidinal, lleva consigo un retroceso y la pérdida de cualidades y logros inherentes al desarrollo hasta entonces alcanzado. El retorno a modos previos de funcionamiento se produce en los casos en que la no satisfacción de una pulsión lleva la tensión a un punto especialmente alto (Freud, 1989). Si bien es importante tener en cuenta, que la libido nunca se expresa por completo en las manifestaciones de la última fase de desarrollo, siempre una parte de ella queda vinculada a modos anteriores de expresión. Sin embargo, si dichos retrocesos establecen elementos rígidos y se llegan a estabilizar, favorece el

desarrollo de la neurosis; que del mismo modo, puede interferir directamente con el movimiento progresivo de la libido.

El retroceso deja el control de las acciones del niño a las fuerzas del ello, lo que conduce a un cuadro de inhibiciones y funcionamientos impredecibles que lo muestran inadaptado a la realidad, confrontándolo con deseos primitivos difíciles de tolerar y tiene entonces que utilizar mecanismos de defensa arcaicos, que al no tener éxito surgen síntomas para la gratificación del deseo, distorsionado a su vez por las fuerzas represivas (Freud, 1985). El síntoma constituirá así la expresión central de la vida libidinal del niño.

El síntoma puede representar una contracatexia permanente contra algún derivado de un impulso amenazador; al tiempo que implica una perturbación patológica de la dinámica y aspectos estructurales de la personalidad y un conflicto subyacente (Freud, 1984).

Los síntomas que se agrupan en la conformación de una categoría diagnóstica de alguna patología en específico, constituyen por una parte signos de procesos patológicos en el niño; y por otra, las quejas de los padres y los trastornos de la vida infantil determinados por una multiplicidad de circunstancias: temores, perturbaciones en el desarrollo, hábitos dañinos, trastornos del humor, del afecto, fallas en el aprendizaje, etc. (Freud, 1984).

En este sentido hay que trascender el nivel descriptivo del síntoma, para tomar en cuenta el trasfondo dinámico, estructural y económico, para establecer una diferenciación entre el significado latente y la significación patológica del mismo, así como su importancia en la estructura y dinámica psíquica del niño (Ajuriaguerra, 2001).

La comprensión del conflicto y su papel en la dinámica psíquica del individuo y sus síntomas, permite una mirada distinta de la patología humana. Desde esta perspectiva, la sintomatología manifiesta no obedece siempre a la misma lógica (sea esta biológica o funcional), sino que tras los síntomas, como indicadores de la movilización desatada en la mente, se gesta un importante movimiento de pulsiones, deseos y conflictos que les otorgan un significado específico y movilizan de modo particular la construcción psíquica de la persona y del trastorno o patología en cuestión.

Una característica de los trastornos en la infancia, es su influencia en los logros esperados en el desarrollo, debido a que estos no son únicamente efecto del crecimiento biológico, sino que entrañan una interacción compleja con la constitución psíquica del individuo. En el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), habría que comprender cuál es la movilización dinámica que generan los síntomas y los conflictos tras ellos; no sólo para acceder a una mayor comprensión del trastorno en sí, sino con la posibilidad de entender al niño que lo vive y en muchos sentidos, lo sufre. Quizá con ello, también se abra una perspectiva diferente en la terapéutica manejada para el trastorno.

CAPITULO II

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Durante la edad escolar la mayoría de los niños presentan una conducta muy activa, llena de vitalidad: hacen ruido, corren, saltan, se mueven constantemente, se rehúsan a esperar su turno, son inquietos o distraídos. Sin embargo, a medida que el individuo se desarrolla, adquiere una mayor capacidad para adecuarse y mentalizar las situaciones y las cosas, con lo que comienza a sustituir la acción por el pensamiento y el lenguaje.

No obstante, para algunos niños este logro no se alcanza satisfactoriamente y los comportamientos anteriores constituyen algo más que una conducta eventual u ocasional, e interfiere en su capacidad para desenvolverse en el entorno en el que están inmersos. La definición de este problema constituye un trastorno, que actualmente se conoce con el nombre de Déficit de Atención e Hiperactividad.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se ha convertido en un padecimiento de suma importancia y prevalencia en el ámbito de la psiquiatría infantil; su incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años, constituyendo para los servicios de salud especializados en población infantil, uno de los principales trastornos que requieren atención.

El TDAH es un trastorno que ha pasado de tener una base etiológica principalmente orgánico-neurológica, en cuanto a la presencia de una lesión o de una disfunción a nivel cerebral; a una posible explicación psicológica, que enfatiza los conflictos y la dinámica en la que está inmerso el paciente.

A pesar de que la concepción actual del TDAH, es reciente, su historia tiene antecedentes que se remontan a principios del siglo XX, puesto que ya en esta época se contaba con descripciones clínicas en las que se incluían los síntomas característicos que, ahora, son considerados por las principales clasificaciones de las enfermedades mentales (DSM-IV y CIE-10) para otorgar el diagnóstico de TDAH. Si bien, a través del tiempo ha cambiado la denominación que recibe, la sintomatología descrita ha permanecido prácticamente sin cambios. Entre algunas denominaciones con las que se ha reconocido el trastorno, se encuentran: disfunción cerebral mínima, daño cerebral mínimo, reacción hiperquinética de la infancia, hiperactividad, etc.

Barkley (1990) ha resumido la evolución de las ideas respecto al trastorno en cuatro períodos principales:

1. 1900-1960: se consideraba que una lesión cerebral es la responsable de los problemas hiperquinéticos.
2. 1960-1969: aparece el concepto de disfunción cerebral mínima para entender el trastorno.
3. 1970-1979: se recurre al concepto de déficit de atención; y
4. 1980: se establece el síndrome por déficit de atención (ADD Atencional Déficit Disorder) en el DSM III y del déficit de atención-hiperactividad (1987) en el DSM IIIR.

El primero en describir el trastorno, fue el médico alemán Heinrich Hoffmann en 1865 (Solloa, 2006; Epstein, Shaywitz y Woolston, 1991). Posteriormente, en 1902, George Still describió clínicamente el trastorno, conceptualizándolo como “defectos en el control moral”, reconociendo ya que el trastorno era padecido en mayor proporción por niños que niñas. Como características principales describió niños con temperamento violento, ausencia de respuesta a castigos, inquietud, problemas de

aprendizaje, hiperactividad, trastornos en la conducta y dificultades para mantener la atención durante periodos prolongados (Shafii y Shafii, 1985). La etiología que postuló fue la disfunción cerebral, mayor predisposición biológica y hereditaria en ciertos casos.

Más adelante, Alfred Tregold (1920) en su libro “Mental Deficiency” describió un cuadro clínico correspondiente al trastorno que había descrito Still; consideraba que este trastorno constituía un tipo de deficiencia mental. También creía que la etiología del mismo residía en una anomalía orgánica por un defecto hereditario cerebral.

En esa época el aspecto biológico fue de suma importancia, por lo que los aspectos orgánicos eran los únicos elementos que se tomaban en cuenta para establecer el diagnóstico y para el tratamiento; así la base orgánica cerebral era determinante como factor etiológico.

Kahn y Cohen (1934) describieron la entidad clínica que denominaron “Síndrome de Impulsividad Orgánica”, que se caracterizaba por hipercinesia, impulsividad, incapacidad para permanecer quieto, conducta antisocial y labilidad emocional; todos estos síntomas estaban en función de la hiperactividad, considerada la anomalía conductual central, misma que era resultado de una anomalía en la organización del tallo cerebral (Solloa, 2006).

Posteriormente, Bradley en el año de 1937, fue el primero en darse cuenta del efecto tranquilizante que tenían los psicoestimulantes en los niños hiperquinéticos. De hecho, éste fue un momento fundamental en la historia de la psiquiatría, pues se considera que con ello se inició la psicofarmacología infanto-juvenil. El fármaco que utilizó Bradley era la benzedrina, notando que la conducta disruptiva, la

impulsividad y la hiperactividad eran atenuados bajo el tratamiento; aunado a una mejoría en el rendimiento intelectual (Shafii y Shafii, 1985).

Lauretta Bender (1942) reconoció un cuadro clínico con características similares, denominado “síndrome postencefálico” que después llamó “reacción de personalidad tipo psicopática con hipercinesia” (Epstein, et al, 1991). En esta época en la que predominaban las explicaciones neuroanatómicas, el principal aporte de Bender fue incluir el término hipercinesia, como trastorno (Alves, 2000).

A partir de 1947, debido a los estudios que realizó Strauss en niños deficientes mentales profundos, se empieza a conceptualizar el trastorno como “Minimal Brain Damage” o “Síndrome de Strauss”; proponía una etiología orgánica que permitía la aparición de la hipercinesia (Alves, 2000). Sin embargo, en 1960 se opta por el término “dysfunction” en lugar de “damage”, asumiendo de este modo, que no necesariamente existía un daño cerebral específico, sino tal vez una alteración neuroquímica o neurofisiológica (Gratch, 2000). Dicho cambio en la denominación fue realizado por Clements y Peters en 1962 (Epstein, et al, 1991). Si bien se modificó la etiología, el centro continuó siendo biologista.

La disfunción cerebral mínima (MBD) tenía como diez características principales (en orden de frecuencia): hiperactividad, deterioro perceptivo-motor, labilidad emocional, déficit general en coordinación, trastorno de atención, impulsividad, trastornos de memoria, alteraciones de aprendizaje, de lenguaje y audición, signos neurológicos menores y un electroencefalograma irregular (Solloa, 2006).

Para 1957, aparece la denominación de “Síndrome Hiperkinético o Trastorno del Impulso Hiperquinético”, introducido por Laufer y Denhoff (Solloa, 2006), quienes consideraban que al incluirlo se estaba haciendo referencia a un daño o disfunción del Diencefalo (Epstein, et al, 1991). Aproximadamente en el mismo periodo la

Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-8), ya incluía el “Síndrome Hiperkinético de la Infancia”; mientras que en el DSM II, se consideraba la “Reacción Hiperkinética de la Infancia” incluyendo para su descripción la sobreactividad, inquietud, distractibilidad y corta atención mantenida.

A principios de los setenta, las investigaciones de Virginia Douglas, permitieron la distinción entre el trastorno por déficit atencional con o sin hiperactividad (Servera, Bornas y Moreno, 2005). Mostró datos que sugerían que los niños hiperactivos no presentaban necesariamente dificultades de aprendizaje; así como tampoco era necesario un estímulo distractor para que surgieran problemas en la atención sostenida y que en condiciones lúdicas no mostraban mayor distractibilidad. Desde esta perspectiva el plano atencional tenía mayor importancia en la conceptualización del trastorno.

El modelo atencional de Douglas considera cuatro predisposiciones básicas en los niños hiperactivos: un rechazo o muy poco interés para dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas; una tendencia a la búsqueda de estimulación y gratificación inmediata, aunada al poco impacto de estímulos aversivos; poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas y poca capacidad para regular la activación o los estados de alerta para la solución de ciertas tareas (Servera, et al, 2005)

Es en 1980 cuando la Asociación Psiquiátrica Americana introdujo el término de “Trastorno Atencional” en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III; ya se incluían las tres áreas de sintomatología principales: déficit atencional, impulsividad e hiperactividad (Tomas y Casas, 2004; Gratch, 2000). Reconociendo tres distintas variaciones en que se puede presentar el trastorno: con hiperactividad, sin hiperactividad y residual.

Por otra parte Barkley (1990) propone un modelo motivacional en el déficit de las conductas gobernadas por reglas, partiendo de las conductas hiperactivas y la influencia que tienen en ellas los factores instruccionales y motivacionales. Proponiendo que cuando decrece el nivel de estimulación ambiental adecuado, las conductas de falta de atención e hiperactividad, surgen como un sistema de compensación.

La propuesta tiene un enfoque más conductual, la definición que propone Barkley (1990) del TDAH, es como un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos inician frecuentemente en la primera infancia, siendo de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Estas dificultades se asocian normalmente a déficit en las ‘conductas gobernadas por reglas’ y a un determinado patrón de rendimiento.

En el DSM-IV (1995) se considera como característica principal un patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Para realizar el diagnóstico se especifica la necesidad de que algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad y desatención causantes de problemas hayan aparecido antes de los 7 años de edad; así como que los síntomas se manifiesten en dos ambientes distintos en los que se desenvuelva el individuo; generando pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo.

De acuerdo, con la clasificación que proporciona el DSM-IV existen tres formas distintas como se puede manifestar el trastorno:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.

El primer y el tercer tipo son los que se manifiestan con mayor incidencia en la población, mientras que el tipo predominantemente inatento es menos frecuente y a la vez es más común en las niñas (Gratch, 2000).

Por su parte en el CIE-10 el trastorno está incluido en el apartado F.90 en los “Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y en la adolescencia” incluyendo “Trastornos Hiperkinéticos”, “Trastorno de la actividad y la atención” “Trastorno Hiperkinético Disocial”, “Otros Trastornos Hiperkinéticos” y “Trastorno Hiperkinético sin especificación”.

La relación entre ambas clasificaciones, es casi idéntica en cuanto a los criterios diagnósticos; sin embargo, en el CIE-10 se definen categorías más estrictas en cuanto a los códigos diagnósticos. Así en el DSM-IV se requieren seis síntomas de inatención o seis de hiperactividad-impulsividad (ver anexo 1), mientras que en el CIE-10 son necesarios al menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad (ver anexo 2).

A modo de resumen se presenta el siguiente cuadro de la evolución histórica del concepto del trastorno:

TEORICO Y AÑO	DENOMINACIÓN
Hoffman, 1865	Zappel-Phips
Bourneville, 1897	Niño inestable
Still, 1902	Defecto de conducta moral
Tregold, 1920	Deficiencia mental
Kahn y Cohen, 1934	Síndrome de impulsividad orgánica
Bender, 1942	Síndrome posencefálico Reacción psicopática con hipercinesia
Strauss, 1947	Lesión cerebral mínima
Laufer y Denhoff, 1957	Síndrome Hipercinético o Trastorno del Impulso Hiperquinético
Clements y Peters, 1962	Disfunción cerebral mínima.
DSM-III, 1980	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad o sin ella.
CIE 10, 1992	Trastornos hipercinéticos
DSM-IV 1992	Trastorno de déficit de atención y del comportamiento disruptivo.

Cuadro 2. Evolución histórica del TDAH.

Etiología.

Las causas concretas que originan el trastorno no se conocen completamente, existen diferentes propuestas acerca de lo que podría constituir el factor etiológico del TDAH. Como se mencionó, en el pasado se consideraba que la etiología era un daño orgánico, que posteriormente fue considerado como un déficit funcional. Las teorías acerca del origen del TDAH postulan un daño orgánico, la alteración

química, inmadurez en el funcionamiento y la genética y herencia. Actualmente la teoría que tiene mayor aceptación es la referente a los problemas con la química cerebral.

Así, fundamentalmente se considera que el trastorno es de origen neurobiológico, proponiendo que ciertas regiones del cerebro pueden estar lesionadas o que existen irregularidades en la producción de ciertos neurotransmisores (principalmente la dopamina y la noradrenalina), que son la causa del mismo (Solloa, 2006).

La efectividad, es decir, la remisión de los síntomas en el niño que han tenido los psicoestimulantes en el tratamiento del trastorno, aportan una prueba indirecta de que el padecimiento tiene un origen en un funcionamiento inadecuado de los neurotransmisores.

Anteriormente, otra teoría que se fundamentaba en la existencia de una lesión cerebral mínima como origen del trastorno, se apoyaba en el estudio de sujetos que, al tener lesiones en la corteza prefrontal manifestaban falta de atención, impulsividad y poca disposición a seguir reglas (Servera, et al, 2005).

Durante un tiempo se pensó que intoxicaciones crónicas con plomo o el alto consumo de azúcares refinados podían ser causantes de la sintomatología manifiesta en el TDAH. Sin embargo, no se ha comprobado que tales hipótesis sean válidas, puesto que a la reducción en el consumo de azúcares, por ejemplo, no ha seguido una mejoría de los pacientes (Van Wielink, 2004).

Se ha reconocido también que en los estudios electroencefalográficos, entre un 32.5% y 50% de los pacientes muestran patrones anormales; caracterizándose por una actividad cerebral lenta, difusa y en general ausencia de una cantidad apropiada

de ondas alfa para la edad (Solloa, 2006). Esta actividad se considera como patrones inmaduros de funcionamiento del sistema nervioso central.

Así mismo se han realizado investigaciones que han permitido reconocer que el trastorno puede ser hereditario; de manera que los hijos de padres con TDAH, pueden presentar con mayor probabilidad el mismo trastorno. Algunos estudios en gemelos univitelinos han revelado que si uno de ellos presenta el trastorno, las probabilidades de que el otro gemelo lo padezca son de hasta 80% (Shaffer, 2000).

De modo que se considera que el TDAH es un trastorno de base neurológica o neuroquímica; sin embargo, el grado de afección que muestre el paciente puede depender de otros elementos tales como el grado de armonía psíquica del paciente, sus capacidades yoicas, así como del contexto familiar en el que se desenvuelve, y si éste promueve o no complicaciones en cuanto a las manifestaciones sintomáticas del trastorno (Gratch, 2000).

Actualmente, la teoría más aceptada y a través de la cual se ha establecido el tratamiento farmacológico, es la que propone que existe un trastorno en la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que tiene como principal función la planificación y regulación de la conducta (Solloa, 2006; Gratch, 2000).

Diagnóstico

El diagnóstico es un paso fundamental en el proceso de atención al paciente con TDAH, puesto que dadas las características del mismo y a la heterogeneidad respecto a las conductas que se manifiestan, la probabilidad de hacer un diagnóstico incorrecto, es mayor. Un aspecto de suma importancia a tener en cuenta en todo momento, es la etapa de desarrollo en que está el niño y en relación a ella, determinar el comportamiento esperado para la edad.

Tomando en consideración lo anterior, no todo trastorno de conducta en la infancia, es sinónimo de TDAH; la etapa de desarrollo en que se encuentra el paciente dará la pauta para la consideración diagnóstica final. Así, una actividad motriz elevada es perfectamente normal en niños de 2 años; sin embargo, si esto continúa en el mismo niño a los 8 años de edad, podría constituir una posible alteración patológica en él.

El profesional debe ser muy precavido en la consideración de la etapa evolutiva de desarrollo del paciente; por ejemplo en niños en edad preescolar, es difícil realizar un diagnóstico confiable, debido a que muchos de ellos, conforme continúa el proceso de desarrollo dejan de presentar las conductas o alteraciones que alentaron en un principio el trastorno. Por esto es preferible realizar el diagnóstico a partir de los 7 años de edad; lo que coincide con la etapa escolar, que es cuando se presentan mayores incidencias del trastorno.

Un primer paso, es la elaboración de una historia clínica exhaustiva, de modo que incluya todos los datos relevantes para comprender el padecimiento del niño: evolución, desarrollo, inicio de la sintomatología, antecedentes hereditarios, problemas pre y postnatales; así como la intensidad de los síntomas y cómo afectan y han afectado la vida del paciente en los diferentes ámbitos de acción del mismo.

Existen dos características fundamentales de los síntomas, el primero es que sean incisivos, es decir que se presentan en la mayoría de los entornos del niño (escuela, hogar, amigos) y el segundo que son de duración prolongada, puesto que se manifiestan en un periodo superior a los seis meses (Van-Wielink, 2004).

Es fundamental que los especialistas encargados de la evaluación diagnóstica del niño sean muy cautos, puesto que no todos los niños con características de inquietud o inatención presentan TDAH; una diferencia esencial radica en el grado de

intensidad en que se presentan dichas conductas, así como su interferencia en diferentes ámbitos en los que se desenvuelve el individuo.

Al no existir marcadores biológicos específicos que definan el trastorno, tampoco existen pruebas o estudios que den cuenta exacta del mismo, tales como estudios de laboratorio, pruebas de gabinete, neuroimagen, electrofisiología, etc, que lo confirmen; por lo que la precaución y experiencia del especialista tiene que ser mayor, puesto que el diagnóstico se establece fundamentalmente a partir de la clínica. La precaución de los profesionales podrá evitar el sobrediagnóstico y el uso inadecuado de los fármacos.

El proceso diagnóstico debe contemplar fundamentalmente los siguientes pasos, para que se pueda llegar a una conclusión diagnóstica acertada:

- Entrevistas diagnósticas familiares.
- Observación del paciente.
- Cuestionarios de la conducta del paciente contestados por padres y maestros.
- Acceder a información proporcionada por el colegio o profesor.
- Evaluaciones psicológicas y psicopedagógicas
- Estudios de gabinete.

Después de recolectar la información suficiente es necesario realizar una integración cuidadosa para poder determinar el diagnóstico de TDAH, con la finalidad que se puedan establecer las primeras guías para el tratamiento, esperando lograr las máximas posibilidades de éxito con el mismo.

Es importante la inclusión en el proceso diagnóstico de la evaluación psicológica, que tiene entre sus principales objetivos el reconocimiento de problemáticas que hagan necesaria la intervención terapéutica. No obstante, para cada niño en concreto

es importante evaluar el síntoma, considerar su importancia y su función dinámica e intentar situarlo en la estructura del mismo; tanto a nivel genético, como dentro del ambiente. Abarcando así un enfoque multidimensional: estructural, genético y ambiental (Esquivel, 2007).

Tríada Sintomática

En la descripción clínica del trastorno, se pueden reconocer tres síntomas principales que lo caracterizan, conocidos como la tríada sintomática básica inatención-hiperactividad-impulsividad. Estos tres síntomas se manifiestan en múltiples actividades o acciones de los niños, en diferentes momentos o áreas de acción (hogar, escuela, recreación) en que están involucrados.

Los síntomas de la tríada son las principales características intrínsecas del trastorno, constituyendo así, los elementos más importantes para poder proporcionar el diagnóstico y son, también, los que generan la mayoría de las complicaciones asociadas al trastorno; el reconocimiento de las características de cada uno de ellos es fundamental para la comprensión e incluso de los problemas asociados a él.

Inatención y distractibilidad.

Las alteraciones consideradas como parte de la inatención o distractibilidad, se reconocen en su mayoría en el ámbito escolar y se encuentran asociadas con los fracasos escolares que, a su vez, constituyen uno de los primeros indicadores de que el niño tiene un problema; siendo frecuentemente el motivo principal de consulta por el que es canalizado para recibir atención profesional (Tomas y Casas, 2004).

Es en el salón de clases, el lugar en el que la inatención se hace manifiesta, el niño es incapaz de mantener la atención por periodos prolongados de tiempo, presentando una gran dificultad para desempeñarse adecuadamente en actividades que demandan

un importante esfuerzo de concentración (Tomas y Casas, 2004; Gratch, 2000), distrayéndose continuamente, incluso ante el más mínimo estímulo distractor.

Los pacientes con TDAH no pueden concentrarse fácilmente, debido a que los numerosos estímulos que encuentran en su ambiente los distraen constantemente con suma facilidad (lo que sucede principalmente en el aula, donde el alumno encuentra un sin fin de elementos distractores). Las excepciones se dan en tareas en las que el paciente se encuentra altamente motivado o interesado y entonces logra mantener la atención por más tiempo, aunque aún en esta situación también puede dejar dicha tarea si es que la misma se vuelve aburrida o un estímulo más atractivo aparece (Solloa, 2006; Janin, 2004; Gratch, 2000).

Para poder considerar que un niño es inatento, en primera instancia se debe tener en consideración la etapa de desarrollo en la que se encuentra; puesto que mientras menor es el niño, los periodos en que puede mantener atención sostenida también son menores; se espera que dichos lapsos aumenten progresivamente conforme el niño va creciendo y desarrollando nuevas capacidades.

Lo anterior es un punto de suma importancia en el proceso diagnóstico, no solamente en lo que respecta a la atención, sino a todas las demás alteraciones en evaluación; porque cada etapa de desarrollo entraña diferente nivel de capacidades, que no pueden ser considerados patológicos.

Hiperactividad.

Constituye uno de los principales generadores de conflictos para los pacientes con TDAH, se refiere a la presencia de niveles excesivos (de acuerdo con la edad) de actividad motriz en el niño, que no tiene organización ni finalidad alguna y es actividad inoportuna de acuerdo con la situación. El paciente no puede parar de moverse constante y continuamente, no puede estarse quieto durante periodos

prolongados, en la escuela no permanece sentado, se levanta, brinca, mueve las extremidades, etc. Una frase común entre los padres o maestros respecto este aspecto es “parece que tuviera un motor y no pudiera parar”.

La hiperactividad los hace comportarse como si tuvieran una energía ilimitada, no realizan una sola actividad durante mucho tiempo. Implica también, la incapacidad del niño para mantenerse quieto en circunstancias en las cuales el movimiento es inapropiado o bien el movimiento excesivo no se adecúa a las condiciones de juego u otras a las que el movimiento esté asociado; puesto que los movimientos no tienen un sentido o finalidad (Solloa, 2006; Gratch, 2000).

Para evaluar este aspecto e incluirlo dentro del diagnóstico, es importante considerar que en niños menores de 3 años la actividad motriz elevada es un elemento normal y no constituye un síntoma patológico. En cambio el exceso de actividad en los pacientes con TDAH, no corresponde a la etapa de desarrollo que atraviesan y además, es un exceso desorganizado y no propositivo, es decir, no hay un objetivo determinado para la conducta; al tiempo que puede presentarse de forma casual y en cualquier situación (escuela, hogar, juego).

De acuerdo con los principales sistemas de clasificación de enfermedades, la hiperactividad puede estar o no incluida en el trastorno por déficit de atención; cuando está presente, el trastorno es diagnosticado en etapas más tempranas de evolución, dadas las alteraciones que este síntoma genera en los distintos ámbitos de acción de la vida del niño (Solloa, 2006; Taylor, 1991).

La hiperactividad como energía ilimitada constituye un problema fundamental principalmente para los padres, debido a que la descarga motriz torna difícil y, en ocasiones imposible la crianza y el control de su hijo, desencadenando problemas en la relación entre ambos; con el paso del tiempo tales problemáticas pueden

consolidarse en una interacción conflictiva e incluso dañina entre ellos. Puesto que ante la incompetencia que pueden sentir los padres, los regaños e insultos pueden ser frecuentes y constituir un problema para el niño.

Un niño hiperactivo muestra un funcionamiento por urgencias, con distintos ritmos, tanto internos como externos; dando lugar a sus pulsiones y excitaciones sin elaborarlas o tramitarlas, generando así un movimiento externo sin meta alguna (Janin, 2004).

Impulsividad.

La impulsividad hace referencia a la incapacidad del individuo para controlar sus impulsos, es decir, de llevar a cabo acciones inmediatamente sin un proceso que medie entre pensamiento y acción, constituye un déficit para inhibir conductas en respuesta a la demanda situacional; estos niños actúan inmediatamente antes de pensar en las consecuencias de sus actos, pasan directamente a ellos (Solloa, 2006; Miranda y Amado, 2001). Así como lo impulsivo carece de mediaciones, tampoco posee elaboración (Lailmels, 2003).

Al no detener sus acciones antes de llevarlas a cabo, transgreden continuamente los límites, sin tener en cuenta que puede estar en peligro su propia integridad personal; colocándose constantemente en situaciones de riesgo, que generan frecuentes accidentes físicos (Moreno, 1995).

Los berrinches, ataques de cólera, conductas agresivas o impredecibles, constituyen manifestaciones de la impulsividad, puesto que no existe en los pacientes un control del impulso y únicamente piensan en la satisfacción inmediata sin poder tolerar mínimamente la frustración y la demora.

No hay capacidad para la postergación de la satisfacción, así que la buscan de forma inmediata, sin pensar en las consecuencias de lo que hacen, pasan directamente a ellos; el hecho mismo de pensar implica una postergación de la descarga libidinal. Tienen que tener lo que desean en el momento en el que lo piden o en la circunstancia en la que se encuentren; no hay un razonamiento de la situación y lo único importante para ellos es la gratificación que demandan.

En cualquier individuo el principio de realidad se introduce como regulador necesario de la conducta a los efectos de la autoconservación, mientras que el principio del placer queda relegado a la fantasía que se construye; sin embargo, en los pacientes con TDAH, el principio del placer funciona, tanto en la fantasía como en la realidad, puesto que no incluye en su funcionamiento la consideración del principio de realidad (Gratch, 2000).

Otros síntomas que se manifiestan en los pacientes con TDAH, son una desorganización, tanto en las actividades escolares como en el hogar y en tareas personales, parece que no escuchan, necesitan y exigen estar siempre en el centro de la escena, no se responsabilizan de sus acciones, dificultad para postergar las gratificaciones, demanda excesiva ante el cumplimiento de sus peticiones, baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, disforia, labilidad emocional (Solloa, 2006; Van Wielink, 2004; Gratch, 2000; Moreno, 1995).

Se presentan como niños desordenados, descuidados, que no prestan atención en clase, cambian continuamente de tarea, están siempre en acción aunque no tengan un objetivo definido, se muestran impacientes, incapaces de tolerar ningún tipo de demora, interrumpen frecuentemente en las actividades de otros, parecen desobedientes puesto que no atienden a las órdenes o instrucciones de los adultos.

El niño con TDAH puede manifestar un importante desequilibrio en sus afectos, principalmente una exagerada expresión de sus emociones, ambivalencia ante la mayoría de sus reacciones, accesos de ira, labilidad emocional; en contraste con los niños de la misma edad que no presentan el trastorno, que tienen un mejor control de dichas emociones.

La procrastinación es otro síntoma que presentan, esta hace referencia a la continua demora para realizar sus actividades, es decir, dejan para un momento posterior la realización de actividades que podrían ejecutar al instante. Esta demora puede ser excesiva, de modo tal que incluso pueden nunca llevar a cabo la actividad.

Las alteraciones en la conducta escolar y social, debidas a su comportamiento rudo o dominante, e incluso tiránico o mandón les genera problemas en la interacción con los otros (tanto pares como adultos) en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven (Moreno, 1995); teniendo con ello especial dificultad para crear o conservar amistades.

En lo que respecta al área emocional, puede existir un daño en la autoestima que con el tiempo puede tomarse severo, como consecuencia, en parte, de los escasos logros (tanto escolares como en otras actividades) que obtienen a causa de las dificultades mencionadas anteriormente (Rojas, 2000; Tomas y Casas, 2004; Gratch, 2000); y también, por los rechazos que experimentan a causa de su conducta problemática, provenientes tanto de adultos como de otros niños (compañeros de clase, hermanos, familiares). Si bien en otros estudios, los resultados han sido opuestos al encontrar que en los niños no se muestra directamente un sentimiento de baja autoestima (Baeza, 2008). Los problemas y alteraciones que conciernen al área emocional, serán tratados con mayor extensión en otro apartado.

Algunas diferencias entre TDA sin hiperactividad y TDAH, es que en el TDAH es más frecuente el rechazo social, existen niveles más altos de baja autoestima, mayor agresividad (Servera, et al, 2005), debidos a un comportamiento más disruptivo y fuera de control de lo esperado. En cambio en el TDA tienen mayor relevancia los problemas de aprendizaje, mientras que en TDAH son más frecuentes los problemas de conducta.

Las alteraciones mencionadas anteriormente y sus respectivas consecuencias, aunadas al hecho de que el TDAH es diagnosticado cada vez con mayor incidencia y atendido en etapas más tempranas de evolución, son el motivo por el cual el presente estudio se interesa en ampliar la información al respecto del mismo.

Además se debe tener en cuenta que muchos de los síntomas presentes en el TDAH pueden manifestarse también como parte de un cuadro clínico distinto, constituyendo frecuentemente diferentes trastornos asociados. Por este motivo radica la importancia del diagnóstico diferencial entre los trastornos comórbidos.

Trastornos asociados

Un elemento que complica el diagnóstico correcto de TDAH, es que con frecuencia se presenta asociado a otros trastornos, de manera que puede ser la causa de dicho trastorno o un trastorno independiente (Gratch, 2000). Por lo mismo, es imprescindible que exista una acción interdisciplinaria que permita abordar los diferentes problemas que manifiesta el niño.

Uno de los principales trastornos que se encuentran asociados al TDAH son los trastornos de aprendizaje, de hecho los problemas que presentan en esta área los pacientes constituyen el motivo principal de consulta por el que se acercan a algún especialista (Gratch, 2000). Los principales trastornos de aprendizaje que se asocian con mayor frecuencia con el TDAH son dificultades en la lectura (dislexias),

dificultades en el habla (dislalias), dificultades en la escritura (disgrafías) y trastornos en el aprendizaje de la matemática (discalculia) (Servera, et al, 2005).

Estos problemas de aprendizaje pueden tener como una fuente de origen el hecho de que los niños con TDAH organizan con mayor dificultad y peor orden su material de estudio y adolecen de estrategias de aprendizaje adecuadas (Servera, et al, 2005). Así mismo, tienen dificultades en cuanto a la solución de problemas, que limitan su desempeño en tales tareas.

Es importante aclarar que los problemas de aprendizaje no están determinados por la falta de capacidad del individuo para adquirir el conocimiento o por una capacidad intelectual deficiente, sino que se generan como consecuencia de su incapacidad para concentrarse y poder aprehender los conocimientos.

Entre los trastornos que más frecuentemente se encuentran asociados al TDAH se encuentran trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos de conducta (Solloa, 2006; Tomas y Casas, 2004; Van Wielink, 2004; Gratch, 2000).

Curso

Durante los primeros meses, el bebé ya comienza a mostrar las primeras características del trastorno, puede manifestarse a través de patrones irregulares e inestables de sueño, excesiva motricidad, llanto excesivo, etc; lo cual lleva a los adultos a su alrededor a considerarlo como un niño difícil (Miranda y Amado, 2001). No obstante, estas sólo son unas primeras manifestaciones del trastorno, debido a que es hasta la etapa escolar en la que se despliega con mayor intensidad y estabilidad su sintomatología.

Los niños con TDAH tienden a ser niños extremadamente activos durante sus primeros años de vida, al principio puede asociarse con simple inquietud y como

parte del juego en el que se manifiesta; sin embargo, conforme continua su desarrollo no adquieren el control sobre sí mismos que sus coetáneos empiezan a desarrollar, lo que comienza a generar interés y preocupación por parte de los adultos a cargo.

A partir del ingreso a la escuela, se ponen de manifiesto complicaciones que no habían aparecido en el ámbito familiar; esto principalmente ante las nuevas demandas escolares que enfrenta el niño en su desempeño, tanto académico, como conductual (estar sentado, prestar atención, controlar conductas motoras e impulsivas, seguir instrucciones, entre otras) (Servera, et al, 2005). Como las alteraciones del niño con TDAH no le permiten cumplir con tales demandas, es cuando los maestros (en el ámbito escolar) o los padres, consideran la necesidad de ayuda profesional.

El grado en que se manifiesta el trastorno, depende de varias circunstancias aunadas al factor etiológico; tales como la dinámica familiar, la armonía psíquica y capacidades yoicas que posea el paciente, etc., que permitirán o no, en mayor o menor grado el despliegue de la sintomatología y de las problemáticas asociadas al mismo (Janin, 2004; Gratch, 2000).

Durante la niñez, la evolución de los síntomas se mantiene relativamente estable y la atención pertinente permite que las alteraciones generadas, presenten una disminución; sin embargo, como se mencionó, existen otros factores que influyen la evolución (y en ocasiones el agravamiento) del trastorno.

Pasando la etapa escolar, existe la posibilidad que el trastorno comience a remitir; sin embargo, se considera que entre un 50% y 80% de los niños hiperactivos siguen experimentando dificultades significativas relacionadas con los síntomas del trastorno durante la adolescencia (Miranda y Amado, 2001).

Durante la adolescencia los pacientes con TDAH, además de las importantes implicaciones que tiene en el desarrollo de todo individuo esta etapa, puede constituir una época muy difícil para el individuo, con múltiples vicisitudes que se potencializan con el trastorno. En este momento, aproximadamente un 40% de los pacientes desarrollan pautas de otros trastornos, como el trastorno oposicionista desafiante o trastornos de conducta (Miranda y Amado, 2001).

En la adultez de no haber remitido el trastorno, las alteraciones que generalmente permanecen, son las referentes a la inatención e impulsividad; mientras que la hiperactividad es poco frecuente en esta etapa de la vida (Gratch, 2000). Frecuentemente los adultos con TDAH muestran un comportamiento impulsivo y tienden a la inestabilidad en las actividades que desempeñan.

Tratamiento

El principal tratamiento que se proporciona a los niños con TDAH es el farmacológico, a través de la administración de psicoestimulantes, que permiten que el cerebro normalice la actividad de los neurotransmisores, reduciendo así la impulsividad e hiperactividad y aumentar la atención. Más del 70% de los niños con TDAH, tienen mejorías conductuales con el uso de estimulantes (Solloa, 2006).

Los objetivos del tratamiento farmacológico son: promover y facilitar el aprendizaje escolar, reducir las conductas hiperactivas e inatentas (tanto en la escuela, como en el hogar), favorecer la relación social y sumado a lo anterior, posibilitar la disminución del estrés familiar.

Al efecto tranquilizante que tienen los psicoestimulantes en la conducta del niño hiperactivo, se le ha denominado “efecto paradójico”. No obstante, dicho efecto no es tan paradójico; puesto que lo que sucede es que ante los bajos niveles inhibitorios

del SNC de los niños con TDAH, los medicamentos estimulan la activación del SNC, aumentando los bajos niveles de inhibición (Uriarte, 1989).

El metilfenidato o mejor conocido como Ritalin, es utilizado en primera instancia; otras opciones farmacológicas son la dextroanfetamina (Dexedrine) o la pemolina (Cylert). También se han utilizado algunos antidepresivos para mejorar la sintomatología, el antidepresivo utilizado con mayor frecuencia es la Imipramina (Solloa, 2006; Servera, et al, 2005; Gratch, 2000).

El metilfenidato ha sido el fármaco de primera opción debido a que tiene un corto tiempo de absorción, permitiendo que rápidamente se manifieste la mejoría en el paciente; por otra parte su tiempo de acción es prolongado (de cuatro a cinco horas) y tiene un mayor control de efectos secundarios. La dosis recomendada está en función del peso corporal, siendo aproximadamente de 1 a 4 mg/kg por día, siendo incluso utilizadas dosis menores con cambios favorables.

En cuanto a los efectos benéficos que tiene el metilfenidato en la conducta, se encuentran un incremento en el cumplimiento de reglas, en el juego independiente, en las interacciones positivas, disminución de la agresividad (física y verbal). En el ámbito cognitivo y académico puede incrementar el rendimiento, disminuye la inquietud motora, mejora la atención sostenida, mejoría en la memoria a corto plazo y en el aprendizaje asociativo, aumenta la eficacia en el trabajo de lectura y solución de problemas matemáticos, aumenta el control de la impulsividad cognitiva (Chevins, 2000).

En cuanto a la dosis recomendada para el uso de antidepresivos, en el caso de la Imipramina es de 0.7-3 mg/kg diarios. El uso de antidepresivos está más restringido, puesto que se prefiere dicha medicación en pacientes mayores y se utiliza como segunda opción, ante el posible bajo efecto de otros estimulantes.

El tratamiento también abarca otro tipo de atención no farmacológica, tratamientos enfocados en la conducta disruptiva y conflictiva del niño que son, principalmente las terapias con enfoque cognitivo-conductual, teniendo incidencia en éste aspecto de la sintomatología. Pudiendo incluir el trabajo con los padres para desarrollar en ellos estilos de crianza más adecuados para la situación especial en que se encuentran sus hijos con TDAH.

El entrenamiento en autoinstrucciones, desde la perspectiva cognitivo-conductual, ha demostrado importante eficacia en el tratamiento de niños con TDAH. El objetivo terapéutico consiste en la modificación conductual mediante el hablarse a uno mismo de las condiciones que preceden y acompañan a la conducta; con la finalidad de suprimir respuestas impulsivas, aumentar la atención y su mantenimiento (Solloa, 2006).

Por otra parte, la acción psicopedagógica es una parte fundamental en el tratamiento del paciente con TDAH, puesto que le permitirá desarrollar habilidades que posibiliten un mejor aprovechamiento escolar y alcanzar el nivel académico que sería el esperado en el paciente (Servera, et al, 2005).

La psicoterapia ha sido poco utilizada como parte del tratamiento en este trastorno, ya que la mayoría de las propuestas terapéuticas están enfocadas principalmente, a incidir en las conductas o alteraciones manifiestas en los pacientes (los de la tríada sintomática), para que accedan a una mejor calidad de vida en los distintos ámbitos en los que se desenvuelven, fundamentalmente en la escuela.

No obstante, es importante comprender que el trastorno puede tener asociados otros conflictos importantes que también influyen en el desarrollo del individuo; haciendo necesario un tratamiento psicoterapéutico en conjunción con los anteriormente mencionados, para trabajar con las conflictivas que otro tipo de enfoques

terapéuticos no abarcan. Como señala Doltó (1974), la terapia que esté enfocada a disminuir sólo el síntoma funcional, actúa como paliativo.

El TDAH es un trastorno que afecta distintos ámbitos en los que se inserta el paciente, de modo que en su tratamiento debe existir una participación multidisciplinaria (Solloa, 2006; Janin, 2004; Gratch, 2000). Utilizando así, los aportes de cada disciplina en beneficio del paciente y para lograr que acceda a una mejor calidad de vida en todos los ámbitos en los que se desenvuelve.

En este sentido si los fármacos son adecuadamente administrados y al mismo tiempo, se proporciona un tratamiento psicoterapéutico, las posibilidades de éxito en la remisión de los síntomas y de las conflictivas asociadas, aumentan considerablemente. Un mejor funcionamiento psicológico en el niño puede dar lugar a una mejoría en la sintomatología manifiesta del trastorno; tomando en cuenta que resulta tan riesgoso biologizar el psiquismo, como psicologizar toda sintomatología.

Un proceso psicoterapéutico puede tener como objetivo ampliar las fronteras del yo a través del conocimiento de las consecuencias sociales de su modo de interacción y realizar cambios en dicho estilo, junto a una tarea de reparación de autoestima; esto se puede lograr a través del psicoanálisis (Gratch, 2000).

Desde esta perspectiva, el TDAH se presenta ante una débil estructuración yoica y del superyó (lábil) por la poca consideración social, ética y moral, la baja consideración ante los sentimientos de otras personas. En este sentido se puede incidir posibilitando la estructuración psíquica, de pasar de sensaciones de 'exceso' (movimiento o acto) a pensamientos o palabra; otorgar sentido a lo que carece de intención, como a las expresiones que parecen carecer de intención comunicativa: construir lenguaje donde predomina la impulsión.

En un tratamiento psicoterapéutico, el terapeuta posibilitará una intervención estructurante y la consecuente organización de las vías que frenen la pura repetición, dar contención, sostener, armar redes. Posibilitar la estructuración psíquica también incide para que los niños no dependan de un medicamento, sino que construyan sus propias estrategias para hacer frente a las demandas pulsionales internas y a las demandas del exterior, posibilitar la espera en oposición a la tendencia a no postergar, que paradójicamente conduce a ciertas formas de impulsividad.

Otra meta del tratamiento que debería ser considerada entre los principales objetivos, es desarrollar la capacidad en el niño para establecer mejores relaciones con padres, hermanos, amistades y otros adultos con los que se vincula. Al tiempo de favorecer la adaptación emocional y social. Estos aspectos deben considerarse dentro un proceso psicoterapéutico, y como parte de un enfoque integral de tratamiento. Bassas y Tomas (1996) destacan la importancia del conflicto en la interacción personal que tienen los niños y la necesidad de que sea abordado, estableciendo que las relaciones personales perturbadas constituyen la patología más importante de los niños hiperactivos, y que en muchas ocasiones este conflicto es peor que el defecto disfuncional de base, porque estas malas relaciones pueden deformar y/o retrasar la futura personalidad del niño.

Así mismo, un aspecto a tener en cuenta en el tratamiento es que los padres sean informados del trastorno y de sus múltiples implicaciones, así como de las áreas de incidencia o expectativas del tratamiento; puesto que de este modo ellos podrán brindar una mejor atención al niño y a la vez, su comprensión del proceso permitirá evitar confusiones que conduzcan a estrategias en deterioro de la evolución del trastorno.

Incluir a la familia incide directamente en el ambiente familiar en el que está inmerso el niño; pudiendo evitar con ello, patrones de interacción conflictivos que

favorezcan el agravamiento de los síntomas (Tripp, Schaughency, Langlands y Mouat, 2007). Puesto que muchas ocasiones, cuanto más angustiados y desbordados están los padres, más se intensifica la manifestación sintomática del niño (Lailmels, 2003; Bassas y Tomas, 1996).

Contar con información que le permita comprender el trastorno, e incluso la posibilidad de tener un espacio en el que puedan elaborar el conflicto que les implica el trastorno del niño, favorecerá que los padres controlen la propia angustia y que no la depositen en su hijo. Tomando en cuenta el papel que tiene a largo plazo, el funcionamiento familiar, en el pronóstico del niño (Tripp, et al, 2007).

El TDAH es un trastorno en el que en su génesis y desarrollo participan causas neuroquímicas, biológicas y psicodinámicas, por lo que su tratamiento requiere la imprescindible participación de médicos, psicólogos, psicopedagogos, maestros y, por supuesto la familia. Cualquier intervención emprendida, no debe bloquear los caminos de tratamiento mediante una respuesta unívoca que deje de lado la amplia gama de opciones que tiene un niño para ser atendido, escuchado y comprendido.

Problemas en el área emocional en los niños con TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad implica complicaciones en la vida de quien la padece que no se limitan únicamente a los síntomas intrínsecos del padecimiento, sino que éstos mismos pueden desencadenar como consecuencia, otros conflictos en diferentes áreas. Un aspecto que se ve influenciado y en el que se generan modificaciones a causa del padecimiento, es el emocional; el presente trabajo tiene como objetivo el conocimiento de los conflictos que se presentan en dicha área en los niños con TDAH.

El aspecto emocional es de suma importancia para cualquier ser humano; si una persona, en este caso un niño, presenta problemas en esta área es muy probable que los conflictos se manifiesten en todos los demás ámbitos en los que se desenvuelve. Los conflictos emocionales que presentan los pacientes con TDAH, tienen repercusiones directas en el propio síndrome, puesto que pueden agravar la sintomatología y al mismo tiempo dificultar el tratamiento (Gratch, 2000); así como los conflictos pueden ser agravados por las circunstancias específicas que les implica el trastorno.

Los conflictos emocionales no se resuelven con la medicación y tampoco una psicoterapia sin medicación resulta benéfica en la remisión de la sintomatología; por lo que se pueden producir cambios en lo biológico desde lo psíquico y viceversa. Es en la interacción entre soma y psique (cuerpo y mente), que se modula y genera el carácter, no sólo como producto de las identificaciones, sino en su interacción con la base orgánica que tiene influencia (Gratch, 2000).

El mismo Freud (1905) en “Tres ensayos y una teoría sexual” reconoce la importancia tanto de los factores constitucionales como de los ambientales, en el desarrollo y tratamiento de un trastorno determinado. Él señaló que en el desarrollo se encuentran en continua interacción ambos factores o series, denominándolas *series complementarias*.

Desde la perspectiva psicoanalítica, las funciones yoicas (inteligencia, memoria, pensamientos, juicio, atención) no son autónomas respecto de lo emocional y lo afectivo, de manera que el individuo (biología y psiquismo) es indisociable. Esta indisociabilidad incluye también la familia y la sociedad; puesto que el síntoma o el trastorno se enlazan en la dinámica familiar, donde resulta condicionado y condicionante al mismo tiempo (Rojas, 2000).

Es importante destacar que el tratamiento psicoterapéutico, especialmente en el caso del enfoque psicoanalítico, no tiene como objetivo la disminución de los síntomas del trastorno, sino la incidencia en los efectos secundarios que éste tiene en la vida del paciente e incluso, evitar que los síntomas primarios terminen constituyendo rasgos de carácter en la personalidad del niño; cuyas consecuencias pueden manifestarse tanto a nivel intrapsíquico como intersubjetivo.

Institucionalmente es difícil contar con los recursos necesarios para acceder a procesos terapéuticos prolongados y consecutivos, por lo que en ocasiones la única opción que tienen los especialistas, en este caso, los psiquiatras, es el tratamiento farmacológico. Sin embargo, si se conocen los principales problemas emocionales a los que están expuestos los pacientes con TDAH, se pueden generar propuestas terapéuticas más específicas que incidan en dichas problemáticas.

La identificación y análisis de los conflictos emocionales que comienzan a presentarse durante la niñez puede aportar grandes beneficios a los pacientes con TDAH, debido a que es en esta etapa fundamental, en la que se estructura la personalidad y el psiquismo; posibilitando una mayor especificidad en las acciones terapéuticas, para que las experiencias vividas que determinan el curso de su desarrollo personal, lo conduzcan a un mejor fin.

Los trabajos y estudios realizados sobre el TDAH ponen énfasis en la sintomatología y el consecuente tratamiento farmacológico; no obstante, existe una falta en cuanto al estudio de la dinámica psíquica y de los vínculos intersubjetivos aunados al trastorno. Tampoco se conocen a profundidad resultados de un tratamiento psicoterapéutico sobre estas cuestiones, que pueda dar cuenta del armado subjetivo del niño y del entramado individual, familiar y social en que está inmerso. Puesto que si bien las manifestaciones patológicas son parte del psiquismo

del niño, también contienen en sí al de las personas significativas en su entorno: padres, hermanos, maestros, familiares, etc.

Por este motivo en este proyecto se plantea como objetivo la comprensión de la dinámica psíquica de los pacientes con TDAH, a través del reconocimiento y delimitación de los conflictos presentes que determinan los síntomas.

Se debe conocer que hay detrás de un niño con TDAH, puesto que los síntomas no se dan en un sujeto sin conflictos internos o aislado de un contexto; estos también contribuyen a darle un sentido a los síntomas y a su vez generan una interacción específica que crea modos específicos de interacción con los demás y consigo mismo, dando como resultado distintas conflictivas.

Es importante no sólo pensar en el diagnóstico del TDAH en sí mismo, puesto que los síntomas representan una verdad en el sujeto, con distintas implicaciones para su vida, si se excluyen los conflictos emocionales que puede tener asociados, se está dejando a un lado el sufrimiento del niño. Más allá de definir los conflictos, se pretende realizar una comprensión de ellos, de analizar la complejidad psíquica que los sostiene y la posibilidad posterior de proponer líneas de acción para el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes.

Los niños con TDAH suelen presentar distintos problemas emocionales y de relación, se ha estimado que entre el 30 y 40% de ellos presentan cambios de estado de ánimo, síntomas de ansiedad, somatizaciones y, principalmente baja autoestima; teniendo a su vez problemas en su relación con los compañeros de escuela, aunado a un locus de control externo (Servera, et al, 2005); se debe tener en cuenta estos aspectos tanto al realizar la evaluación del niño, como en el planteamiento terapéutico correspondiente.

Algunos estudios que han abordado las características socioemocionales y conductuales de los pacientes, muestran divergencias en cuanto a las conclusiones; puesto que algunos señalan que no identifican signos de comportamiento desviado, mientras que en otros concluyen un importante desajuste social (Alves, 2000).

Estos resultados contradictorios, también se presentan en lo que respecta a la baja autoestima; puesto que en algunos estudios realizados (Baeza, 2008) se ha encontrado que los niños con TDAH no muestran directamente una autoestima baja, sino que se muestran como los demás, estimándose en el mismo grado que ellos; para lo que utilizan la negación del trastorno y de las complicaciones intrínsecas a éste o enaltecen las características propias de su comportamiento, considerándolas como normales, desprovistas de una cualidad negativa.

Algunas características importantes del comportamiento de los niños con TDAH en el área socioemocional fueron descritas por Chess (1968); considerando dificultades para establecer relaciones estables con padres, maestros y compañeros, labilidad emocional, falta de motivación en la escuela y en situaciones sociales, irritabilidad excesiva, negativismo y actitud defensiva, aislamiento y comportamiento fijo, rígido e inapropiado.

El exterior, constituido tanto por adultos como por sus pares, le otorga una conciencia de sí al niño; aunado a las propias realizaciones y la sensación de competencia que construya (Stone y Church, 1982). En este sentido, los problemas e incapacidades en el aprendizaje generan un estado de desánimo, desilusión y decepción constante, de modo que puede no sentirse capaz de realizar actividades propias de su edad y de obtener logros en las mismas; trayendo consigo, una falta de voluntad en el emprendimiento de nuevos proyectos.

Lo anterior se complica cuando tanto padres como maestros resaltan frecuentemente las dificultades, cuestionándolos y criticándolos; críticas que suelen ser proyectadas por los niños, acusando a los demás; es en este ámbito donde se muestra al niño como ‘fracasado’ y entonces es expuesto con dureza a la mirada social, que espera más de sí (Gratch, 2000).

Estas condiciones generan daño crónico en la autoestima; daño favorecido por los reiterados fracasos escolares, el frecuente rechazo que experimentan en los grupos de pares o hermanos y también de los adultos, porque frecuentemente éstos no los soportan; pueden incluso sumirse en un estado crónico de abatimiento, puesto que no se consideran capaces de emprender proyectos y de llevarlos a cabo, al tiempo que suelen adjudicar la responsabilidad de los fracasos a terceros (Gratch, 2000; Alves, 2000).

Las continuas críticas pueden desarrollar en el niño un concepto de sí mismo como “malo”, sin importar si su comportamiento tiene tal intención (real o fantaseada). Este concepto es reforzado por personas significativas con las que el niño se vincula, lesionando con ello la autoestima y el autoconcepto que forma de sí, que es en consecuencia, devaluado; pudiendo desencadenar una estructura caracterológica en la que el narcisismo esté fuertemente dañado, o como opuesto maníaco, intentando negar los sentimientos de inferioridad y fracaso (Solloa, 2006; Janin, 2004; Gratch, 2000).

Generando también dificultades para que el niño pueda organizarse como una unidad, con la respectiva coherencia que así, adquieren sus sentimientos y emociones; lo cual constituye una característica yoica importante para poder constituir una representación de sí que permanezca estable en el tiempo. De modo que al carecer de dicha organización, ante las críticas y devaluaciones a las que se enfrenta, la constitución de dicha representación se encuentra alterada.

Esta concepción devaluada de sí mismo, rompe con el ideal que tienen los demás de él, específicamente los padres; lo que a su vez altera el ideal del yo que está construyéndose en el niño, pudiendo generar dolor psíquico ante el daño que considera, hace, al no cumplir con ese requerimiento, aunado a posibles sentimientos de culpa y de inferioridad (Untoiglich, 2004; Gratch, 2000).

Dichos sentimientos en su evolución, incluso pueden generar sentimientos de odio y desprecio de sí que lleven al autocastigo, puede ser en forma de autorreproches o que viva en el sostenimiento de la desmentida ante los padres, en lo que se le va el ser, en un conflicto con el mundo en torno al principio de realidad (Janin, 1998).

Las dificultades que presentan los pacientes con TDAH pueden tener asociados serios inconvenientes en la interacción con los otros en los distintos ámbitos en los que se desempeñan, como es la familia, escuela, amigos; en el caso de los adultos, con sus parejas o en el trabajo.

Por otra parte, en otros ámbitos, por ejemplo la escuela, que debe ser considerada no solamente como un lugar para estudiar, sino un lugar en el que sucede la integración social de los niños, es en las situaciones de juego con sus pares que el niño aprende la estructura básica de las relaciones interpersonales: compartir, cooperar, escuchar a otros, participar en grupo, respetar y aceptar diferencias; así como adaptarse a distintas situaciones y grupos (Kohnstamm, 1991; Frank, 1965).

El grupo en el que se desenvuelve el niño le permite formarse una imagen de sí mismo, de sus capacidades y de sus dificultades; ante la mayor conciencia de la propia individualidad, se genera también una preocupación por la opinión que tienen los demás de él. Así, el niño manifiesta una tendencia a agradar a los demás. Si su patrón de conducta lo ha llevado a ser rechazado, habrá importantes implicaciones en el desarrollo de su personalidad y en la constitución del concepto e imagen de sí

mismo; puesto que del entorno sólo recibe la idea de que “no puede hacer las cosas”, “es un desastre”, etc.; ideas que introyecta y en función de las cuales actúa (Untoiglich, 2004).

Los niños con TDAH manifiestan problemas de relación social con sus compañeros de aula debido a su comportamiento, que tiende a ser disruptivo, controlador, causante de problemas y frecuentemente agresivo (Melnick y Hinshaw, 1996) y que incluso deriva de la exclusión en el juego con sus compañeros, lo que no le posibilita el desarrollo de elementos básicos para la interacción con otros; en cambio, exhiben un comportamiento rígido y guiado en función de la gratificación inmediata, no soportan perder y pueden llegar a irritarse o incluso a pegar durante el juego, lo que genera un conflicto en las relaciones con sus pares (Servera, et al, 2005).

La etapa escolar es de suma importancia en el desarrollo del niño y con frecuencia constituye, para el niño con TDAH, una etapa con un mayor nivel de frustraciones a causa del fracaso en la interacción social y de la poca comprensión que reciben por parte del entorno, que lo cataloga negativamente o lo aísla del grupo (Alves, 2000; Haeussler, 2000).

Bellak (1975) consideró que los desórdenes en las relaciones personales, pueden incluso, representar rasgos psicopatológicos en los niños con TDAH. Sin embargo, el desajuste que presentan, puede ser disminuido si el niño logra desarrollarse en un ambiente familiar y social adecuado, en el que la autoestima del niño sea reforzada (Alves, 2000). Desarrollarse en un ambiente emocionalmente estable, le otorga al niño un marco de relaciones familiares y sociales en el que encuentre el apoyo que necesita.

La aceptación de los compañeros está relacionada con el ajuste global del individuo, con su entusiasmo y participación activa; cuando dicho ajuste no es el adecuado la aceptación por parte del grupo de pares se modifica e incluso pueden rechazar a los niños que no se ajusten (Craig, 2001; Kohnstamm, 1991). La aceptación de los compañeros puede aumentar o en su contrario, disminuir, la confianza en sí mismo del niño.

Lo que sucede con los niños que padecen TDAH, al no ajustarse al grupo y sus reglas de convivencia, terminan siendo rechazados. Se crea así un círculo vicioso en el que la inadaptación afectiva que tiene el niño para interactuar con sus pares, le ocasiona el rechazo de ellos y es éste mismo rechazo, el que condiciona un mayor conflicto. La marginación de las actividades grupales de que son objeto, no solamente afecta la confianza en sí mismo y la autoestima, sino que incluso puede constituir un factor para desarrollar un trastorno del ánimo (Tomas y Casas, 2004; Gratch, 2000).

Así, un trastorno frecuentemente asociado al TDAH es la depresión; cuando al inicio existen problemas externalizados, se asocian con rechazo que tiene como consecuencia problemas internalizados, como son los mencionados trastornos del ánimo (Laursen, Bukowski y Aunola, 2007). Sin embargo, las denominaciones dentro de una clasificación, reducen la complejidad de la vida psíquica del individuo a un paradigma simplificador y biologizante, en lugar de un psiquismo en estructuración, en continuo desarrollo, en el que no existen relaciones simples, tales como un déficit neurológico.

El reconocimiento de los elementos que son factores que movilizan la ‘depresión’ en los pacientes, brinda mayor información para ellos y para su tratamiento. La especificidad de la comprensión del psiquismo infantil mejorará el entendimiento de

lo que están viviendo, más allá de la simple clasificación o de la acción farmacológica a la que están sometidos los pacientes con TDAH.

Por otra parte, la investigación en pacientes con TDAH que no reciben un adecuado tratamiento del trastorno en edades tempranas, ha permitido reconocer en el pronóstico un alto riesgo de desarrollar otros trastornos o de implicarse en actividades de riesgo para la salud durante la adolescencia e incluso en la adultez, tales como el consumo de sustancias tóxicas, conductas delictivas, trastornos disociales de la personalidad, problemas de relación social, abandono prematuro de los estudios, bajo desempeño laboral, encarcelamiento, conflictos maritales, entre otros (Solloa, 2006; Bagwell, Molina, Kashdan, Pelham y Hoza, 2006; Servera, et al, 2005; Gratch, 2000; Moreno 1995).

Estos resultados, confirman la necesidad de que los niños que padecen TDAH sean atendidos integralmente; específicamente, que sean tratados los conflictos que presentan en el área emocional (las dificultades de relación con los demás, el daño en la autoestima, las alteraciones en el concepto de sí mismo, los sentimientos de culpa e inferioridad, entre otros) por medio de un proceso psicoterapéutico. Al incidir en este aspecto, se puede evitar que los conflictos evolucionen a problemáticas más severas y peligrosas; ignorarlos, constituye un factor más de riesgo para que el niño, futuro adolescente, manifieste los problemas anteriormente mencionados.

Las influencias psicopatológicas que se manifiesten en esa etapa, también pueden modificar el desarrollo durante la niñez; si se puede detener ese proceso e incidir en el punto indicado en el cual el paciente logrará adquirir herramientas de solución para tales conflictos, se colocará al niño en una posición desde la cual podrá continuar con su desarrollo con mayor seguridad y mejor calidad de vida, aunado a la posibilidad de establecer relaciones interpersonales benéficas y constructivas.

Ayudando así, no sólo a los niños, sino a los adultos en que se convertirán (futuros padres y cuidadores) (Hales y Yudfsky, 2000).

En cuanto a los conflictos en la dinámica psíquica que han sido reconocidos en los pacientes con TDAH se encuentran un déficit en la constitución del proceso secundario y en el armado narcisista; siendo la hiperactividad un efecto de conflictivas intrapsíquicas e íntersubjetivas, ligadas a la constitución del dominio motriz del niño (Janin, 2004).

La constitución del proceso secundario es uno de los logros que se han visto alterados en los niños con TDAH. Este proceso consiste en la posibilidad de que el niño, conforme se enfrenta a nuevas situaciones y demandas, tiene que desarrollar un mayor control sobre sus impulsos, postergar la satisfacción de sus deseos, construir un pensamiento lógico y estructurado y el funcionamiento del principio de realidad. No obstante, en los niños con TDAH, son justo éstos logros los que muestran alteraciones importantes.

Durante los primeros años de vida el proceso primario rige la conducta del niño, es necesario que comience a operar el proceso secundario en la dinámica psíquica del individuo para que logre una atención sostenida hacia elementos que no estén relacionados con sus necesidades inmediatas. Lo que no solamente es tarea de niño, sino también de los adultos a su cargo; lo cual está relacionado con la forma en que ellos mismos se encuentran estructurados.

En otro sentido, los conflictos que se generan en el armado narcisista, suscitan que el niño tenga un déficit en la constitución del yo y que en la confusión en la que se desarrollan, lo que logren expresar sea la dificultad que tienen para ordenar sus pensamientos e incluso mostrar con ello el caos interno que no les ha posibilitado representarse adecuadamente a sí mismos.

El contar con un diagnóstico puede permitirle al niño hallar un lugar del que ha carecido que, aunque sea dentro de una entidad psicopatológica, le permite encontrarse, adquirir una identidad ante el déficit que puede existir dentro de la patología o en la narcisización. Aunque esto invierte los papeles y ya no es un niño con determinadas manifestaciones, sino que son las manifestaciones las que crean la identidad del niño. Lo que hace necesaria la posibilidad de que el niño construya una representación de sí estable, con la posibilidad de vincularse efectivamente con los otros.

Una forma en que el niño puede intentar solucionar este conflicto, generado en respuesta a las demandas y constantes críticas que recibe del exterior, es el refugio en la fantasía; desatendiendo el mundo exterior, evitando hacer frente a las dificultades de la realidad y a la insatisfacción que le genera. En este sentido, se activa un círculo en el que la demanda de atención ha generado conflictos en el niño y éste en respuesta, puede optar por soluciones que le permitan evadir la realidad, pero que a su vez contribuyen a una mayor inatención.

En el logro de la atención, un paso fundamental que da el niño, es la diferenciación entre adentro y afuera; la confusión entre ambos elementos posibilita una primer liga entre la desatención y la hiperactividad, que los lleva a no sostener la atención por confusión y también a responder a todos los estímulos en la búsqueda de una fuga ante el exterior (Janin, 2004; Untoiglich, 2004).

En este sentido, existe un otro (generalmente la madre) que posibilita que el niño invista el mundo o una parte específica de éste, que enfoque su atención a un elemento; sin embargo, si no existe este encuentro con el otro que le permita tal investidura, el niño se torna incapaz de dirigirse al mundo de forma focalizada y sostenida.

La incapacidad para dirigirse con eficacia en el entorno en el que se desenvuelve, le genera al niño importantes montos de angustia; de modo tal que la falta de atención se manifiesta entonces como un mecanismo que permite evitar la angustia (Doltó, 1974).

La hiperactividad por otra parte, muestra diferentes conflictos en la dinámica psíquica del niño; si bien un niño que se mueve mucho y con objetivos, da cuenta de salud física, siendo quizá en este caso, solo un niño en el que la acción predomina sobre la palabra.

Sin embargo, en otros niños el exceso de movimiento puede ser la expresión de un conflicto. Y en muchas ocasiones se crea un círculo vicioso, puesto que dicho movimiento, sin obedecer a un fin específico, desorganizado, promueve mayor excitación; en lugar de producir placer y descarga de tensión se torna excitante, ante lo cual se hace necesaria la contención externa (Janin, 2004; Nicolas, Fillat y Oromí, 2000).

Las excitaciones que recibe un niño las transforma en información, les otorga significado y los estímulos que recibe los liga con otros, conformando así cadenas representacionales. Cadenas que le dan soporte y mediatizan las urgencias internas; sin embargo, en los niños con TDAH la estimulación sigue siendo pura estimulación, no hay traducción y ante la exigencia, la confusión adentro-afuera (no solamente con consecuencias en la atención) lo puede conducir a un circuito de movimientos desenfrenados, en el que actúa sin mediatización.

La hiperactividad puede así, ser considerada como un efecto de tensiones pulsionales no integradas (Janin, 2004), que revela una falla en la capacidad para simbolizar. Esta incapacidad, lo torna presa de sus propias fantasías, que lo abruman y atemorizan; aquí inciden también los problemas en el proceso secundario, debido a

que dicho proceso permitiría la traducción o mediatización de las fantasías, en lugar de pasar directamente al acto (movimiento).

La motricidad excesiva puede estar relacionada con una expulsión frente a las urgencias que no tiene significación simbólica, pero sí valor psíquico, puesto que el niño no puede procesar las exigencias pulsionales; también puede ser tomada como acción, es decir pensamiento en acto o estar relacionada con el dominio de la realidad, como transformación del contexto y de uno mismo (Janin, 2004; Rojas, 2000).

Uno de los fines psíquicos que puede tener el movimiento excesivo, responde a la necesidad de escapar ante los estímulos que generan displacer o tensión interna; de modo que se recurre a una descarga inmediata a través de la vía más rápida, constituida por el movimiento, en un intento de fuga (Nicolás, et al, 2000). No paran de moverse en la búsqueda de una huida sin destino, de los estímulos por los que se sienten amenazados. En la hiperactividad y también la impulsividad, esta ‘no espera’ solo permite que la urgencia sea mediatizada por la descarga motriz.

Freud (1915) explica la formación de la pulsión en la que el otro tiene un lugar fundamental; en cuanto al movimiento, ese otro incide en la pulsión constituyendo el interjuego entre actividad-pasividad-actividad, pudiendo fijarla en uno u otro sentido.

La pulsión de muerte puede tener una influencia en el movimiento desorganizado de los niños; en cuanto al sentirse amenazados, nuevamente recurren a la hiperactividad como fuga ante su miedo y muy posiblemente a una identificación con un deseo de no ser, que puede ser referido inconscientemente por los padres (Janin, 2004). El movimiento constituye así, el trámite de los deseos aniquiladores; pues pueden relacionar la quietud con la idea de muerte.

Sin importar la distinción entre los motivos que condicionen la hiperactividad, ésta no proporciona la satisfacción de la descarga deseada, sino que por el contrario, aumenta el malestar del niño y ante ello se produce en círculo vicioso en el que existe tensión o displacer que lleva al movimiento, que genera mayor displacer y que nuevamente el modo de descarga es mayor movimiento.

Los síntomas de la tríada sintomática responden a una dificultad para inhibir los procesos psíquicos primarios; inhibición a cargo del yo, mediante la demora de la pulsión para acceder a la acción específica. Acción específica que, en un primer momento está a cargo de otro, que asume la función yoica.

El TDAH es una patología que podría considerarse “de borde” es decir, en la que existe un déficit en la estructuración subjetiva y en el narcisismo, que lo que denuncian es, no solamente el conflicto intrapsíquico del paciente, sino problemáticas de la organización del psiquismo en un plano intersubjetivo (Janin, 2004). Donde el otro es el que posibilita la estructuración psíquica del niño y también la posibilidad de cierta fortaleza yoica, que se asume desde un control externo, sin que medie el control interno. Los deseos, el yo, el superyó, las prohibiciones internas, etc., se van organizando en la interacción con otros; una interacción que en el caso de los pacientes con TDAH, está alterada en mayor o menor grado.

La posibilidad de escuchar a los niños con TDAH desde otra perspectiva que entienda las conflictivas emocionales y no sólo atienda los problemas conductuales, puede dar la pauta para entender qué es lo que ocurre para que se presente de ése modo. Logrando con ello, internarse en el psiquismo del niño, en sus angustias y sus temores, y en su entorno para desde ahí, iniciar una intervención terapéutica efectiva y adecuada a las necesidades del niño.

Si al niño se le proporciona la oportunidad de desarrollarse en un marco de relaciones sociales y familiares de apoyo, accederá a un ambiente que le otorgue estabilidad emocional, que le permitirá a su vez desenvolverse con menor dificultad, de la inherente al trastorno. Lo que probablemente, también tenga beneficios en el curso del mismo, en la etapa adulta y su posible remisión.

MÉTODO

Planteamiento del problema.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un cuadro nosológico que ha aumentado rápidamente su incidencia en la población infantil; lo cual plantea la necesidad de comprenderlo mejor para poder establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados. En este sentido la presente investigación realizó un estudio para obtener información que nos permita conocer y comparar los conflictos emocionales que presentan los niños que padecen TDAH, en comparación con otros niños en la misma edad escolar, pero que no presentan el trastorno.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los principales conflictos que se manifiestan en el área emocional, en los niños diagnosticados con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, en comparación con otros niños que no padecen el trastorno?

Objetivo.

Conocer los principales conflictos en el área emocional que presentan los niños con TDAH en comparación con niños que no presentan el trastorno y la influencia de dichos conflictos en la dinámica psíquica del niño.

Hipótesis.

El grupo de pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad manifestarán una gama mayor de conflictos emocionales, difiriendo del grupo control tanto en la cantidad de los conflictos como en la cualidad de los mismos.

Variables.

Variable independiente: trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Variable dependiente: conflictos en el área emocional.

Definición conceptual.

TDAH: patrón persistente de desatención, hiperactividad e impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (DSM-IV, 1995).

Conflicto: cuando en el sujeto existe una oposición de exigencias internas contrarias, que puede ser manifiesto o latente (Laplanche, 1974).

Conflicto emocional: concerniente a los afectos, las relaciones interpersonales, el concepto de sí mismo, la personalidad, la dinámica psíquica del sujeto.

Definición operacional.

TDAH: el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad será establecido a partir de los criterios diagnósticos que se consideran en el DSM-IV y establecido previamente por el psiquiatra o psicólogo de las instituciones de salud.

Conflictos en el área emocional: serán evaluados a través de las entrevistas y del test de apercepción temática para niños (CAT) (Bellack, 1949).

Diseño.

Diseño descriptivo-comparativo *ex post facto* y transversal.

Muestra.

La muestra para la investigación quedó conformada por dos grupos de 10 niños cada uno, el primer grupo se integró por niños que padecen TDAH, en tratamiento en el hospital “20 de Noviembre” y el hospital “Darío Fernández”; mientras que el grupo control se constituyó por niños que no padecen TDAH. Para ambos grupos el rango de edad fue de 7 y 11 años, de ambos sexos.

Criterios de inclusión para el grupo de pacientes con TDAH.

- Tener el diagnóstico del TDAH; realizado por un médico psiquiatra o psicólogo en el hospital donde es atendido.
- Vivir con ambos padres.
- No presentar otra enfermedad médica agregada.
- Cursar del primer al sexto año de educación primaria.

Criterios de inclusión para el grupo control.

- Vivir con ambos padres.
- No tener antecedentes de posible diagnóstico del TDAH.
- No presentar alguna enfermedad médica grave en actual tratamiento.
- Cursar del primer al sexto año de educación primaria.

Contexto y escenarios.

Los escenarios de evaluación para el grupo experimental fueron el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”, en el servicio de Psiquiatría y Psicología y el hospital “Darío Fernández”, en el área de Psicología. La entrevista y la aplicación de pruebas se realizaron en un consultorio, el cual contaba con las condiciones adecuadas de espacio e iluminación para llevar a cabo la evaluación del paciente; con previa autorización de los padres.

La evaluación de los participantes del grupo control se realizó en sus respectivos domicilios, acondicionando el lugar para realizar la entrevista o la aplicación de la prueba en un espacio iluminado y sin distracciones para los participantes.

Instrumentos.

Entrevista.

La primera parte de la evaluación a los participantes consistió en entrevistas, una de las cuales se realizó con las madres y otra a los niños, ambas fueron semi-estructuradas, en las que se abordaron los siguientes aspectos, (en el caso del grupo control los aspectos relacionados con el TDAH fueron excluidos):

Entrevista a la madre (Anexo 3).

- Desarrollo general del niño.
- Historia del trastorno.
- Composición de la familia, condiciones generales de vida e interacción entre ellos.
- Intercambios afectivos e interpersonales.
- Escolaridad.

Entrevista al niño (Anexo 4).

- Trastorno.
- Autoconcepto.
- Relaciones afectivas e interpersonales.
- Escuela.
- Otras actividades.

Test de Apercepción Temática para niños

El test de Apercepción Temática para niños (CAT) fue creado por Bellak (1949), es un método proyectivo o método aperceptivo de investigación de la personalidad a través del estudio del significado dinámico de la percepción de un estímulo estándar. Su primera versión apareció en 1949, tiene su antecedente en el Test de Apercepción Temática para adultos (TAT), creado por el mismo autor, con la finalidad de

investigar la dinámica de la personalidad, tal y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o la interpretación que hace el propio sujeto de su ambiente (Esquivel, 2007). Tiene un fundamento psicodinámico.

La versión infantil se creó ante la necesidad de cubrir las necesidades específicas para esta etapa del desarrollo; creando una versión adecuada para que los niños pudieran realizar la prueba. Se utilizaron figuras de animales, puesto que los niños logran una mejor identificación con ellos que con figuras humanas (Bellak, 1996). Posteriormente se realizó una versión humana, especialmente diseñada para niños de mayor edad.

La prueba consiste en una serie de 10 láminas en las que se muestran diferentes situaciones, ante las que el niño tiene que crear una historia. En dicha historia el sujeto revela su manera personal de percibir y de reaccionar en las distintas situaciones de la vida, así como el modo de interacción en las relaciones objetales; pudiendo reflejar los problemas que se manifiestan en las etapas de desarrollo temprano y aunado a la aparición de las fases de socialización e interiorización del superyó (Esquivel, 2007).

El Test de Apercepción Temática facilita la comprensión de la relación entre el niño y las figuras más importantes de identificación, así como de sus impulsos y necesidades, cubre distintas áreas en las que los infantes pueden manifestar conflictos, tales como rivalidad entre hermanos, actitud hacia los padres y hacia la pareja que constituyen (Complejo de Edipo), fantasías respecto a la intra y extraagresión; esto permite comprender la estructura del niño, la dinámica de sus relaciones interpersonales, sus pulsiones y defensas y su forma de reaccionar y manejar sus problemas de crecimiento (Bellak, 1996).

En clínica es de gran utilidad para determinar los factores dinámicos que pueden estar relacionados con la reacción del niño dentro de un grupo, en la escuela o en la casa (Bellak, 1996); así como reconocer como es que el niño ve y piensa las situaciones y la manera en que se encuentra estructurado su mundo interno (Esquivel, 2007). Otros temas que también se consideran en las láminas de la prueba son la oralidad y conflictos de dependencia-independencia, establecimiento de disciplina, percepción de la agresión, temores y fantasías.

Los resultados de esta prueba permiten conocer cómo es que el niño estructura su mundo interno, su interacción con las principales figuras de identificación en su desarrollo (padres, hermanos), su modo de interacción social, características especiales de su personalidad, necesidades y fantasías; lo cual posibilitará establecer un diagnóstico psicodinámico.

La elaboración de un diagnóstico psicodinámico, permite relacionar los acontecimientos causales con los hechos biológicos y sociales de la vida del sujeto, para comprender la relación que existe entre las tendencias impulsivas, los controles del superyó o ambos, el sistema de valores y los problemas de adaptación en relación con el síntoma (Esquivel, 2007). Los resultados pueden servir para diseñar estrategias de intervención con el niño, ya sean a nivel preventivo o correctivo de acuerdo al caso específico que se trate.

Procedimiento.

Para realizar la evaluación psicológica de los niños y el consecuente análisis de datos y conclusiones, el procedimiento a seguir fue el siguiente:

1. Solicitar el consentimiento de los padres de los participantes.
2. En la primera sesión se llevó a cabo la entrevista con la madre.

3. Para la segunda sesión se programó la entrevista con el niño y se efectuó la aplicación del Test de apercepción temática; en algunos casos se realizaron ambas entrevistas en una sesión.
4. Una vez evaluados ambos grupos se llevó a cabo la calificación de las pruebas.
5. Posteriormente se integraron los resultados del test y la información obtenida en la entrevista.
6. Finalmente se realizó el análisis de resultados y el planteamiento de las conclusiones de la investigación.

Análisis.

Para el análisis descriptivo de la información se recurrió al SPSS y la χ^2 para comparar a los grupos con respecto a las variables manejadas.

El análisis de contenido se empleó para procesar la información obtenida en las entrevistas.

RESULTADOS

La muestra total de la investigación se conformó por 20 niños, de los cuales el 80% son hombres y el 20% restante mujeres. La edad de los participantes oscila entre 7 y 11 años, siendo el promedio de edad 8.45 años; su escolaridad abarcó de segundo a sexto grado de primaria, siendo el promedio tercer grado.

El 80% de la muestra pertenecen a una familia nuclear (padre, madre e hijos), el número promedio es de 1.5 hermanos por niño; el 90% de la muestra vive únicamente con su familia nuclear, del cual el 45% tiene cercana a su residencia a su familia extensa.

El 55% de las familias, tienen entre 10 y 20 años de haberse constituido, le sigue el 35% con menos de 10 años. La edad en que tuvieron a los niños de la muestra, fue jóvenes (menores de 20 años) y adultos (entre 31 y 40 años), con 40% cada uno respectivamente.

La edad promedio de los padres es de 36.5, con un rango que oscila de 29 a 45 años; para las madres el promedio fue de 34.6 años, en un rango de 27 a 41 años. La escolaridad de los padres fue 44.73% secundaria, 23.68% bachillerato, 15.78% licenciatura. En cuanto a sus ocupaciones, el 100% de los padres trabaja, de lo cual el 70% es empleado; mientras que las madres el 50% laboran y el restante 50% se dedica únicamente al hogar.

En cuanto al tipo de educación recibida por los niños, el 60% de la muestra asiste a escuela pública, mientras que el 40% restante lo hace a escuela particular. El 100% de la muestra tienen un rendimiento regular, es decir, no ha reprobado ningún grado escolar.

En relación a los datos demográficos, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en ninguno de los indicadores mencionados.

A través del análisis de contenido de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas a las madres, se conformaron 6 categorías con un total de 40 indicadores, esto para ambos grupos y una categoría más para el grupo de niños con TDAH, referente a información sobre el trastorno, con 16 indicadores. Las categorías fueron: Desarrollo, Condiciones Familiares, Escolaridad, Relación con Adultos, Relaciones con los Compañeros, Otros e Historia del Trastorno (Ver anexo 5).

Para la información de los datos de la entrevista a los niños, se obtuvieron, para ambos grupos, 5 categorías con un total de 24 indicadores y una categoría extra para el grupo con TDAH, con 7 indicadores. Las categorías fueron: Escolaridad, Autoconcepto, Relaciones Familiares, Relaciones con Compañeros, Actividades e Información sobre TDAH (Ver anexo 6).

Por último, se conformó una categoría referente a los conflictos emocionales de los niños en ambos grupos, obteniendo un total de 21 indicadores (Ver anexo 7).

A. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A MADRES

Los resultados de la prueba de χ^2 realizada para los datos proporcionados por las madres se describen a continuación, para cada una de las categorías y sus respectivos indicadores.

Desarrollo.

La categoría de desarrollo, referente al proceso biológico que han seguido los niños, comprende desde el embarazo, hasta la actualidad; de acuerdo con la

información se integraron 7 indicadores para esta categoría. Los resultados para cada uno de ellos se muestran a continuación:

Tabla 1. Resultados de χ^2 para la categoría Desarrollo.

INDICADORES	χ^2
Embarazo	0.202
Parto	5.143
Planeación del embarazo	6.667*
Lenguaje	8.978**
Motricidad	0.277
Control de esfínteres	0.952
Antecedente de enfermedades	3.486

*Significativo al 0.05

**Significativo al 0.01

Se encontraron diferencias entre los dos grupos, en dos indicadores: planeación del embarazo y lenguaje, de esta forma, los niños del grupo de TDAH no fueron planeados e inclusive en algunas circunstancias fueron rechazados, no es así para el grupo control, donde existe una mayor planeación al respecto del nacimiento de los hijos.

Tabla 2. Planeación del embarazo.

GRUPO	PLANEACION EMBARAZO	
	Planeado	No Planeado
Grupo con TDAH	0	10
Grupo control	5	5

Con respecto al desarrollo del lenguaje, para el grupo de niños con TDAH los problemas de lenguaje se presentan con mayor probabilidad, siendo el atraso la característica más importante en la mayoría de los pacientes, en contraste con los niños son TDAH. Este dato confirma la asociación de problemas en el desarrollo de dicha área y el TDAH.

Tabla 3. Desarrollo del lenguaje.

GRUPO	LENGUAJE		
	Normal	Precoz	Atraso
Grupo con TDAH	0	3	7
Grupo control	6	2	2

Para el resto de los indicadores (embarazo, parto, motricidad, control de esfínteres y antecedente de enfermedades) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Este dato es interesante, particularmente para los indicadores referentes al embarazo, como fuente de la probable etiología del trastorno por complicaciones o problemas prenatales.

Condiciones Familiares.

Esta categoría contiene información sobre la dinámica familiar en la que está inmerso el niño, así cómo las condiciones y con quiénes vive, estableciendo 10 indicadores. Los resultados obtenidos para esta categoría son:

Tabla 4. Resultados de χ^2 para la categoría Condiciones Familiares.

INDICADORES	χ^2
Composición familiar	2.25
Lugar entre los hermanos	6
Parentalidad	2.333
Ocupación	
Madre	0
Padre	3.81
Relación familiar	0.392
Relación entre los padres	2.4
Convivencia Familiar	3.333
Conflictos en el último año	3.2
Tiempo de Matrimonio	3.758
Viven con	2.222

En esta categoría no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, para ninguno de los indicadores; sin embargo, existen algunos en los que se muestra una tendencia distinta entre los grupos. Por ejemplo, existe una diferencia en cuanto al grado de convivencia familiar, siendo ésta mayor en el grupo control, donde las familias realizan más actividades entre sí o disponen de más tiempo para convivir entre ellos; no así para el grupo de niños con TDAH, en el que la convivencia entre los integrantes de la familia tiende a ser menor.

Tabla 5. Convivencia Familiar

GRUPO	CONVIVENCIA FAMILIAR	
	Alta	Baja
Grupo con TDAH	4	6
Grupo control	8	2

En cuanto a los conflictos que sucedieron en el último año, en las familias con TDAH se muestra una mayor tendencia a las complicaciones durante los últimos meses.

Tabla 6. Conflictos en el último año.

GRUPO	CONFLICTOS	
	Prob. Familiares	Ninguno
Grupo con TDAH	7	3
Grupo control	3	7

En lo que respecta al indicador de la relación entre los padres, si bien no mostró diferencia estadísticamente significativa, sí revela una tendencia que muestra una relación entre los padres de niños con TDAH más conflictiva.

Tabla 7. Relación entre los padres.

GRUPO	RELACIÓN PADRES	
	Normal	Conflictiva
Grupo con TDAH	6	4
Grupo control	9	1

Escolaridad.

Esta categoría está conformada por 10 indicadores referentes a la situación escolar que ha llevado el niño, principalmente relacionados al rendimiento académico y las dificultades que han atravesado. Los resultados que presentan diferencias estadísticamente significativas fueron: dificultades actuales, actitud de los padres y aprovechamiento escolar.

Tabla 8. Resultados de χ^2 para la categoría Escolaridad.

INDICADORES	χ^2
Guardería	0.8
Dificultades en el Preescolar	1.25
Dificultades ante el cambio	1.25
Dificultades actuales	14.286**
Conflictos durante el estudio	2.222
Gusto por la escuela	1.2
Actitud ante la escolaridad	3.333
Actitud de padres	7.267*
Aprovechamiento	5.397*
Tipo de escuela	0.833

*Significativo al 0.05

**Significativo al 0.01

Los niños en el grupo de TDAH presentan mayores dificultades en su desempeño escolar, manifestadas a través de problemas asociados a los síntomas de la tríada sintomática en cuanto al rendimiento; es decir a la hiperactividad, impulsividad e inatención.

Tabla 9. Dificultades actuales en la escuela.

GRUPO	DIFICULTADES ACTUALES			
	Trastorno	Bajo Rend	Ninguna	Otros
Grupo con TDAH	4	4	2	0
Grupo control	0	0	5	5

Más específicamente, en cuanto al aprovechamiento escolar de los niños, la diferencia entre ambos grupos es referente a que mientras que el grupo control muestra un rendimiento alto a regular, en el grupo TDAH va de regular a bajo.

Tabla 10. Aprovechamiento Escolar.

GRUPO	APROVECHAMIENTO		
	Alto	Regular	Bajo
Grupo con TDAH	2	4	4
Grupo control	5	5	0

La actitud de los padres frente a la escolaridad, también reveló diferencias significativas entre los 2 grupos. Así, los niños del grupo control reciben en su mayoría apoyo de ambos padres, mostrando con ello un mayor involucramiento en dicha actividad. Por su parte en el grupo de niños con TDAH el apoyo es únicamente materno, o reciben muy poco apoyo por parte de la familia.

Tabla 11. Actitud de los padres frente a la escolaridad.

GRUPO	ACTITUD PADRES		
	Apoyo gral	Apoyo madre	Poco apoyo
Grupo con TDAH	2	5	3
Grupo control	8	1	1

Relaciones con Adultos

Las relaciones interpersonales que establece el niño con otros adultos, se dividieron en relación con madres, padres y otros adultos. En ninguno de estos indicadores se encontró diferencia significativa.

Tabla 12. Resultados de χ^2 para la categoría Relaciones con adultos.

INDICADORES	χ^2
Padre	1.986
Madre	0.876
Otros adultos	2.892

No obstante a los resultados estadísticos referentes la relación con los padres, los datos muestran una tendencia a ser más conflictiva en los niños con TDAH (ver tablas 13 y 14). De tal forma que los niños del grupo con TDAH, tienen más conflictos con el padre y están más apegados con la madre. En tanto que los del grupo control presentan con más frecuencia una buena relación con el padre y fricciones con la madre.

Tabla 13. Relación con el padre.

GRUPO	RELACION PADRE		
	Buena	Permisivo	Conflictiva
Grupo con TDAH	2	3	5
Grupo control	5	2	3

Tabla 14. Relación con la madre.

GRUPO	RELACION MADRE		
	Buena	Fricciones	Dependencia
Grupo con TDAH	4	4	2
Grupo control	3	6	1

En las relaciones con otros adultos, en el grupo TDAH, existen datos que indican el rechazo de éstos ante la convivencia; que puede ser consecuencia del comportamiento disruptivo del niño.

Relaciones con los compañeros.

Esta categoría presenta la perspectiva de la madre respecto a las relaciones interpersonales que establece el niño con sus compañeros, su actitud frente a ellos y la respuesta que recibe de los mismos.

Tabla 15. Resultados de χ^2 para la categoría Relaciones con Compañeros.

INDICADORES	χ^2
Relación pares	3.333
Hermanos	2.4
Constancia en las relaciones	8.571*
Actitud del niño	6.923*
Actitud de los pares	10.500**
Respuesta ante pares	6.273
Tipo de juego	1.867

*Significativo al .05

**Significativo al 0.01

En lo que respecta a la constancia de las relaciones que establecen, los niños del grupo con TDAH mostraron una diferencia importante, que puede implicar la inestabilidad como modo de vinculación. Es decir, no mantienen vínculos emocionales duraderos y prolongados; así, frecuentemente cambian de amigos y su círculo social está en constante modificación. Mientras que en los niños del grupo control se encontró una constancia importante en sus relaciones y pocas modificaciones en su grupo social.

Tabla 16. Constancia en las relaciones.

GRUPO	CONSTANCIA RELACIONES	
	Duradera	Inestable
Grupo con TDAH	4	6
Grupo control	10	0

El indicador sobre la actitud del niño hacia sus relaciones interpersonales, muestra una importante diferencia entre ambos grupos; de manera que mientras los niños del grupo control son con frecuencia sociables y amigables, los niños con TDAH muestran una actitud agresiva o impositiva que pretende la aceptación de sus compañeros.

Tabla 17. Actitud del niño.

GRUPO	ACTITUD DEL NIÑO			
	Sociable	Busq Aceptación	Agresivo	Tímido
Grupo con TDAH	4	2	3	1
Grupo control	9	0	0	1

En contraparte a la actitud del niño, se encuentra la actitud de los pares con quienes convive; desde esta perspectiva, los resultados muestran que los niños con TDAH reciben frecuentes rechazos, en tanto que los niños del grupo control son aceptados por su grupo de pares. Posiblemente este resultado es consecuencia de la actitud en la interacción del niño.

Tabla 18. Actitud de los pares.

GRUPO	ACTITUD DE PARES		
	Rechazo	A veces	Aceptación
Grupo con TDAH	6	3	1
Grupo control	0	3	7

El indicador sobre las relaciones con pares, muestra una diferencia en ambos grupos, si bien no tiene significancia estadística, los niños con TDAH presentan mayores dificultades para establecer amistades; mientras que en el grupo control, la interacción social sucede con menor dificultad.

Tabla 19. Relaciones con pares.

GRUPO	RELACIONES CON PARES	
	Facilidad	Problemas
Grupo con TDAH	4	6
Grupo control	8	2

Otros

En esta categoría se encierran las actividades recreativas que realiza el niño y un indicador respecto al concepto que tiene la madre de su hijo. Está conformada por 3 indicadores, de los que en ninguno se encontró diferencias significativas estadísticamente

Tabla 20. Resultados de χ^2 para la categoría Otros

INDICADORES	χ^2
Concepto del niño	10.952
Tiempo libre	4.4
Actividades extra	0

El concepto materno sobre el niño, muestra una importante diferencia entre ambos grupos. En este sentido, las madres de los niños con TDAH tienen un concepto del niño que enfatiza sus características negativas o tienen problemas para conceptualizarlo (modo ambiguo o incongruente). No así para las madres de los niños del grupo control, quienes proporcionan una definición clara del niño, ya sea enfatizando las cualidades de él o una perspectiva objetiva que incluye tanto las cualidades como las dificultades de su hijo.

Tabla 21. Concepto del niño

GRUPO	CONCEPTO DEL NIÑO			
	Positivo	Negativo	Ambiguo	Objetivo
Grupo con TDAH	2	5	2	1
Grupo control	5	0	0	5

Información sobre TDAH

Esta última categoría, presenta los datos obtenidos únicamente de las madres de los niños que padecen TDAH, puesto que es referente a información acerca del trastorno y del tratamiento actual de los niños. Por lo anterior los resultados son únicamente descriptivos.

El 60% de los pacientes tienen entre 1 y 3 años de tratamiento, con un promedio de 2.1 años; la presencia de las primeras manifestaciones del trastorno se presentaron en el 50% cuando estaban en los primeros años de primaria (primer y segundo grado) y un 30% desde el preescolar. La detección del trastorno se realizó principalmente por parte de la escuela (50%), que sugirió la necesidad de atención profesional para el niño.

Las dificultades que motivaron el trastorno fueron en su mayoría (60%) problemas relacionados con la triada sintomática (hiperactividad, inatención o falta de concentración, e impulsividad).

En cuanto al tipo de tratamiento que reciben, el 80% de los niños es tratado farmacológicamente con metilfenidato, del cual el 16% también toma imipramina. La mayoría de los niños tiene un seguimiento constante del tratamiento (70%).

En cuanto al número de distintas atenciones que han recibido oscila de 1 a 4, entre neurólogos, paidopsiquiatras y psicólogos. En promedio los niños han sido atendidos

en 2 distintas instituciones. De los cuales el 60% recibe atención exclusivamente médico-farmacológica, el 30% ha recibido atención psicoterapéutica

Los resultados del tratamiento referidos por las madres, han sido en un 40% una mejoría general, 40% con mejoría exclusiva en un área, principalmente en la atención, y el 20% de los niños no ha presentado cambios importantes ante el tratamiento.

En lo referente a la actitud familiar hacia el trastorno, se encontró que la información que poseen al respecto del mismo es poca y se limita a la que en las primeras consultas les proporciona el doctor a cargo; esto representa un 70% de la muestra.

El 40% de las madres refiere una actitud familiar hacia el trastorno que implica el apoyo a distintas áreas en las que se desenvuelve el niño; mientras que un 30% está preocupada únicamente por lo concerniente al ámbito escolar, y el 30% manifiesta poco interés y acciones para apoyar al niño frente al trastorno e incluso buscan la solución solamente a través del medicamento.

Los porcentajes anteriores reflejan también las estrategias adoptadas por la familia ante el trastorno; mientras más apoyo existe, hay un esfuerzo mayor por implementar acciones en beneficio del niño. Conforme el apoyo disminuye, lo hacen también las acciones encausadas a la solución o mejoría de las consecuencias y del trastorno en sí mismo.

En cuanto a la perspectiva que tienen las madres ante el tratamiento farmacológico, el 70% de la muestra no revela inquietudes específicas ante el tratamiento, mientras que el resto revela preocupaciones en cuanto a los efectos secundarios que pueda tener el medicamento en los niños.

Por otra parte, los resultados muestran que en lo concerniente a las expectativas sobre el fármaco, se dividen en dos perspectivas: en una se encuentra la idealización,

es decir la idea que el medicamento podrá solucionar (sin necesidad de otro tipo de atención) todos los problemas derivados del trastorno; y la otra, una perspectiva más objetiva, a través de la cual hay una conciencia más clara de las necesidades del niño, que no serán cubiertas únicamente a través del fármaco.

B. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A NIÑOS.

A continuación se presentan los resultados de la prueba estadística χ^2 para las categorías establecidas a partir de los datos obtenidos en la entrevista realizada a los niños.

Escolaridad.

A partir de la información proporcionada por los niños sobre las actividades escolares y su desempeño, se establecieron 6 indicadores. A continuación se presenta la tabla con los resultados para cada uno de ellos:

Tabla 22. Resultados de χ^2 para la categoría Escolaridad.

INDICADORES	χ^2
Gusto	1.067
Que le agrada	3.311
Que le desagrada	4.81
Actitud ante el trabajo escolar	5.051*
Aprovechamiento	7.773*
Dificultades	10.800**

*Significativo al 0.05

**Significativo al 0.01

La actitud frente al trabajo escolar que muestran los niños difiere ampliamente entre ambos grupos; así en el grupo control los niños son más autónomos y dedicados respecto de las actividades escolares, mientras que los niños del grupo

con TDAH necesitan la constante instigación por parte de sus mayores para realizar la tarea o trabajos, y aun cuando los adultos supervisen constantemente al niño, no logra finalizar las actividades asignadas.

Tabla 23. Actitud frente al trabajo escolar.

GRUPO	ACTITUD HACIA ESCUELA	
	Autónomo	Instigación
Grupo con TDAH	2	8
Grupo control	7	3

La diferencia en cuanto al aprovechamiento confirma los datos proporcionados por las madres, de modo que los niños del grupo con TDAH presentan un aprovechamiento más en comparación con el grupo control.

Tabla 24. Aprovechamiento.

GRUPO	APROVECHAMIENTO		
	Alto	Regular	Bajo
Grupo con TDAH	1	8	1
Grupo control	7	3	0

En relación a las dificultades actuales que tienen los niños en la escuela, el grupo con TDAH muestra una importante conflictiva en el proceso de aprendizaje; la mayoría de los problemas están relacionados con la sintomatología intrínseca al trastorno. Mientras que en el grupo control, la mayoría de los niños no indica problemas actuales o algunos muy específicos poco relacionados con el aprendizaje en sí mismo.

Tabla 25. Dificultades.

GRUPO	DIFICULTADES
-------	--------------

	Trastorno	Aprendizaje	Otras	Ninguna
Grupo con TDAH	6	2	1	1
Grupo control	0	1	4	5

Autoconcepto

Esta categoría incluye la información que proporcionaron los niños acerca del concepto que tienen de sí, de sus características principales, sus capacidades y dificultades. Se constituye por 6 indicadores.

Tabla 26. Resultados de χ^2 para la categoría Autoconcepto.

INDICADORES	χ^2
Características	5.273
Concepto de sí	8.619*
Gusto más de sí	2.633
Gusto menos de sí	3.2
Capacidades	0.254
Dificultades	2.961

*Significativo al 0.05

El único indicador en el que se encontró una diferencia significativa estadísticamente entre ambos grupos fue para el concepto que tienen de sí mismos. Los resultados muestran que los niños con TDAH tienen mayores dificultades para concretar una idea estructurada de sí; en caso de lograrlo, el concepto tiene una cualidad negativa, en la que se destacan los defectos y se da la idea de ser un 'niño problema'.

No así para los niños del grupo control, quienes tienen mayor capacidad para establecer un concepto de sí mismos y que principalmente logran hablar desde una perspectiva más objetiva, en la que incluyen sus cualidades, pero también sus defectos.

Tabla 27. Concepto de sí.

GRUPO	CONCEPTO DE SI				
	Buen niño	Objetivo	Niño Problema	Concreto	No estructura
Grupo con TDAH	1	2	3	1	3
Grupo control	3	5	0	2	0

En el indicador sobre las características personales que describen los niños, aunque no se haya alcanzado el valor estadístico necesario, existe una diferencia entre ambos grupos que consiste en que los niños del grupo con TDAH muestran una tendencia a enfatizar las características negativas de sí; mientras que los niños en el grupo control hablan tanto de sus aptitudes como de sus deficiencias.

Tabla 28. Características.

GRUPO	CARACTERISTICAS		
	Normal	Negativo	Distinto
Grupo con TDAH	3	5	2
Grupo control	8	1	1

Relaciones Familiares

En esta categoría se incluyen los indicadores sobre las relaciones del niño con los diferentes miembros de la familia: padre, madre y hermanos.

Tabla 29. Resultados de χ^2 para la categoría Relaciones Familiares.

INDICADORES	χ^2
Padre	5.923*

Madre	4.1
Hermanos	4

*Significativo al 0.05

El único indicador con diferencias significativas fue el correspondiente a la relación con el padre. Los resultados muestran que entre ambos grupos la diferencia consiste en que en el grupo con TDAH los niños tienen una relación más conflictiva y fricciones con la figura paterna; mientras que la mayoría de los niños en el grupo control tienen una buena relación con dicha figura. Resultados que coinciden con los proporcionados por la madre.

Tabla 30. Relación con el padre.

GRUPO	PADRE		
	Buena	Conflictiva	Fricciones
Grupo con TDAH	4	3	3
Grupo control	9	0	1

En cuanto a la relación con la figura materna, a pesar de que no hubo una diferencia que tuviera importancia estadística, sí existe una distinción entre ambos grupos en la que se muestra que los niños del grupo con TDAH perciben una relación más conflictiva o con mayores fricciones con su madre que los niños del grupo control, quienes por el contrario, refieren tener una relación satisfactoria con ella.

Tabla 31. Relación con la madre.

GRUPO	MADRE		
	Buena	Conflictiva	Fricciones
Grupo con TDAH	3	2	5
Grupo control	7	0	3

Relaciones con Compañeros

Esta categoría se refiere al modo de interacción que tiene el niño con su grupo de pares, cuál es su actitud frente a sus compañeros y la de ellos hacia él. Está conformada por 6 indicadores, de los cuales el análisis estadístico arrojó diferencias en: amistad, amplitud de su círculo social y otros compañeros.

Tabla 32. Resultados de χ^2 para la categoría Relaciones con Pares.

INDICADORES	χ^2
Amistad	5.051 *
Amplitud círculo social	5.558*
Otros compañeros	7.500*
Actitud de compañeros	4.533
Actitud del niño	1.25
Compañía	4.533

*Significativo al 0.05

Los resultados muestran que el grupo de niños con TDAH tiene problemas para interactuar positivamente con sus compañeros, siendo difícil que pueda establecer relaciones o vínculos de amistad con los otros niños. No así para los niños sin el trastorno quienes mostraron facilidad para hacer nuevas amistades en cualquiera de los ámbitos en los que tienen incidencia.

Tabla 33. Amistad.

GRUPO	AMISTAD	
	Facilidad	Dificultad
Grupo con TDAH	2	8
Grupo control	7	3

La diferencia entre ambos grupos con respecto a la amplitud de su círculo social, indica que los niños del grupo con TDAH muestran una tendencia a tener menos amigos; en tanto que los niños del grupo control son más bien populares entre sus compañeros. Esto puede constituir una posible confirmación de los problemas de interacción asociados al trastorno.

Tabla 34. Amplitud del círculo social.

GRUPO	CIRCULO SOCIAL		
	Pocos	Regular	Popular
Grupo con TDAH	5	2	3
Grupo control	2	0	8

Otro indicador que parece reforzar lo anterior, es el relacionado a la interacción con otros compañeros de clase o vivienda; en el que también se muestra una dificultad de los niños con TDAH para poder establecer una relación de amistad con otros niños.

Tabla 35. Otros compañeros.

GRUPO	OTROS COMPAÑEROS		
	Buena	Poca interacción	Problemas
Grupo con TDAH	2	7	1
Grupo control	6	1	3

Una categoría que mostró diferencias (no significativas estadísticamente) entre los grupos fue la actitud de los compañeros hacia el niño, se muestra una tendencia a que los niños con TDAH reciban un trato de rechazo o inestable (a veces se les acepta y a veces se les excluye); mientras que los niños del grupo control, son en su mayoría aceptados y ni uno mencionó ser rechazado por sus compañeros.

Tabla 36. Actitud por parte de los compañeros.

GRUPO	ACTITUD DE PARES		
	Sociables	Rechazo	Inestabilidad
Grupo con TDAH	4	3	3
Grupo control	8	0	2

En lo que respecta a la preferencia o no de compañía en el juego, solo los niños del grupo con TDAH prefirieron jugar solos. Lo que hace una diferencia importante con los niños del grupo control puesto que ellos no sólo no optaron por la soledad del juego, sino que en su mayoría consideran la compañía por la convivencia que tienen con los demás niños.

Tabla 37. Compañía en el juego.

GRUPO	COMPAÑÍA		
	Compañía	Convivencia	Solo
Grupo con TDAH	3	4	3
Grupo control	2	8	0

Actividades

En ninguno de los 3 indicadores de esta categoría, concerniente a las actividades que realiza el niño en su tiempo libre y aquellas que son sus preferidas, hubo diferencias con significancia estadística.

Tabla 38. Resultados de χ^2 para la categoría Actividades.

INDICADORES	χ^2
Juego y Tiempo libre	0.22
Actividad preferida	2.2
Actividades extra	0

Información sobre TDAH

La información de los niños con TDAH acerca del propio trastorno es muy reducida e incluso incorrecta; el 80% de la muestra no sabe nada al respecto del padecimiento, ni tiene idea alguna de lo que significa. Sólo el 20% restante posee información sobre lo que es el trastorno y tiene una idea más clara de lo que implica.

Al no tener información sobre el trastorno, las ideas o creencias que han elaborado son confusas o muestran fuertemente la influencia de los padres (como que ellos mismos son los determinantes de su mal comportamiento). El porcentaje total de niños que presentan esta confusión en cuanto a las ideas relacionadas al trastorno es de 60%.

Esta falta de información implica a su vez, el desconocimiento de los niños acerca del motivo por el cual están en tratamiento; generalmente refieren una necesidad de ayuda de manera general (30%) o relacionada con problemas de comportamiento (30%), sin asociar la atención con el padecimiento de un trastorno en específico. Sin embargo, es interesante que cuando se les cuestionó más específicamente acerca de los síntomas o de los problemas que ellos consideraban tenían, ya sea en la escuela o en casa, un 70% de ellos hizo referencia a problemas relacionados con los síntomas del trastorno.

En cuanto a sus ideas respecto del tratamiento, es notorio que aunque no reciben información respecto a lo que implica el padecimiento para el que reciben la medicación, la mayoría de los niños (70%) reconoce que la pastilla que toman es para poner atención o para portarse bien en la escuela. Ideas que denotan la intervención de la expectativa o creencia familiar (especialmente de la madre).

Por último, en cuanto a los resultados que ellos perciben del tratamiento, en este caso el farmacológico, un 50% sí ha notado mejoría en cuanto a su comportamiento o su rendimiento en las actividades escolares; mientras que el 30% considera que se siente igual con o sin el medicamento.

C. CONFLICTOS EMOCIONALES

Estos resultados se derivan de la aplicación del Test de Apercepción Temática (CAT) a los niños, hacen referencia a los distintos conflictos emocionales que fueron revelados en la integración de los resultados de dicha prueba y de las entrevistas realizadas. Los conflictos se agruparon en 21 indicadores; de los que a continuación se presentan los resultados del análisis estadístico (x^2):

Tabla 39. Resultados de x^2 para los Conflictos Emocionales.

INDICADORES	x^2
Necesidades Orales	5.495*
Nec. Seguridad	0.22
Nec. Aceptación	2.4
Nec. Autonomía	7.500**
Dependencia	3.333
Proceso Primario	7.500**
Principio de Placer	5.495*
Estructuración Yoica	7.200**
No Control Impulsos	9.899**
Defensas arcaicas	3.81
Identificación	16.364**
Interacción con otros	12.800**
Figura Materna	0
Figura Paterna	0.833
Superyó	3.2
Límites	5.495*

Castigo	0
Temor y Ansiedad	0
Sexualidad	1.25
Exterior	0.22
Agresión	0.22

*Significativo al 0.05

**Significativo al
0.01

Del total de indicadores, se encontraron diferencias entre ambos grupos en los siguientes puntos: necesidades orales, proceso primario, principio del placer, estructura yoica, no control de impulsos, identificación, interacción social, límites y necesidad de autonomía. A continuación se presenta las tablas de resultados, para cada uno de dichos conflictos.

En cuanto a las necesidades orales, se encontró que en el grupo de niños con TDAH, manifiestan una mayor necesidad oral, siendo característica del predominio del proceso primario.

Tabla 40. Necesidades orales.

GRUPO	NECESIDADES ORALES	
	SI	NO
Grupo con TDAH	6	4
Grupo control	1	9

Los niños del grupo con TDAH no manifiestan requerir de autonomía, revelando mayor dependencia del control externo: en tanto que el grupo control muestra mayor necesidad de autonomía.

Tabla 41. Necesidad de autonomía.

GRUPO	NECESIDAD AUTONOMIA
-------	---------------------

	SI	NO
Grupo con TDAH	1	9
Grupo control	7	3

Un conflicto que también mostró importantes diferencias entre ambos grupos, fue la predominancia del proceso primario, en el comportamiento y pensamiento de los niños; siendo mayor en el grupo de niños con TDAH y en concordancia con los datos de la tabla 40.

Tabla 42. Proceso primario.

GRUPO	PROCESO PRIMARIO	
	SI	NO
Grupo con TDAH	7	3
Grupo control	1	9

De la misma manera, existe una estrecha relación entre la primacía del proceso primario en la dinámica psíquica de los niños y la instauración plena del principio del placer; así los niños con TDAH, mostraron una mayor tendencia a regirse bajo dicho principio. Esto revela el predominio de la descarga ante las demandas de demora de la satisfacción.

Tabla 43. Principio de Placer.

GRUPO	PRINCIPIO DE PLACER	
	SI	NO
Grupo con TDAH	6	4
Grupo control	1	9

En cuanto a los resultados correspondientes a la estructuración yoica, se encontró mayor conflicto en el grupo de niños con TDAH, en el sentido de que existe una pobre y débil estructuración yoica que se sostiene en etapas muy primarias de desarrollo psíquico, tal como la oral.

Tabla 44. Estructuración yoica.

GRUPO	ESTRUCTURACION YOICA	
	SI	NO
Grupo con TDAH	8	2
Grupo control	2	8

El conflicto referente al control de impulsos mostró una diferencia evidente entre ambos grupos, ya que los niños con TDAH manifiestan muy poco control en este aspecto; en tanto que los niños sin TDAH han logrado adquirir un mayor control de la impulsividad, lo que refleja el predominio del principio de realidad.

Tabla 45. No Control de Impulsos.

GRUPO	NO CONTROL IMPULSOS	
	SI	NO
Grupo con TDAH	8	2
Grupo control	1	9

La identificación parece constituir un aspecto conflictivo para los niños con TDAH, en quienes la identidad no está bien estructurada; no así para ninguno de los niños del grupo control.

Tabla 46. Identificación de sí.

GRUPO	IDENTIFICACION	
	SI	NO
Grupo con TDAH	9	1
Grupo control	0	10

Otro conflicto revelado a través de las historias del CAT, fueron los problemas de interacción que manifiestan los niños con TDAH, quienes frecuentemente tienen dificultades en sus relaciones interpersonales y en los vínculos que establecen.

Tabla 47. Interacción con otros.

GRUPO	INTERACCION	
	SI	NO
Grupo con TDAH	9	1
Grupo control	1	9

Los límites constituyen otro punto en el que ambos grupos difirieron, siendo el grupo de niños con TDAH donde se encuentra mayor conflicto, puesto que no encuentran límites claros en su ambiente y en consecuencia tampoco pueden respetarlos, sino hacer una demanda de ellos, ante la situación que puede tornarse desbordante para sí mismos.

Tabla 48. Falta de límites.

GRUPO	FALTA LIMITES	
	SI	NO
Grupo con TDAH	6	4
Grupo control	1	9

Los conflictos en relación al superyó y los mecanismos de defensa utilizados, no presentan un nivel estadístico significativo; sin embargo, entre ambos grupos se muestra una tendencia a ser diferentes. Así para los niños con TDAH se encuentra la vivencia de mayores conflictos con un superyó rígido y severo.

Tabla 49. Superyó

GRUPO	SUPERYÓ	
	SI	NO
Grupo con TDAH	7	3
Grupo control	3	7

Por lo que respecta a los mecanismos de defensa utilizados por parte de los niños, se encuentra una tendencia a que los niños del grupo con TDAH, utilicen defensas más arcaicas, de niveles o etapas de desarrollo anteriores a su momento evolutivo.

Tabla 50. Defensas Arcaicas.

GRUPO	DEFENSAS ARCAICAS	
	SI	NO
Grupo con TDAH	5	5
Grupo control	1	9

Los conflictos emocionales que presentan ambos grupos no solamente muestran diferencias a nivel estadístico, en algunos de ellos, la diferencia principal se encuentra a nivel cualitativo; lo cual será retomado en la discusión.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados del presente estudio, respecto a los conflictos emocionales que presentan los niños en edad escolar que padecen TDAH, en comparación con un grupo control, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas y cualitativas; no sólo son diferencias en cuanto a que el grupo de niños con TDAH presenta mayores niveles de conflictos emocionales, sino que también éstos difieren notablemente en su contenido.

La mayoría de los conflictos referidos tienen un conflicto de base que consiste en la pobre estructuración yoica y en su consecuencia psíquica, para los niños del grupo TDAH. En este sentido, la falta de control de impulsos y de emociones (labilidad), el primado del principio del placer, las defensas arcaicas, constituyen para el grupo de niños con TDAH uno de los principales conflictos; puesto que no han logrado desarrollar una estructura psíquica que se adecúe a las nuevas necesidades y exigencias de su nivel de desarrollo, sino que su conducta sigue siendo organizada bajo el proceso primario correspondiente a etapas anteriores.

En el grupo de niños con TDAH se encontró una instauración predominante del proceso primario, aunado a una falta de estructuración yoica; que coincide con lo que menciona Janin (2004), acerca de que el TDAH no es una identidad única sino

que engloba diferentes tipos de trastorno por “déficit”, en este caso el déficit existente en la instauración y estructuración del proceso secundario.

La estructuración del yo impone limitaciones sobre el desarrollo y expresión emocionales (Frank, 1965), de modo que si se encuentra alterada la constitución de esta instancia, el individuo, en este caso los niños con TDAH, desarrollan conflictos importantes en el aspecto emocional. Estos resultados apoyan los resultados anteriormente descritos por otros autores (Solloa, 2006; Janin, 2004; Gratch, 2000).

El déficit en la instauración del proceso secundario se mostró en los niños con TDAH en distintas características; principalmente, los niños no muestran una capacidad desarrollada para postergar la satisfacción de sus deseos y pulsiones, continúan en la búsqueda inmediata de la satisfacción, en un régimen pleno del principio del placer. Esto conlleva otra característica importante, la imposibilidad del adecuado funcionamiento del principio de realidad, lo que tiene distintas consecuencias en el desarrollo.

Una de ellas es la referente a la distinción entre realidad y fantasía, esta última es utilizada por los niños con TDAH como una vía que les permite evadir los conflictos que tienen; más que evadir sus conflictos utilizan la negación como un mecanismo de defensa que les ayuda a dejar de lado la realidad en la que están inmersos, ya que de aceptarla, les generaría dolor y sufrimiento.

El funcionamiento regido por el proceso primario implica también fallas en la simbolización, que en este sentido en los niños con TDAH se han hecho manifiestas en los problemas de lenguaje, relacionadas con la falta de simbolización; que ya en otros estudios se ha mostrado en estos niños (Janin, 2004; Gratch, 2000). La falla en la simbolización implica que en lugar de usar el lenguaje, el niño recurre a la acción impulsiva, sin tomar en cuenta las consecuencias de su comportamiento.

En los niños sin el trastorno, si bien la estructuración psíquica bajo el proceso secundario aún no es total, sí existe un modo de pensamiento más organizado, que permite la postergación de la satisfacción de las necesidades, un mejor control de los impulsos y el uso del razonamiento para actuar. En ellos se discierne con facilidad un proceso de estructuración y organización psíquica a través del cual su comportamiento se presenta menos disruptivo y más organizado ante el exterior y las exigencias que tiene consigo.

La falta de control de impulsos, el régimen del principio del placer, el déficit en la estructuración yoica, tienen una relación muy estrecha, no sólo entre sí, sino con los síntomas intrínsecos del TDAH; por cuanto el proceso secundario implica también el poder ir de un nivel concreto de pensamiento a la posibilidad de pensar en las consecuencias y hechos futuros de manera abstracta; si en estos niños existen problemas en cuanto a la constitución de dicho proceso, esto puede interferir también directamente en la impulsividad que manifiestan.

Así, los síntomas presentes en el TDAH se sostienen bajo un funcionamiento de proceso primario que imposibilita la reducción de la tendencia a obrar, es decir el pase al acto, que es el medio privilegiado para la descarga pulsional y el pensamiento racional del proceso secundario esperado en esta etapa. Inclusive la falta de control motriz se sostiene en la misma detención del desarrollo psíquico y de los logros yoicos esperados en esta edad.

Los conflictos se insertan en distintas áreas en las que se desenvuelve el niño, uno de los conflictos que tiene importantes consecuencias para el desarrollo emocional de los niños y que presentan los niños que padecen TDAH, es la dificultad para la interacción con las personas de su entorno, principalmente con el grupo de pares. Ésta dificultad no se limita a dicho grupo (si bien es el modo principal en que se manifiesta), sino que se extiende a otras personas.

En el grupo de niños con TDAH existe una dificultad importante para establecer relaciones con otros niños, de manera que generalmente las relaciones con el grupo de compañeros son frecuentemente problemáticas. Esta dificultad se basa, principalmente en la actitud del niño durante la interacción; misma que está determinada por otros conflictos que se encuentran en la base de la dinámica psíquica del individuo.

Un primer aspecto que tiene influencia en el comportamiento del niño hacia sus compañeros es la instauración del principio del placer que prima frente a las exigencias del entorno; así los niños con TDAH no muestran mediatización alguna frente a la satisfacción de sus deseos, pulsiones y necesidades, tampoco existe una tolerancia ante la demora o a la frustración; de modo que el vínculo que establece con sus pares, está en función de que se satisfagan sus necesidades o encuentre placer en dicha relación, de lo contrario, es difícil que establezca un vínculo emocional importante y en consecuencia, frecuentemente cambia de amistades.

No así para el grupo de niños sin el trastorno, en quienes a pesar de buscar también la satisfacción de sus deseos y necesidades, logran aceptar la postergación de las mismas, en función de las demandas del exterior; poniendo con ello de manifiesto el régimen del principio de realidad que empieza a tener influencia en su comportamiento.

Otro conflicto que tiene relación con los problemas de interacción encontrados, es la falta de control de impulsos manifiesta por en el niño con TDAH; el niño se comporta tal cual lo desea sin que exista un pensamiento que medie la acción y por tanto su comportamiento en muchas ocasiones es inadecuado o disruptivo en las situaciones que vive. Esto genera un rechazo en los demás niños, quienes presentan

mayor adecuación a las actividades en las que se desempeñan y excluyen al niño con TDAH debido a su manera de interactuar.

Este rechazo tiene dos reacciones principales, la primera es una conducta más agresiva que pretende forzar la aceptación de los otros (agresión que nuevamente pone de manifiesto el poco control de impulsos que posee) y por otra parte la búsqueda continua de aceptación mediante comportamientos que a su vez generan mayor rechazo (como hostigamiento, sumisión).

En este sentido se crea un círculo vicioso en el que ante el rechazo, existe un daño que moviliza una actitud para procurar la aceptación, generalmente de agresión, actitud que, sin embargo, solamente consigue reforzar el rechazo de los otros, generando más daño y aumentando la conducta agresiva del niño (Lailmels, 2003). La principal consecuencia de este círculo es, sin duda, el daño emocional que enfrenta el niño ante el rechazo y ante el cual a la vez, tiene pocas capacidades de elaboración.

Con respecto a la agresión como medio de expresión que utiliza el niño con TDAH en su comportamiento y en su modo de interacción, existe una diferencia importante con los niños sin el trastorno. La diferencia consiste en que si bien, ambos grupos presentan un conflicto en cuanto a la agresión, éste difiere cualitativamente; debido a que los niños del grupo control manifiestan miedo ante su propia agresión, de modo que en lugar de expresarla, la reprimen o la proyectan en otras figuras cercanas a ellos.

En el grupo de niños con TDAH la agresión es parte constitutiva de su comportamiento; dicha agresión, es muestra de una limitación del desarrollo emocional, pudiendo generar una libido más débil. A. Freud (1985) propone que en los niños que manifiestan una 'agresión en estado puro', la fusión o integración entre

las pulsiones agresivas y libidinales no se produjo de manera normal; de modo que permanecen aisladas y se manifiestan de forma independiente (destructividad, agresión, ira, etc.) siendo inadecuadas para los propósitos de la vida.

Aunque se debe tener en cuenta que con el despliegue de la agresión, el niño logra también reducir la tensión generada ante la interacción problemática con los otros (padres y compañeros) y por la pobre regulación emocional; lo que negativamente la refuerza y aumenta la probabilidad de su aparición posterior (Hurt, et al, 2007).

Un tratamiento psicoterapéutico puede incluir como objetivo canalizar las pulsiones agresivas constructivamente, logrando la fusión entre las pulsiones agresivas y las libidinales (Sperling, 1993); un ejemplo es a través del juego en el que el despliegue de energía de que dispone, le permite elaborar el conflicto (Miranda y Amado, 2001). Posiblemente, es también a través del juego que el niño pueda elaborar la ansiedad y otros elementos que tienen incidencia en la hiperactividad e impulsividad.

Los conflictos mencionados en relación con la dificultad en la interacción social de los niños con TDAH, no se manifiestan en el grupo control; de manera que ellos revelan una mayor facilidad para establecer vínculos de amistad importantes con los niños de su entorno. Mismos que en gran medida están posibilitados por la aceptación de los otros niños como sujetos con sus propias necesidades y postergar ante ellas los propios deseos.

En este sentido, los niños con TDAH muestran diferencias en cuanto a la descentración del pensamiento individual, que indica una evolución de egocentrismo a proceso secundario (Untoiglich, 2004); los niños que conformaron el grupo con TDAH no han logrado dejar del todo a un lado el egocentrismo infantil, puesto que no han tenido la oportunidad de desarrollar las competencias básicas para la

convivencia con otros y la aceptación de estos como seres con iguales necesidades que ellos mismos; solo toman en cuenta su realidad propia, donde el realismo objetivo apenas empieza a tener espacio para ellos, teniendo que abandonar el punto de vista subjetivo en el que aun están inmersos.

Una posible asociación entre el carácter infantil mostrado en los niños con TDAH y los problemas de interacción con sus compañeros, se encuentra en la vinculación amistosa con niños menores (Kohnstamm, 1991). Algunos de los niños con TDAH, mostraron una tendencia a establecer mejores relaciones con niños de menor edad, ya que con sus contemporáneos les es más difícil.

En caso de establecer relaciones con sus coetáneos, éstas están marcadas principalmente con frecuencia por una actitud en busca de la aceptación o por el contrario son impositivos o agresivos, buscando la satisfacción personal sin importar romper reglas o molestar a otros niños (Melnick y Hinshaw, 1996). Todas estas características pueden estar relacionadas con los problemas de interacción y el rechazo del que son blancos.

La estructuración y diferenciación emocional están mediadas por las relaciones interpersonales, el hecho de que la interacción del niño con los otros de su medio esté marcada por el conflicto y en muchas ocasiones por el rechazo, le dará un cariz distintivo que le dificultará un desarrollo adecuado. En este sentido, es importante el reconocimiento de que las relaciones interpersonales de los niños con TDAH se encuentran alteradas en un sentido negativo, para posibilitar una intervención; puesto que la cualidad de las relaciones interpersonales conflictivas tienen consecuencias que pueden generar problemas en la salud mental (Rojas, 2000).

La inadaptación social, es así una de las consecuencias que tiene la pobre estructuración yoica evidenciada en estos niños, como lo señala Aichhorn (1935), es

manifiesta en este caso en los problemas de interacción de los niños con TDAH; por cuanto no existe una adecuada adaptación a la realidad y tampoco a las normas culturales de la comunidad. Los problemas de interacción o la inadaptación a las normas sociales, hacen su aparición principalmente al inicio de la latencia puesto que en este momento la conducta del niño depende de las interrelaciones que se producen y de las instancias internas (Freud, 1989).

En este caso, la interacción de los niños con TDAH está mediatizada por su actitud, que tiene un sustrato en los conflictos emocionales que manifiesta (dependencia, agresión, problemas de identificación de sí, entre otros).

La estructuración psíquica que manifiestan no solamente hace más difícil una interacción positiva con los otros, sino que inversamente dicho atraso, también puede tener su origen en la cualidad de las relaciones objetales (Freud, 1984), creando con ello un círculo vicioso entre las relaciones interpersonales y el desarrollo psíquico del niño.

Por otra parte, un conflicto que muestra una diferencia importante entre ambos grupos es la actitud de dependencia manifiesta por parte de los niños, ya sea hacia la figura materna o a la familia. En este conflicto no hubo diferencias significativas estadísticamente; sin embargo, cualitativamente los motivos que movilizan la dependencia en los niños son muy distintos.

Los niños con TDAH en su actitud dependiente revelan la búsqueda de la evasión de las responsabilidades, de seguir siendo satisfechos por los demás, sin necesidad de movilizar sus propios recursos para su satisfacción; ante ello su comportamiento es una conducta infantil como modo de vinculación con su familia e incluso en otros ámbitos.

Sperling (1993) menciona que en la primera infancia la dependencia puede ser equiparada con el amor, en tanto que se recibe cuidado, atención y afecto. De este modo, la dependencia que muestran los niños con TDAH, puede estar relacionada con una búsqueda de amor, en un intento de extender el cuidado materno provisto en etapas anteriores, en las que ellos no tenían implicación alguna y que la satisfacción era siempre total, además del afecto que es asociado. Lo cual se relaciona con la relación de los niños con TDAH y sus madres, que de acuerdo con Gratch (2000) estos niños tienen una interacción más intensa con la figura materna, reclamando más ayuda de ella.

Por otra parte, en los niños sin el trastorno esta dependencia constituye un conflicto muy distinto, puesto que en ellos la actitud dependiente tiene como propósito la evasión de un exterior que les atemoriza por las demandas que les exige y por lo amenazante y ansiógeno que lo perciben. Sin embargo, la dependencia no tiene como manifestación una conducta infantil, sino al contrario muestran una gran necesidad de autonomía y también de fortaleza para enfrentar dicho exterior.

En este sentido, se debaten entre una actitud dependiente y una más autónoma que pone de manifiesto su independencia e individualidad como un logro de la etapa de latencia. Esto concuerda con un estudio realizado por Rosenblatt (Bellak, 1996) en el que niños en el periodo de latencia mostraron dichas características.

Con respecto a la percepción del exterior, los niños con TDAH también lo perciben como peligroso y amenazante, denotando a una connotación punitiva; es decir, consideran que en él se harán manifiestos diferentes castigos. Mismos que están referidos en función de su mal comportamiento, que los hace vivenciar un sentimiento de culpa por el que merecen dicho castigo.

Aquí se disciernen 2 diferencias importantes entre ambos grupos, una está relacionada al castigo y el seguimiento de reglas, manifiesta a través de la instancia del superyó y la segunda, con la identidad y concepto de sí de ambos grupos. Los niños del grupo TDAH revelan un superyó muy punitivo y severo, es más bien tiránico y se encuentra puesto completamente en el exterior; incluso depositan en él el control de su propia conducta, con lo cual eluden la responsabilidad intrínseca de sus propios actos.

Mientras que en el grupo control la severidad del superyó, que no tiranía, es la expresión de las reglas que comienza a introyectar de su relación con el mundo exterior y a las cuales empiezan a adecuarse; si bien lo hacen de manera rígida y aceptando con ello difícilmente la postergación de la satisfacción consecuente, ya existe una mediatización interior de su comportamiento y la responsabilidad que éste les genera.

La falta de límites, también tiene influencia en el desarrollo del superyó, y más en la etapa de latencia que es cuando está en plena estructuración (Doltó, 1974). El niño está aprendiendo a internalizar las reglas y límites impuestos en el exterior (familia y sociedad), las cuales empiezan a ser asumidas desde sí mismo, de su interior.

No ocurre lo mismo en los niños del grupo con TDAH, quienes siguen necesitando que el control provenga del exterior y que éste mediatice su comportamiento, sin que el superyó asuma un control autónomo; aumentando la debilidad yoica ya existente y poniendo en juego su autonomía y eficacia. La falta de estructuración yoica y superyoica también se ven influidas cuando los padres depositan el control en la medicación, sin que ellos participen activamente en la contención ante la impulsividad y la expresión pulsional del niño.

Cuando el superyó no logra una estructuración adecuada, no puede ejercer sus funciones, una de las cuales es la regulación de la conducta (Sperling, 1993), misma que es fundamental para el niño con TDAH y justo en los resultados se muestra un conflicto en la formación de esta instancia. Lo que puede ser un factor más para el comportamiento del niño.

El control puesto en el exterior puede también, ser causado por la introyección de que no son capaces de controlarse a sí mismos, como si no fueran dueños de sí y por tanto el control es depositado en el exterior; que conlleva a esta necesidad de sentirse protegido, de vivirse como indefenso y entonces se defiende con una conducta infantil, ligada a la dependencia que fue presente en los resultados.

La diferencia entre ambos grupos referente a la identidad y el concepto de sí mismo que expresan, como se mencionó consiste en los niños con TDAH hay un temor al castigo por su mal comportamiento, y es precisamente éste mal comportamiento con el que se identifican. Así, construyen una identidad que enfatiza sus puntos negativos, se identifican como 'niño problema', percepción que han introyectado de las personas del medio en el que se desenvuelven, quienes les devuelven una imagen intolerante de sí; no se sienten estimados en su ambiente debido a su comportamiento, lo que desencadena una importante necesidad de afecto o revelan una ambivalencia, con la que se identifican "a veces soy bueno, a veces soy malo". No así para el grupo control, en el que los niños logran establecer una identidad con mayor estructuración, en función de sus capacidades, dificultades y gustos.

El modo en que es valorado el niño determina el vínculo que establece con el exterior en el que se relaciona; la calidad de sus relaciones en esta etapa tendrá beneficios o repercusiones en su personalidad. Una de dichas repercusiones, está también en la construcción del concepto de sí que estructuran; la mayoría de los niños están en un ambiente en que la enfermedad y sus características específicas

(impulsividad, inquietud, etc.) son vistas como una característica constitutiva de sí, por lo que terminan internalizando dicha creencia y se refieren a sí mismos como un 'niño problema'. Lo que tiene implicaciones en el armado narcisista del niño, que tornan difícil su adaptación al entorno.

En este sentido, el niño queda atrapado en una dialéctica que lo reconoce por cuanto tiene un trastorno y éste es el que le otorga identidad y un lugar; lo que se reconoció principalmente en el ámbito familiar. Un lugar que en ocasiones ha buscado continuamente y que al obtenerlo, lo que busca con su comportamiento es adecuarse a dicha etiqueta para poder así tener un espacio, un sentido de pertenencia (Janin, 2004).

El niño va construyendo la imagen de sí en función de aquella que le devuelven los otros; cuando es esperado en el lugar de 'chico problema' se acomoda a ese espacio, con un proceso activo de su parte y de aquellos con quienes interactúa, aunque ellos no se percaten de su acción (Janin, 2004); las críticas y enunciados del exterior lo identifican en ese lugar de 'problema' y queda en una posición fallida. Así, los niños del grupo con TDAH se adecuan a lo que el medio les devuelve, se asumen como problemas y mientras más los instalen bajo este rótulo, la identificación será aún mayor.

Esta identificación, se mostró claramente en la mayoría de los niños del grupo con TDAH, quienes referían como características principales de sí, aquellas que se adecuaban a lo que los otros han construido de él en función del trastorno, es decir principalmente características negativas; cuando se asumen así, solamente recrean con su comportamiento, dicha asunción.

No se puede reducir a un individuo a una categoría, porque entonces se le está privando de su posibilidad como ser humano, completo, con conflictos y en relación

con un entorno que le da significado. Así como las madres dan ese significado que lo lleva o no, a identificarse con la etiqueta o con un niño con determinadas características. Un sujeto es mucho más que un TDAH y también es mucho menos 'un TDAH' en tanto que ningún niño se ajusta al síndrome en su globalidad, pensar al niño-síndrome lleva a la pérdida de subjetividad; ajenizando tanto al 'enfermo' como al 'síndrome' (Rojas, 2000).

El sentimiento o idea de sí, que construye el individuo, tiene como base todo lo que uno posee o ha alcanzado, cada resto del primer sentimiento de omnipotencia que se corrobora con la experiencia vivida (Freud 1923). Cuestión que en los niños con TDAH no se presenta, puesto que los logros y metas a los que pueden referirse, se muestran vagos e incluso inexistentes.

El concepto de sí también está influenciado por la mala interacción que tiene con los miembros de su grupo; puesto que el concepto que uno construye de sí mismo, sobre todo en la etapa escolar, depende de lo que los contemporáneos devuelven al niño; si éstos lo evitan o rechazan, el concepto que estructura de sí tendrá poca integridad, dando por resultado el conflicto en cuanto a la concepción de sí y de sus capacidades, que mostraron los niños del estudio.

En este sentido, han estructurado un concepto de sí en función de las incapacidades y de las concepciones 'niño problema' que los otros depositan sobre él. Sin embargo, no existe conciencia de su parte de que dichas características sean desfavorables; más bien lo asumen con normalidad e incluso se puede notar en sus discursos un modo defensivo maniaco, a través del cual niegan los daños o conflictivas asociadas. Mismo que a su vez impide sentimientos de minusvalía, fracaso o baja autoestima.

Este resultado coincide con lo reportado por Baeza (2008), en el que se encontró que la negación es un mecanismo frecuentemente utilizado por los niños que presentan el TDAH, para lograr un control, que ellos pueden vivir como omnipotente, sobre los eventos y resultados que tienen en su exterior.

Otro conflicto en el que se diferencian los grupos se refiere a los mecanismos de defensa utilizados; mientras que en el grupo de niños sin trastorno los mecanismos son de tipo más neurótico funcional (represión, simbolización); en el grupo TDAH, los niños utilizan mecanismos más arcaicos o primitivos (negación, proyección, introyección, regresión), propios de organizaciones psíquicas anteriores, para hacer frente a las demandas tanto externas como internas.

Así, el uso de la negación, es complementado con la proyección como mecanismo de defensa; a través de la cual los niños logran proyectar las críticas o características negativas de su persona al exterior, en un intento de evadir esa realidad. Esto coincide con lo propuesto por Gratch (2000), en cuanto al uso de la proyección.

El uso de este tipo de mecanismos es resultado de una estructuración primitiva del psiquismo (Segal, 1992; Freud, 1985); lo cual nuevamente da cuenta de conflictos en el desarrollo psíquico de los niños con TDAH, en oposición a lo mostrado por sus coetáneos sin el trastorno.

La conflictiva emocional de los niños no es consecuencia únicamente de sus características y dinámica psíquica, existen otros elementos que influyen. El análisis de los datos permitió reconocer resultados que asocian la actitud y dinámica familiar con los conflictos emocionales de los niños, la actitud de los padres es un factor importante en la determinación de la conflictiva emocional.

La actitud materna hacia el cuidado del niño, tiene importantes implicaciones en el desarrollo emocional de éste; en lo referente al grupo de niños con TDAH en primera instancia, se encontró, cómo es que la actitud positiva hacia el trastorno favorece el desarrollo y disminuye las complicaciones asociadas a la enfermedad. No obstante, ésta es la actitud menos adoptada por las madres.

Un punto importante a reconocer en esta actitud, es el hecho de enfrentar el trastorno como una característica más del niño, no como algo definitorio de él en sí mismo; desde esta perspectiva el apoyo no solamente se otorga en función del trastorno, sino que es general y se muestra que se realizan así, las adecuaciones necesarias a los cuidados del niño, posibilitando que tenga una mejor adaptación en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve.

Acciones importantes por parte de los padres, que favorecen a los niños con TDAH, son la comprensión real de lo que el trastorno implica en todas las áreas, asumir el trastorno como una enfermedad que puede ser aliviada (no como un problema) y en consecuencia buscar las mejores opciones para el tratamiento, involucrarse realmente en la atención médica que recibe y constancia en el tratamiento; así como proporcionar vías paralelas en beneficio de la salud del niño, como actividades recreativas o deportivas.

En este sentido, el niño encuentra un ambiente que lo contiene y apoya, que no lo culpabiliza frente a la enfermedad y que le posibilita afrontarla con mayores herramientas y estrategias, con el firme respaldo que constituyen sus padres.

Otra actitud desplegada por las madres tiene un matiz inconsistente (movilizada por un monto grande de ansiedad frente a la enfermedad), es decir, a simple vista la madre apoya al niño ante el trastorno, intenta adecuarse a las necesidades que tiene y sigue las especificaciones médicas. Sin embargo, su actitud no llega a ser totalmente

positiva; de modo que el apoyo que brindan a sus hijos es inconsistente, carece de firmeza y por tanto, no llega a constituirse para ellos como un verdadero soporte; los límites son también difusos, generando un menor control del niño sobre sí y sobre el ambiente en el que se desenvuelve, lo que refuerza el pobre control de impulsos que ha desarrollado.

También es frecuente observar en este tipo de actitud la existencia inconsciente de un vínculo ambivalente; en el que por una parte se protege y cuida al niño ante la enfermedad que padece, pero en otro sentido, existe un rechazo hacia la misma y al niño en sí mismo, por ser un niño enfermo, por no ser el hijo que corresponda con el ideal que la madre había construido. La ambivalencia de las madres se manifiesta en el concepto que dan de sus hijos, siendo el reflejo de la incapacidad que tienen para trabajar con el trastorno; su definición del niño se llena de características contradictorias que imposibilita tener una imagen clara de él.

El hecho de que el niño no sea como el ideal de hijo que había sido elaborado, tiene una trascendencia fundamental en lo que respecta a sus conflictos emocionales; pues mientras más se aleja del hijo ideal materno, la movilización que tenga en la madre, pondrá en marcha una actitud específica hacia él que bien puede favorecer o perjudicar su desarrollo y la evolución de la enfermedad.

La actitud negativa hacia el trastorno y hacia el cuidado general del niño muestra poca tolerancia y definen a su hijo en función de las características negativas de su comportamiento, de aquellas que no toleran y crean un concepto de él como 'niño problema'. Concepto que proyectan a su hijo y que éste sin mucha dificultad asume; al identificarse con tal concepción, no es difícil que se movilicen pulsiones y deseos para cumplir tal expectativa, con las consecuencias emocionales que esto puede desencadenar.

Esta actitud puede estar determinada desde el embarazo, momento en el que se inicia la libidinización de éste hijo; en los resultados se encontró que ninguno de los niños del grupo con TDAH, fue un hijo planeado y que incluso algunos de ellos fueron rechazados en principio. De este modo la libidinización que hizo la madre de su hijo, está ya desde ese temprano momento, en conflicto, puesto que no lo acepta y al contrario ya existe un primer rechazo, una marca de lo que éste representa y que se intensifica cuando el niño tiene el trastorno.

Cuando el trastorno es asumido, no como un problema a resolver sino como un problema que incomoda a la madre (originado en éste hijo que no cumplió con sus expectativas), la responsabilidad consecuente frente a su hijo es vivida con enojo, frustración y como un castigo.

La expectativa ante el tratamiento farmacológico también revela un desentendimiento de la responsabilidad ante el trastorno; de modo que la familia, representada principalmente por la figura materna, espera que el medicamento solucione toda la conflictiva derivada, de un modo un tanto mágico; como si esto fuera la causa unívoca a la que responden los conflictos del niño.

Desde esta posición no se asume responsabilidad alguna, ni se involucra realmente con el tratamiento, al tiempo que tampoco muestran preocupación ante los posibles efectos secundarios que pudiera tener el fármaco en el niño. Esta actitud ha conducido a un aumento creciente en cuanto al uso de psicoestimulantes (principalmente el metilfenidato) como primera opción de tratamiento. En E.U., esto ha comenzado a tomar magnitudes preocupantes en cuanto a la población infantil que es medicada.

Por otra parte, si la madre vive el trastorno como un problema para ella, el niño mismo se transforma en una molestia que le genera perturbación y que la conduce a

menores posibilidades de enfrentamiento del trastorno y a una posible mayor perturbación emocional del niño. El hecho de que el niño mismo sea vivido por la madre como un castigo, una carga, moviliza sentimientos de rechazo, hostilidad y enojo, siendo frecuentemente proyectados a él, que lo único que hace es introyectarlos, con pocas posibilidades de elaboración psíquica.

Cuanto más rebasada se ve la madre por los problemas que ocasiona el trastorno, sumados a los conflictos de la vida diaria, este desborde tiene mayor probabilidad de reflejarse en el niño (principalmente a través de la conducta disruptiva). Si la madre no es capaz de contener la situación, de ser un apoyo firme y consistente para su hijo, no permite que él tenga constancia en el mundo exterior y que desarrolle al mismo tiempo una constancia interna.

Esta falta de estabilidad o constancia externa se hace tangible en la falta de un yo exterior puesto en la figura materna, que contenga, proteja y asegure; al no existir, no hay un yo exterior que posibilite estructuración alguna de sí mismo. De modo que el niño continúa su desarrollo en una marea de inconsistencia, que redundará siempre, en mayor o menor medida (dependiendo de la estructuración que haya logrado el niño) en la progresión de su conflictiva emocional.

Una causa que postula A. Freud (1984) ante el desarrollo yoico impedido, es la falta de estimulación ambiental adecuada, en conjunción directa con la problemática del niño para establecer relaciones interpersonales positivas o vínculos importantes con sus objetos; cuando no hay una interacción que favorezca el vínculo, éste tampoco posibilitará la estimulación adecuada del niño para su desarrollo.

La ausencia de un objeto de amor o la inestabilidad de los vínculos emocionales en la temprana infancia, puede generar que el niño se muestre infantil en cuanto a su conducta social, teniendo como consecuencia fallas en el superyó; puesto que esta

temprana relación permite la identificación, el niño aprende a considerar sus deseos y comportamientos en virtud de las actitudes sociales de los padres (Freud, 1989). No así para los niños con TDAH quienes presentan una relación con sus padres difícil, en función de la dificultad propia de su crianza.

No hay objetos adecuados porque tampoco hay una interacción adecuada, esto no es consecuencia directa del trastorno, pero sí de la interacción que se genera como consecuencia del carácter del niño y ante la intolerancia de los padres. Esto puede ser muestra de una incapacidad interna en el niño para formar relaciones con los objetos, derivada de su desarrollo psíquico y también del de los padres, quienes no saben mantener la situación.

El papel de la figura paterna en la dinámica familiar también es importante, en este sentido, los datos permitieron reconocer que en el grupo de niños con TDAH, dicha figura tiene poca presencia, su figura es más difusa y borrada dentro de la familia; al tiempo que no constituye un representante como autoridad, ni de límites para el niño o en su contrario, la relación con él es tensa y conflictiva por ser demasiado exigente o rígido en el trato.

Si el padre se muestra condescendiente y permisivo con el niño, sin importar que la situación sea de castigo o de juego; no se instaura como figura de autoridad ante él, por lo que tampoco logra establecer límites claros para su conducta e incluso enfrenta al niño con acciones contradictorias a las que adopta la madre.

Esta falta de límites solamente favorece el poco control de impulsos que tiene el niño; puesto que se desenvuelve en un ambiente que no establece control alguno sobre su comportamiento, se le deja hacer lo que sea y en consecuencia, también actúa así en el medio exterior. Cuando justo lo que necesita son reglas y límites

claros, en un ambiente que pueda contener su desborde pulsional (exhibido en la hiperactividad) y no por el contrario que lo promueva o incluso lo exacerbe.

De modo que en las pruebas, se revela un conflicto con el padre, en una búsqueda de la autoridad y los límites que éste debería representar para el niño, en las historias del CAT se revela falta de límites, tanto en cuanto a reglas como en cuanto a límites corporales. Berges (1990) considera que la agitación puede aparecer en un contexto de contención insoportable o como una demanda de límites o fronteras; demandas que también eran sugeridas en las historias. Los límites se refieren al cuerpo, un cuerpo que está en acción constante y que no se logra integrar como tal. El acto en sí puede así constituir la búsqueda de límites.

Cuando contrariamente, el padre es demasiado severo y punitivo, desencadena no una perspectiva de autoridad en él, sino que genera un temor constante y la vivencia de una figura paterna peligrosa a la que se le teme y evita.

Lo que coincide con lo propuesto por Janin (2004), sobre que en los niños con hiperactividad, el estancamiento en la estructuración del superyó, genera una representación de la autoridad por un padre terrorífico, totémico, con un poder absoluto. Lo cual fue expresado en las historias de los niños con TDAH, quienes muestran un conflicto con la autoridad paterna, asumiéndola como omnipotente y peligrosa para sí.

En contraste, en el grupo de niños sin TDAH aunque los padres también pueden tener poca presencia física en la interacción familiar, en algunos casos, su figura tiene mayor consistencia en la dinámica de la familia; siendo asumido como figura de autoridad, en tanto que impone mayores límites y reglas al niño que, si bien pueden tomarse rígidos o severos, le permiten mayor estructuración. Aunado a que constituye un soporte para la figura materna, en la que el control total ya no es

depositado en ella y tiene menores probabilidades de ser desbordada por los distintos problemas de la vida cotidiana.

En este grupo, también se presentan casos en los que la autoridad está puesta completamente en la figura materna y el padre es poco consistente pero, a diferencia del grupo TDAH, la madre no tiene a su cargo la responsabilidad de la enfermedad; lo que permite una mejor actuación de su parte ante los conflictos que puedan suscitarse en la dinámica familiar.

En ocasiones, cuando la madre es quien está frente a la educación de los niños, la principal problemática entre ellos se suscita ante las exigencias de ella en cuanto a la escolaridad y al orden de la casa; el niño se enfrenta a ella como figura que impone las reglas y esto causa frecuentes fricciones, mismas que no llegan a constituir un problema o generar una relación conflictiva entre ambos.

La actitud de las madres para con los niños del grupo control, es generalmente de cariño, apoyo y contención, cubriendo así en mayor medida, sus necesidades de seguridad y afecto. Lo que permite que, aunque existan problemas importantes que afectan directamente la dinámica familiar o incluso un ambiente conflictivo, el niño se ha desarrollado en un medio en el que ha logrado una mayor estructuración psíquica que le permite hacerle frente con mayor éxito y con menores posibilidades de que el conflicto se instaure en su dinámica psíquica.

Así, la dinámica familiar en la que se desenvuelve el niño es importante no sólo para la constitución de su concepto de sí mismo, sino para otros aspectos importantes. Cuanto más difícil o conflictivo sea el ambiente familiar en el que se desarrolla el niño, la posibilidad de complicaciones al trastorno es mayor (Tripp, et al, 2007; Gratch, 2000).

En su estudio, Tripp (2007) encontró que la interacción en las familias de su grupo control era más cálida y comprometida y con una comunicación más efectiva, que aquellas familias en las que había un niño con TDAH, que fueron menos comprensivos e involucrados con los miembros de la familia; lo que asoció con un aumento en la sintomatología. Estos resultados fueron también encontrados en el presente estudio, en cuanto a un ambiente familiar más cálido para los niños sin TDAH y un ambiente conflictivo para el grupo con TDAH.

En los resultados se encontró que en la dinámica familiar de los niños con TDAH, los padres tienen principalmente problemas en cuanto al establecimiento de límites al niño y con frecuencia existe una contradicción entre las figuras paternas. Los padres deberían capacitar al niño para tolerar la frustración y para controlar sus impulsos, de modo que pueda vivir en grupo y de acuerdo con las normas establecidas (Sperling, 1993). Ya ésta autora, consideraba que las neurosis infantiles en la actualidad están desapareciendo, para dar lugar a graves desórdenes de conducta; que pueden tener su origen en la dinámica familiar establecida.

Así, debe existir un trabajo con los padres, importante no solo en cuanto a lo que aportan a sus hijos a través de sus creencias sobre el trastorno, sino también por cuanto ellos mismos se sienten desbordados y necesitan la contención de otro. Su miedo y el desborde, es lo que puede determinar las acciones o actitudes limitantes para el desarrollo favorable de su hijo.

El desborde de los padres ante la situación no permite la acción adecuada, aunado al hecho que el niño con su problemática, parece un espejo que les devuelve sus propias fracturas e imperfecciones, lo insoportable de ellos como padres y de sí mismos (Janin, 2004). Lo que se puede hacer en el trabajo con los padres es permitir que ligen lo que viven como disonante de sí mismos, unificándolo y tolerando sus propios afectos, pensamientos y deseos que se manifiestan en y hacia el niño;

pudiendo otorgarle así a éste último un espacio distinto y que las actitudes manifiestas, puedan ser más estables y positivas que las halladas en el estudio, en este caso las referidas a las madres.

Movilizar la dinámica familiar, implica la posibilidad de aceptar las características del niño, aunque no correspondan con aquellas que constituían al hijo con el que habían fantaseado. Fomentando una relación menos ambivalente o marcada por el conflicto, que la que se encontró entre las madres y los niños del grupo con TDAH; un vínculo que se establecerá a partir del hijo real, evitando el daño narcisista para las madres en cuanto al hijo (un hijo enfermo, que no es el hijo que esperaban) como objeto de sí.

Si se logra esto, los niños no serán objeto del rechazo inconsciente por parte de los padres y ello los llevará a una mejor condición en la que su desarrollo psíquico no sea afectado. Porque mientras que el amor del otro los reasegura narcisísticamente y les permite sentirse valiosos, el rechazo los deja en una búsqueda interminable, de aceptación y amor (Untoiglich, 2004).

En los resultados se encuentra que los niños no son informados respecto al trastorno y son conducidos automáticamente entre psiquiatras, neurólogos, pediatras e incluso psicólogos, sin saber cuál es el motivo de la consulta; excluyéndolo así de su propia enfermedad. Ellos solamente pueden suponer el problema y desde su entendimiento darle sentido al tratamiento, a las consultas, al medicamento. Un sentido que a pesar de intuir las causas, se aleja de ser una comprensión verdadera y lo sitúa en una posición confusa; que lo puede llevar a mayores conflictos.

La comprensión de su trastorno es fundamental para la evolución del mismo y para el desarrollo del niño; además de posibilitar que los problemas que se deriven tampoco sean vividos como culpas por parte del niño, sino que pueda acceder a una

comprensión y sentido distintos, desde los que su salud, pero también su dinámica psíquica no se vean expuestos al conflicto.

Así estos fueron los principales conflictos y las diferencias existentes entre ambos grupos en el área emocional. Haeussler (2000) menciona algunas características que pueden ser indicadores de que un niño tiene un buen desarrollo emocional; entre las que menciona, varias de ellas conforman los principales conflictos encontrados en la evaluación de los niños con TDAH, dando cuenta así de que su desarrollo emocional presenta problemas.

Las características referidas, que no poseen los niños con TDAH son, la capacidad para iniciar y mantener relaciones interpersonales, la tolerancia a las frustraciones y una reacción adecuada cuando algo le molesta, estabilidad emocional (no labilidad) y muestra de independencia, con grados crecientes de autonomía.

Si bien el conflicto es considerado como un elemento que posibilita el desarrollo del individuo, es necesario brindar a los niños con TDAH la posibilidad de tener las condiciones favorables para que puedan elaborar sus conflictos; de acompañarlos en su desborde, mientras logran construir su propio borde (Janin, 2004). Generando e impulsando con ello permanentes cambios y reestructuraciones que permitirán alcanzar instancias evolutivas cada vez más armónicas entre los deseos propios y las exigencias de la realidad.

Cada conflicto manifiesto tiene una estrecha interacción con los demás aspectos o conflictos, que a su vez están profundamente asociados a la estructuración psíquica del niño. Constituyendo una red en la que cada hilo se encuentra estrechamente vinculado con otro.

Ya que es a partir del mundo interno que, gradualmente se produce algún tipo de pauta, un orden surge del caos. Esta labor no es mental o intelectual, sino que es una tarea de la psique. Así, los resultados nos muestran una perspectiva del mundo interno del niño con TDAH y del dinamismo de su psique; que no corresponde al término de caos, en tanto que responde a una estructuración en función de las necesidades del niño y que le impone el ambiente en el que se desenvuelve.

Ante la conflictiva emocional que viven los niños, en ocasiones, el TDAH constituye el único modo de expresión que encuentran; por lo que debe ser escuchado desde otra perspectiva más allá de la mera remisión de síntomas. Si no se escucha, el problema puede agravarse y con ello se pierde la oportunidad de escuchar el discurso que pone en marcha el niño con su actuar.

Los conflictos que ponen de manifiesto los niños, dan cuenta de su dinamismo psíquico y es desde ahí, donde pueden ser comprendidos; para poder entender el modo en el que ése niño se está vinculando en su exterior, con las personas cercanas y consigo mismo.

Conseguir una intervención que ponga el énfasis en la conflictiva emocional que dan cuenta los niños, no solamente tiene influencia en dichos conflictos; sino que redundará en una mejor condición que favorece la disminución de la problemática asociada directamente a los síntomas del trastorno. La comprensión de los conflictos que presentan los niños con TDAH en el área emocional es un primer punto para poder lograr un tipo distinto de intervención.

CONCLUSIONES

Las características intrínsecas al TDAH colocan a los niños que lo padecen en una situación vulnerable, que se manifiesta en las diferentes áreas en las que dichos niños tienen acción: familiar, social y escolar. Las consecuencias del trastorno no solamente obedecen a los síntomas manifiestos, sino que también pueden generarse de consecuencias secundarias que, en ocasiones se dejan de lado en el tratamiento.

Una de las principales consecuencias que afectan en distintos sentidos al niño con TDAH, es la incidencia del trastorno en el área emocional. En la presente investigación se abordó con exclusividad esta área, para conocer cuáles son los conflictos emocionales asociados al trastorno y reconocer qué influencia tienen en la dinámica psíquica del niño.

A través de la investigación realizada, se encontró que los conflictos emocionales que presentan los niños con TDAH son distintos de los que presentan niños en las mismas condiciones de desarrollo, pero sin el trastorno. La diferencia también fue en cuanto a la amplitud, así, los niños con TDAH manifestaron un número mayor de conflictos; lo cual tiene incidencia fundamental en su dinámica psíquica. De modo que su desarrollo emocional se ve influenciado y limitado por dicha condición.

El principal conflicto que tiene influencia en múltiples aspectos en la vida de los niños, es la falta de estructuración yoica que presentan. Puesto que su incidencia va desde el aspecto emocional, por cuanto no se logra un desarrollo acorde con la etapa de desarrollo en la que se encuentran; pero también se expande al ámbito social y familiar, en que sus relaciones están marcadas por un modo de interacción que tampoco corresponde con el que se espera y que se adecuaría a las expectativas de los otros con quienes interactúan, generándose otras problemáticas consecuentes.

Así mismo, esta falta de estructuración psíquica modifica directamente el grado de control que tienen sobre sí mismos. Control que influye a su vez en los síntomas característicos del trastorno; un menor control de impulsos influye en la hiperactividad, en la atención y lógicamente en la propia impulsividad que manifiestan.

El entrelazamiento que tienen los conflictos emocionales presentes en el niño con TDAH, tienen múltiples secuencias a nivel psíquico y en consecuencia a nivel conductual e incluso cognitivo. Reconocer dichos conflictos posibilitará un enfoque distinto para poder acceder a una comprensión más amplia e incluyente del trastorno.

Las consideraciones de los resultados del presente estudio, tienen implicaciones directas para el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. En lo que respecta al diagnóstico, abren la posibilidad de incluir el aspecto emocional en dicho proceso, para conocer en qué condiciones emocionales se encuentra el paciente, que favorezcan o dificulten la evolución del trastorno y que también sea considerado como objetivo del tratamiento.

Por cuanto concierne al tratamiento, permite una nueva perspectiva en la que se trabaje con el TDAH no solamente desde la sintomatología clásica, relacionada con el aspecto conductual; sino que al incluir el aspecto emocional, necesariamente se requiere de un tratamiento psicoterapéutico en el que se puedan elaborar los conflictos presentes.

Puesto que los conflictos emocionales aumentan la posibilidad de que la adaptación o el desempeño en el ambiente del individuo, sean a su vez conflictivos, esto empeora su situación emocional, creando así, un círculo vicioso. Círculo, que debe romperse para posibilitar el acceso del niño a un desarrollo sin conflictos o en el que

estos no lo limiten y le permitan continuar su estructuración psíquica e incluso física y cognitiva.

La adaptación y la salud mental, por una parte y la estabilidad emocional por otra, tienen una relación intrínseca que no puede ser ignorada y que influye en la salud física y cognitiva del niño, por lo que no puede ser dejada del lado al momento de establecer un tratamiento.

Desde esta perspectiva, se dará lugar a un tratamiento integral para los niños con TDAH, en el que se tengan en cuenta todos los aspectos en los que el trastorno tiene incidencia: el aspecto físico, biológico, cognitivo y emocional, y que son elementales para el desarrollo del niño y su desenvolvimiento en el entorno en el que está inmerso.

Si bien en ocasiones, las condiciones en que se da la atención al paciente no favorecen un tratamiento integral; como es en el caso institucional, en el que la demanda es de tal magnitud que un tratamiento psicoterapéutico prolongado no es viable. No obstante, tener indicios de los posibles conflictos emocionales que puede enfrentar el niño, permiten encausar más directamente la acción psicoterapéutica hacia dichos conflictos y lograr incidir en ellos, antes de que tengan consecuencias negativas para el paciente.

El papel del psicólogo clínico en este sentido, es fundamental; ya que como profesionales responsables de la salud emocional, hay que tener una comprensión profunda de los conflictos a los que está expuesto el paciente, en este caso los niños con TDAH. Pero una comprensión que permita preguntarse continuamente y no, cerrar vías de conocimiento o elegir caminos unívocos que constriñen la complejidad, no del trastorno, sino del niño en sí mismo.

Porque el tratamiento debe tener siempre como prioridad al paciente, es decir al niño; reconociendo que su comportamiento es la forma en que se expresa, es un lenguaje, a través del cual se deben leer las dificultades que expone; porque es no solo conducta, sino una forma a través de la cual se está comunicando.

Es esencial tener en cuenta que, al dirigir un tratamiento psicoterapéutico, en el caso de niños, se trabaja con individuos en pleno desarrollo, sujetos en crecimiento, en constitución y que por lo tanto, ninguno de ellos tiene su historia definida; lo que podemos hacer es abrir caminos que permitan que dicha constitución tenga un sentido para él y para el mundo en el que vive.

Los resultados de esta investigación se ven limitados por la amplitud de la muestra y las condiciones específicas de los pacientes, por lo que son poco generalizables para el resto de la población. No obstante, será importante realizar otros estudios sobre el tema, con una muestra más amplia que permita confirmar y generalizar los resultados; así como plantear planes de acción específicos para el tratamiento.

Si bien, existen importantes diferencias individuales en cuanto a hacer frente a las circunstancias y conflictos que abruman psíquicamente, y es por tanto difícil predecir qué consecuencias tendrá para un niño tales problemáticas; estar dispuesto a atenderlo, a escuchar su discurso e intentar ayudarlo en su problemática, abre un camino que posibilitará el enfrentamiento de menores consecuencias.

REFERENCIAS

- Aichhorn, A. (1935). *Wayward Youth*. Estados Unidos. Viking.
- Ajuriaguerra, J. (2001). *Manual de psiquiatría infantil*. España. Masson.
- Alves, G. (2000). Trastorno hiperactivo. Historia y Evaluación. En Grau A. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia*. Argentina. Panamericana. pp. 427-435.
- Baeza, E. (2008). Trastorno por Déficit de Atención, autoestima y autoconcepto en niños atendidos en el hospital infantil de México "Federico Gómez". Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Bagwell, C.; Molina, B.; Kashdan, T.; Pelham, W. y Hoza, B. (2006). Anxiety and mood disorders in adolescents with childhood Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral disorders*. Vol. 14(3). pp. 178-188.
- Barkley, R. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. Estados Unidos. Guilford Press.
- Bassas, N.; Tomas, J. (1996). *Carencia afectiva, Hiperactividad, Depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*. Estados Unidos. Laertes.
- Bellak, L. (1996). T.A.T., C.A.T. y S.A.T. Uso clínico. México. Manual Moderno.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos*. España. Ediciones Morata.
- Chess, S. (1968). *Introducción a la Psiquiatría Infantil*. Argentina. Paidós.
- Chiozza, L. (1998). *Un lugar para el encuentro entre Medicina y Psicoanálisis*. Argentina. Alianza Editorial.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª revisión. *Trastornos mentales y del comportamiento*. España. Meditor. 1992.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México. Pearson Educación.
- Dallal y Castillo, E. (2001). *Caminos del Desarrollo Psicológico VIII. De la identidad de género al final de la adolescencia*. México. Plaza y Valdes Editores.
- Dolto, F. (1974). *Psicoanálisis y Pediatría*. México. Siglo XXI.
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México. Masson. 1995.
- Epstein, M.; Shaywitz, B.; Shaywitz, S. y Woolston, J. (1991). The boundaries of Attention Deficit Disorder. *Journal of Learning Disabilities*. Vol. 24(2). pp.78-86.
- Erikson, E. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Argentina. Paidós.

- Erikson, E. (1983). *Infancia y Sociedad*. Argentina. Horme.
- Esquivel, F.; Heredia, M. y Gómez, E. (2007). *Psicodiagnóstico Clínico del niño*. México. Manual Moderno.
- Frank, M. (1965). *Dinámica y desviaciones de la conducta del niño*. Argentina. Paidós.
- Freud, A. (1971). *Normalidad y patología en la niñez*. México. Paidós.
- Freud, A. (1984). *Neurosis y sintomatología en al Infancia*. España. Paidós.
- Freud, A. (1985). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. España. Paidós.
- Freud, A. (1989). *El psicoanálisis infantil y la clínica*. México. Paidós.
- Freud, S. (1905). *Tres Ensayos de Teoría Sexual. Obras Completas. Vol. 7*. Argentina. Amorrortu. 1978.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo. Obras Completas. Vol. 14*. Argentina. Amorrortu. 1978.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello. Obras Completas. Vol. 19*. Argentina. Amorrortu. 1978.
- Freud, S. (1924). *La disolución del complejo de Edipo. Obras Completas. Vol. 19*. Argentina. Amorrortu. 1978.
- Gratch, L. (2000). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)*. México. Médica Panamericana.
- Haeussler, I.(2000). *Desarrollo emocional del niño*. Grau, A. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia*. Argentina. Panamericana. 54-59 pp.
- Hales, R. y Yudfsky, S. (2000). *Tratado de Psiquiatría*. España. Masson.
- Hurt, E.; Hoza, B. y Pelham, W. (2007). *Parenting family loneliness and peer functioning in boys with ADHD. Journal Abnormal Child Psychology*. Núm. 35. pp. 543-555.
- <http://www.proyectodah.org.mx> (2009).
- Janin, B. (1998). *Los trastornos tempranos en la estructuración del psiquismo: la historia vivencial. Cuestiones de Infancia, Vol. 3*. pp. 7-22 Argentina
- Janin, B. (2004). *Niños hiperactivos y desatentos ADD/ADHD*. Argentina. Noveduc.
- Kohnstamm, R.(1991). *Psicología Práctica del niño. Vol I Los 7 primeros años*. España. Herder.
- Kohnstamm, R.(1991). *Psicología Práctica del niño. Vol II Edad escolar*. España. Herder.
- Lailmels, D. (2003). *¿Qué es la psicomotricidad?* Argentina. Grupo Editorial Lumen.
- Laplanche, D. (1974). *Diccionario de Psicoanálisis*. España. Labor.

- Laursen, B.; Bukowski, W.; Aunola, K. y Nurmi, J. (2007). Friendship moderates prospective associations between social isolation and adjustment problems in young children. *Child Development*. Vol. 78(4). pp. 1395-1404.
- Melnick, S. y Hinshaw, S. (1996). The social goals of boys with ADHD and comparison boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol. 24(2).
- Miranda, A.; Amado, L. (2001). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. España. Aljibe.
- Moreno, I. (1995). Hiperactividad. España. Ediciones Pirámide.
- Moreno, J.; Griffa, M.(1999). Claves para una psicología del desarrollo. Argentina. Lugar Editorial.
- Nicolas, R.; Fillat, N. y Oromí, I. (2001). Guía para la salud emocional del niño. España. Medici.
- Osterrieth, M.(1974). Psicología Infantil. España. Ediciones Morata.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1995). Psicología. México. Mc Graw Hill.
- Papalia, D.; Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). Desarrollo Humano. Colombia. Mc Graw Hill.
- Pedagogía y Psicología infantil. Biblioteca práctica para padres y educadores (1998). España. Cultural.
- Rojas, M. (2000). Fronteras entre lo psíquico y lo neurológico. Revista Cuestiones de la Infancia. Vol. 8. Buenos Aires. Argentina.
- Salles, M. (2001). Los espacios relacionales. Dallal y Castillo, E. Caminos del desarrollo Psicológico VII. México. Plaza y Valdes Editores. 13-59 pp.
- Segal, H. (1992). Introducción a la obra de Melanie Klein. México. Paidós.
- Servera, M.; Bornas, X. y Moreno, I. (2005). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. Caballo, V. y Simón, M. Manual de Psicología clínica infantil y adolescente. España. Pirámide. 401- 431pp.
- Shaffer, D. (2000). Psicología del desarrollo. México. Thomson.
- Shafii, M.; Shafii, S. (1985). Desarrollo humano. Argentina. El Ateneo.
- Siquier, M. (1975). El proceso psicodiagnóstico y técnicas proyectivas. Argentina. Nueva Visión.
- Solloa, L. (2006). Los trastornos psicológicos en el niño. México. Trillas.
- Sperling, M. (1993). Psicoterapia del niño neurótico y psicótico. Argentina. Lumen-Hormé.
- Stone, L.; Church, J. (1982). El escolar de 6 a 12 años. Argentina. Paidós.
- Taylor, E. (1991). El niño hiperactivo. España. Martínez Roca.

- Tomas, J. y Casas, M. (2004). TDHA: Hiperactividad niños movidos e inquietos. España. Laertes.
- Tregold, A. (1920). Mental Deficiency. Estados Unidos. Wood.
- Tripp, G.; Schaugency, E.; Langlands, R.; Mouat, K. (2007). Family interactions in children with and without ADHD. *Journal Child and Family studies*. Núm. 16. pp. 385-400.
- Untoiglich, G. (2004). Cuando el A. D. (H). D. es nombre propio. Buenos Aires, Argentina. Novedades Educativas.
- Uriarte, V. (1989). Hiperquinesia. México. Trillas.
- Van Wielink, G. (2004). Déficit de atención con hiperactividad. México. Trillas.
- Villarino, L. (1998). Nivel de madurez mental y situación emocional en un grupo de niños con TDAH explorados a través del dibujo de la figura humana de Koppitz. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Winnicott, D. (1965). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. México. Paidós.
- Winnicott, D. (1993). El niño y el mundo externo. Argentina. Lumen-Hormé.

ANEXOS

ANEXO 1

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad según el DSM-IV

A. (1) o (2):

- (1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

- (2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad:

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej. en la escuela y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos seis meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses.

ANEXO 2

Criterios diagnósticos para el Trastorno hiperactivo y de la actividad y la atención CIE-10

Pautas para el diagnóstico

Los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad. El diagnóstico requiere la presencia de ambos, que deben manifestarse en más de una situación (por ejemplo, en clase, en la consulta).

El trastorno de la atención se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva). Estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del afectado.

La hiperactividad implica una inquietud excesiva, en especial en situaciones que requieren una relativa calma. Dependiendo de las circunstancias, puede manifestarse como saltar y correr sin rumbo fijo, como la imposibilidad de permanecer sentado cuando es necesario estarlo, por una verborrea o alboroto o por una inquietud general acompañada de gesticulaciones y contorsiones. El criterio para la valoración de si una actividad es excesiva está en función del contexto, es decir, de lo que sería de esperar en esa situación concreta y de lo que sería normal teniendo en cuenta la edad y el CI del niño. Este rasgo comportamental es más evidente en las situaciones extremas y muy estructuradas que requieren un alto grado de control del comportamiento propio.

En la edad adulta puede también hacerse el diagnóstico de trastorno hiperactivo. Los fundamentos son los mismos, pero el déficit de atención y la hiperactividad deben valorarse en relación con la evolución de cada caso. Cuando la hiperactividad se presentó únicamente en la infancia y en el curso del tiempo ha sido sustituida por otra entidad como un trastorno de la personalidad o un abuso de sustancias, debe codificarse la entidad actual en lugar de la pasada.

Excluye:

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Trastornos de ansiedad (F41 ó F93.0).

Trastorno del humor (afectivos) (P30-F39).

Esquizofrenia (F20.-).

F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hiperactivo (F90.-), pero no se satisface el de F9L-(trastorno disocial).

Incluye:

Trastorno de déficit de atención.

Síndrome de déficit de atención con hiperactividad.

Excluye:

Trastorno hipercinético asociado a trastorno disocial (F90.1).

F90.1 Trastorno hipercinético disocial

Se satisface el conjunto de pautas de trastorno hipercinético (F90.-) y el conjunto de pautas de trastorno disocial (F9L-).

F90.8 Otros trastornos hipercinéticos

F90.9 Trastorno hipercinético sin especificación

Se usará cuando no sea posible diferenciar entre F90.0 y F90.1, pero se satisface el conjunto de pautas de F90.-.

Incluye:

Reacción hipercinética de la infancia y adolescencia sin especificar.

Síndrome hipercinético de la infancia y adolescencia sin especificar.

ANEXO 3

GUIA DE LA ENTREVISTA PARA MADRES

- Desarrollo general del niño.
 - Embarazo y parto.
 - Antecedentes significativos.
 - Primera infancia: desarrollo psicomotor, de lenguaje, somático.
 - Control de esfínteres.
 - Enfermedades importantes durante la infancia.
 - Problemáticas importantes o difíciles en el último año.
- Historia del trastorno.
 - Fecha de inicio, tiempo de evolución.
 - Motivos para la evaluación (por qué lo llevan a valorar, Síntomas, Escuela o Familia)
 - Principales conflictos antes del diagnóstico.
 - Qué opinan los padres del diagnóstico, conocen las implicaciones del mismo. Qué estrategias han adoptado. Qué les preocupa antes y ahora más del niño.
 - Medidas de tratamiento
 - Resultados del tratamiento
- Composición de la familia, condiciones generales de vida e interacción entre ellos.
 - En qué momento nace el niño. Tenía hermanos. Era planeado y deseado.
- Socialización y relaciones interpersonales
 - Tipo de relación con la madre y el padre desde bebé
 - Relaciones con los pares (hermanos, familiares, compañeros de escuela)
 - Cómo son las relaciones del niño con los demás (especificar)
 - Características del juego
 - Cómo conceptualizan al niño, qué características son prevalecientes para ellos
 - Cómo creen que se percibe a sí mismo el niño
- Escolaridad
 - A qué edad ingresa a la escuela, dificultades en ese momento
 - Actitud ante el trabajo escolar.
 - Aprovechamiento escolar.
 - Conflictos importantes en el curso de sus estudios.

ANEXO 4

GUIA DE LA ENTREVISTA PARA NIÑOS

- Trastorno.
 - Qué saben del trastorno
 - Qué les han dicho sus padres o quien les ha informado sobre el mismo
 - Para ellos qué es tener TDAH
 - Qué saben del tratamiento
- Autoconcepto.
 - Qué dice de sí mismo
 - Cómo se valora frente a los demás niños
 - Qué capacidades y cualidades considera de sí
 - Se siente querido y valorado
- Relaciones afectivas e interpersonales.
 - Cómo se lleva con su mamá y su papá
 - Con sus hermanos
 - Con los compañeros de escuela
 - Quiénes son sus amigos
 - Cómo se lleva con ellos (detalles)
 - Qué piensa de ellos
 - Es o no aceptado en el grupo de pares, cómo se siente ante ello.
- Escuela.
 - Le gusta o le desagrada la escuela, porque.
 - Qué es lo que más le agrada o desagrada de ella.
 - Cómo se siente en la escuela.
- Otras actividades.
 - Qué es lo que más disfruta hacer
 - A qué le gusta jugar. Por qué?
 - Le gusta jugar acompañado o solo
 - Qué hace en su tiempo libre.

ANEXO 5

CATEGORÍAS DE MADRES

DESARROLLO

Embarazo.

1. Normal: sin complicaciones o anomalías o enfermedades que pusieran en riesgo al bebé.
2. Con complicaciones: distintos tipos de anomalías o enfermedades de la madre o del bebé que afectaron o modificaron el curso normal del embarazo.

Parto.

1. Normal.
2. Cesárea.
3. Cesárea con complicaciones: referidas a la salud del recién nacido.
4. Normal con complicaciones: referidas a la salud del recién nacido.

Planeación del embarazo.

1. Planeado: parte de un proyecto de planificación familiar en cuanto a la conformación de dicha estructura.
2. No planeado: el embarazo no es planificado e incluso puede manifestarse rechazo por parte de uno o ambos progenitores, ante el mismo.

Lenguaje.

1. Normal: desarrollo adecuado dentro de los parámetros esperados.
2. Precoz: inicio anterior a lo esperado normalmente, buen desarrollo.
3. Atraso: problemas o complicaciones que retrasan la adquisición del lenguaje, que incluso pueden llevar a la búsqueda de atención especial.

Terapia de lenguaje.

1. Sí.
2. No.

Motricidad.

1. Normal: dentro de los parámetros de desarrollo establecidos.
2. Precoz: logro de los hitos de desarrollo motriz antes de la edad en que se esperaba.
3. Atraso: problemas en la adquisición de los distintos logros en este rubro, sin que implique un daño importante de la función.

Control de esfínteres.

1. Sin problemas: adquisición del control dentro de los parámetros normales, sin mayor problemática.
2. Conflictivo: dificultades para que el niño adquiriera el control, incluso existe incontinencia por las noches, sin que llegue a constituirse como un trastorno.

Antecedente de enfermedades.

1. No grave: complicaciones de salud que no ponen en riesgo la vida del niño.
2. Gravedad media a severa: complicaciones de severidad media o grave para la salud del niño que requirieron atención especializada e incluso pueden poner en riesgo importante al paciente y que pueden tornarse crónicas.
3. Ninguno.

CONDICIONES FAMILIARES.

Composición familiar.

1. Familia nuclear: comprende a la madre, el padre y los hijos.
2. Extensa: compuesta por una familia nuclear, de cuyos miembros (hijos) se compone otra familia nuclear.
3. Reconstituida: el padre y/o la madre han tenido otro matrimonio del que tienen descendencia y con la nueva pareja, también han procreado hijos.

Lugar entre los hermanos.

1. Menor
2. Intermedio
3. Mayor
4. Hijo único

Parentalidad.

1. Joven: tuvieron al niño antes de los 20 años.
2. Adultos Jóvenes: padres del hijo entre los 21 y 30 años.
3. Adultos: entre 31-40 años.
4. Adultos grandes: el hijo es procreado después de los 41 años.

Ocupación de los padres

Padre.

1. Empleado: trabaja en alguna fábrica o empresa por la cual recibe un salario.
2. Labora por su cuenta: no se encuentra empleado formalmente.

Madre.

1. Hogar
2. Labora por su cuenta: no está empleada formalmente, principalmente dedicada al comercio.
3. Empleada: trabaja en alguna fábrica o empresa por la cual recibe un salario.

Relación familiar.

1. Normal: la dinámica familiar consiste en mantener una interacción de apoyo y sostén; existen también momentos de tensión, peleas, sin que éstos afecten en un sentido negativo el vínculo entre los miembros del grupo.
2. Conflictiva: existen distintas problemáticas en la dinámica familiar que generan una interacción difícil entre los miembros.

Relación entre los padres.

1. Normal: el matrimonio está constituido en una relación de comunicación y afecto que permite que los problemas o diferencias que surgen sean resueltos sin que se generen conflictivas de mayor trascendencia.
2. Conflictiva: el vínculo entre ambos padres está deteriorado, se basa en continuos conflictos y problemáticas que no son resueltas.

Convivencia familiar.

1. Alta: realizan diferentes actividades entre todos los miembros de la familia, la mayor parte del tiempo.
2. Baja: la familia realiza pocas actividades juntos, esto depende generalmente del tiempo libre que poseen los padres.

Conflictos en el último año.

1. Problemas con la familia: conflictivas presentes durante los últimos 12 meses que pueden estar vinculadas con la familia nuclear o extensa, que han tenido un impacto en el ambiente en el que se desenvuelve el niño (muerte o problemas de salud de algún familiar, cambio de domicilio).
2. Ninguno.

Tiempo de matrimonio.

1. Menos de 10 años.
2. Entre 10 y 20 años
3. Más de 20 años

Viven con.

1. Familia nuclear.
2. Familia extensa cercana.
3. Familia extensa.

ESCOLARIDAD

Guardería.

1. Sí
2. No

Dificultades en el Preescolar.

1. Ninguna.
2. Adaptación conflictiva: problemas que se presentaron en el ingreso a la educación preescolar; dificultades para permanecer en el centro, problemas con los compañeros, etc.

Dificultades ante el cambio.

1. Ninguna.
2. Adaptación conflictiva: dificultades e incluso rechazo ante el cambio de preescolar a la primaria; el ingreso es problemático.

Dificultades actuales.

1. Inatención e hiperactividad: dificultades relacionadas con los síntomas del trastorno, incapacidad para permanecer sentado, falta de concentración, no finalización de las tareas, etc.
2. Bajo rendimiento académico.
3. Ninguna.
4. Otros problemas en clase: muy particulares, burlas de compañeros, ausentismo de profesores, cambio de los mismos, etc.

Conflictos durante el estudio.

1. Ninguno.
2. Cambios frecuentes de escuela.

Gusto por la escuela.

1. Sí: el niño muestra motivación e interés por las actividades escolares.
2. Más o menos.
3. Poco.

Actitud frente al trabajo escolar.

1. Autónomo: el niño por sí mismo realiza las tareas y trabajos escolares, asumiendo dicha tarea con buena actitud.
2. Instigación: necesidad de que los padres estén recordándole qué tiene que hacer y en qué momento, en ocasiones incluso no realiza las tareas si los demás no lo instigan.

Actitud de los padres frente a la escolaridad.

1. Apoyo general: ambos padres dan apoyo al niño en cuanto a las actividades escolares.
2. Apoyo materno: únicamente la madre es quien apoya al niño en la realización de las tareas o trabajos de la escuela.
3. Poco apoyo: en la familia se presta poca atención en cuanto al apoyo escolar que se le brinda al niño y frecuentemente lo dejan solo en dicha tarea.

Aprovechamiento escolar.

1. Alto: calificaciones superiores a 8.
2. Regular: calificaciones que oscilan entre 7 y 9.
3. Bajo: calificaciones reprobatorias o con un desempeño bajo 6-7.

Tipo de escuela.

1. Pública.
2. Particular.

RELACIONES CON ADULTOS

Padre.

1. Buena: relación de apoyo, confianza y cariño.
2. Permisivo: no existen límites por parte del padre, quien generalmente accede a los deseos del niño.

3. **Conflictiva:** la actitud del padre puede ser estricta, ambivalente, o demasiado severa, lo cual genera problemas frecuentes tornando difícil la relación entre ambos, mostrándose en peleas constantes, regaños, golpes.

Madre.

1. **Buena:** relación de apoyo, confianza y cariño.
2. **Fricciones:** frecuentemente hay discusiones, debidas principalmente a la autoridad de la figura materna respecto a los asuntos escolares y las responsabilidades del hogar.
3. **Dependencia:** entre ambos existe un vínculo afectivo dependiente, en el que el niño necesita frecuentemente de la madre para realizar diferentes cosas.

Otros adultos.

1. **Sociable:** actitud del niño que permite la fácil interacción social con los adultos, se adapta a ellos y convive.
2. **Rechazo:** existe poca tolerancia e incluso exclusión por parte de los adultos hacia el niño, principalmente a causa de su comportamiento disruptivo.
3. **Poca convivencia:** el niño prácticamente no tiene contacto con otros adultos con quienes interactuar.

RELACIONES CON COMPAÑEROS

Pares.

1. **Facilidad para hacer amigos:** fácilmente establece vínculos de amistad con otros niños, en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.
2. **Problemas de interacción:** es difícil que el niño establezca relaciones de amistad, generalmente se mantiene apartado de los demás niños, pudiendo incluso tener relaciones de conflicto con ellos.

Hermanos.

1. **Conflictiva:** peleas y problemáticas frecuentes que han impedido una relación positiva entre los hermanos.
2. **Normal:** relación que mantiene un equilibrio entre la compañía, el apoyo y un vínculo de amistad, aunado a peleas que no se establecen como conflictiva en la relación.

Constancia en las relaciones.

1. **Duradera:** el niño logra mantener por periodos prolongados los vínculos de amistad que establece con otros niños.
2. **Inestable:** frecuentemente cambia de amistades sin motivos o causas que provoquen el cambio.

Actitud del niño.

1. **Sociable:** actitud amigable y adaptable hacia sus compañeros, que promueve la conformación de lazos de amistad con ellos.
2. **Búsqueda de aceptación:** el niño muestra una actitud que muestra la necesidad de ser aceptado por los miembros del grupo de pares, actúa principalmente en función de los deseos de los demás niños.

3. Agresivo impositivo: tendencia a actuar de manera agresiva o impositiva con los otros niños, imponiendo así sus deseos y necesidades.
4. Tímido: se retrae de la interacción con otros niños y prefiere la soledad a la interacción con los demás.

Actitud de los pares.

1. No aceptación: rechazo a incluir al niño en las actividades de grupo.
2. A veces: en ocasiones puede ser incluido y otras es rechazado por los demás.
3. Aceptación: es incluido en las actividades del grupo de pares.

Respuesta ante la actitud de pares.

1. Sociable: reacciona de manera amigable y adaptable hacia sus compañeros.
2. Impositivo: ante el rechazo reacciona con agresión creciente o imponiendo sus deseos.
3. Inhibición: se aparta de la interacción con los demás e incluso muestra una actitud tímida e incluso con baja autoestima.
4. Búsqueda de aceptación: hace todo lo posible por ser aceptado por los demás; lo que puede llevarlo a hostigar a los otros niños y por consiguiente recibir mayor rechazo.

Tipo de juego.

1. Simbólico.
2. Locomotriz.
3. Videojuegos.

OTROS

Concepto del niño.

1. Positivo: enfatiza las características positivas del niño.
2. Negativo: enfatiza los problemas que tiene el niño, lo percibe como niño problema.
3. Ambiguo: la descripción que hace del niño no tiene claridad puesto que describe características contradictorias.
4. Objetivo: menciona tanto características positivas del niño, como negativas, sin dar énfasis en una en específico. Es un concepto más global del niño en el que se percata de sus virtudes y defectos.

Tiempo Libre.

1. Juego
2. Videojuego, televisión o computadora
3. Otras actividades

Actividades Extra.

1. Deportes: realiza la práctica estructurada de algún deporte (fútbol, natación).
2. Ninguna.

HISTORIA DEL TRASTORNO.

Evolución.

1. Reciente: implica que el trastorno inició en el último año anterior a la evaluación.
2. Media: inicio de 1 a 3 años.
3. Antigua: más de 3 años.

Inicio de los síntomas.

1. Primaria.
2. Preescolar.
3. Primeros años.

Antecedentes al diagnóstico que motivaron la consulta (síntomas).

1. Dificultades por el trastorno: relacionados con hiperactividad, inatención o falta de concentración, en general.
2. Problemas de conducta: actitud oposicionista, desobediencia en general, comportamiento disruptivo.
3. Problemas escolares: como resultado de la inatención e hiperactividad que impiden terminar trabajos, malas calificaciones, problemas en el aprendizaje.

Detección.

1. Casa.
2. Escuela.
3. Pediatra.

Medicamento.

1. Metilfenidato.
2. Metilfenidato e Imipramina.
3. Ninguno.

Seguimiento del tratamiento.

1. Constante: buen seguimiento de los medicamentos y la dosis señalada.
2. Inconstante: no hay un seguimiento adecuado, se interrumpe o se inicia de acuerdo a la decisión familiar.
3. Ninguno.

Resultados del tratamiento.

1. Mejoría general: el niño muestra avances en distintas áreas: atención, control de impulsos, mayor estabilidad.
2. Mejoría en un área: solamente se ve modificada un área, principalmente es la atención.
3. Ninguno.

Tiempo de tratamiento.

1. Menos de un año.
2. De 1 a 2 años.
3. Más de 2 años

Trastornos asociados.

1. Ninguno.
2. Problemas de lenguaje.
3. Dislexia.

Número de atenciones recibidas.

Tipo de tratamiento.

1. Farmacológico.
2. Farmacológico y Psicológico.
3. En inicio.

Información.

1. Doctores: únicamente poseen datos que le fueron proporcionados por el doctor.
2. Búsqueda autónoma: información amplia que han buscado en otras fuentes.

Actitud hacia el trastorno.

1. Comprensión del trastorno: implica apoyo en cuanto a la atención médica, pero también en otras áreas, tal como en casa o en la escuela.
2. Apoyo: existe una actitud de apoyo hacia el niño, que sin embargo no es en todas las áreas sino principalmente en cuanto a la escuela.
3. Poco apoyo: búsqueda de la solución únicamente a través del medicamento, no hay mayores acciones para enfrentar el trastorno.

Estrategias o medidas.

1. Nuevos modos de atender las necesidades del niño. Acciones específicas ante el trastorno.
2. Pocas acciones concretas, confusión en el modo de abordar el trastorno.
3. Ninguna.

Preocupaciones por el niño.

1. Características específicas: se refiere al desarrollo o a características muy particulares del niño.
2. Consecuencias del medicamento: inquietud respecto a los efectos secundarios que puede tener el tratamiento para el niño.
3. Ninguna.

Expectativas ante el tratamiento farmacológico.

1. Realista: saben que el tratamiento tiene efectos benéficos para el niño, pero que a éste debe existir otros elementos para mejorar las condiciones de vida del niño.
2. Irreal: esperan que con la sola ingesta del medicamento se solucionarán todos los problemas que presenta el niño.
3. A prueba: tienen ciertas resistencias al tratamiento, pero intentan seguir las indicaciones del médico, para saber si éste puede tener resultados positivos.
4. No hay tratamiento.

ANEXO 6

CATEGORÍAS DE NIÑOS

ESCOLARIDAD

Gusto por la escuela.

1. Sí.
2. Más o menos
3. No.

Que le agrada.

1. Materias: mención a temas o materias relacionadas con el aprendizaje.
2. Recreación: actividades de esparcimiento, no relacionadas con el aprendizaje; recreo, deportes, jugar.
3. Aprendizaje: gusto por la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y aprendizajes.
4. Otras: características o aspectos relacionados al espacio físico o elementos muy particulares.

Que le desagrada.

1. Dificultad: actividades por la dificultad que implican para él.
2. Esfuerzo: no le gusta tener que esforzarse para el trabajo escolar; ejemplos exámenes, levantarse temprano, estudiar.
3. No dice: no menciona algo que le desagrade de la escuela.
4. Otras: situaciones muy específicas, ejemplo ser molestado, los materiales, el salón, etc.

Actitud frente al trabajo escolar.

1. Autónomo: es un niño que realiza por sí mismo sus trabajos escolares, con dedicación, destina horarios específicos para realizarlo;
2. Instigación: para realizar el trabajo necesita de supervisión e instigación constante; muestra una actitud de flojera para poder terminar el trabajo.

Aprovechamiento.

1. Alto: calificaciones superiores a 8.
2. Regular: calificaciones que oscilan entre 7 y 9.
3. Bajo: calificaciones reprobatorias o con un desempeño bajo 6-7.

Dificultades.

1. Trastorno: relacionadas con los síntomas del padecimiento, es decir los problemas tienen como origen la sintomatología; falta de concentración, distracción constante, incapacidad para permanecer sentado, etc.
2. De aprendizaje: problemáticas específicas en cuanto a la adquisición del conocimiento; ejemplos: dificultad en el reconocimiento de letras, problemas para aprender a leer o escribir, dificultad en la comprensión de operaciones, etc.
3. Otras: dificultades muy particulares del niño ej. para hacer la tarea, dedicación, platicar, etc.
4. Ninguna

AUTOCONCEPTO

Características.

1. Normal: menciona diferentes características de sí, da una descripción de su comportamiento, que incluye características positivas y negativas.
2. Negativo: enfatiza las incapacidades o problemas de su comportamiento.
3. Distinto: habla de características poco comunes, ej. 'diferente, puedo cambiar con el tiempo'

Concepto de sí.

1. Buen niño: menciona solamente virtudes y cualidades de sí mismo
2. Objetivo: identifica sus cualidades y defectos, habla de ambos.
3. Niño problema: menciona sólo características negativas de su conducta.
4. Concreto: habla de características físicas, nivel muy concreto.
5. No estructurado: no logra dar características de su persona, habla de otras cosas.

Que le gusta más de sí.

1. Características personales: menciona los aspectos de su personalidad que le agradan.
2. Actividades: no se refiere a alguna característica si no a actividades; jugar, ver televisión, saltar, etc.
3. Otros: no refiere algo de sí, sino elementos muy concretos que le gusten, como la televisión, videojuegos, animales, comida, etc.
4. Características físicas: habla sobre aspectos de constitución física, como ser niño, el pelo, etc.

Que le gusta menos de sí.

1. Características personales: referentes a su forma de ser.
2. Características particulares: le disgusta situaciones o elementos muy específicos: que no le hagan caso, pegarle a mi hermano, su físico.
3. Estudiar: no menciona algo de sí, si no el estudio como un elemento desagradable.
4. Nada

Capacidades.

1. Estudiar: facilidad para el estudio o para alguna materia en específico.
2. Actividades específicas: situaciones en las que se manifiesta una habilidad propia del niño que lo lleva a desempeñarse exitosamente, como deportes, dibujar, modelismo, rompecabezas.
3. Recreación: actividades o elementos que no implican una capacidad intrínseca del sujeto, sino únicamente recreación, tal como ver televisión,.

Dificultades.

1. Estudio: situaciones referentes a la escolaridad, exámenes, materias particulares.
2. Otras: habilidades muy específicas para un juego, u otras muy particulares de su persona.
3. No dice.

RELACIONES FAMILIARES

Padre.

1. Buena: relación de afecto, apoyo y seguridad.
2. Conflictiva: problemas frecuentes, discusiones, sentimientos negativos hacia el padre.
3. Fricciones: problemas en función de las reglas y límites que impone la figura paterna.

Madre.

1. Buena: relación de afecto, apoyo y seguridad.
2. Conflictiva: problemas frecuentes, discusiones, enojo hacia la figura materna.
3. Fricciones: problemas en función de las reglas y límites que impone la figura materna, especialmente relacionados con la escolaridad.

Hermanos.

1. Normal: buena relación, en la que juegan juntos e incluso existen peleas que no constituyen conflictos importantes.
2. Conflictiva: relación problemática, demasiada competencia, sentimientos de rechazo.
3. No tiene.

RELACIONES CON COMPAÑEROS

Amistad.

1. Facilidad para hacer amigos: en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve convive con los demás niños sin problemas, fácilmente hace nuevas amistades.
2. Dificultad de interacción: dificultad e inestabilidad para establecer relaciones de amistad con otros niños; poca socialización, actitudes ambiguas, a veces fácilmente hace amigos y otras no.

Amplitud de su círculo social.

1. Pocos amigos: su círculo social es restringido, menciona pocos amigos y muy específicos.
2. Regular: sus amigos son constantes y se encuentran en la escuela o casa, siempre son los mismos, es un círculo definido de amistades.
3. Popularidad: muchos amigos en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve.

Otros compañeros

1. Buena relación: fácilmente socializa con niños que no sean sus amigos, juega y se entretiene con ellos.
2. Poca interacción: se relaciona muy poco con niños fuera de su círculo de amistades.
3. Problemas: lleva una relación conflictiva con compañeros que no son sus amigos.

Actitud por parte de pares.

1. Sociables: conviven, lo aceptan, apoyo, relaciones de amistad.
2. Rechazo: a través de burlas, de no incluirlo en el juego, exclusión.
3. Inestabilidad: en ocasiones es aceptado e incluido en las actividades, mientras que en otras ocasiones es rechazado.

Actitud por parte del niño.

1. Sociable: es amigable con los demás, se adapta a la convivencia, propositivo.

2. Ambigua: puede responder amigablemente o por el contrario puede rechazar y ser ‘mala onda’ con sus compañeros; o no pone límites

Compañía en el juego.

1. Compañía: refiere la preferencia de la compañía por no estar solo, es decir los otros son percibidos en función de su necesidad.
2. Convivencia: prefiere la compañía de otros niños por la experiencia de la convivencia entre ellos; hay un reconocimiento de los demás como personas que también tienen necesidades y la posibilidad de que entre ambos se diviertan.
3. Solo: no le gusta jugar acompañado, prefiere la soledad porque nadie lo molesta, rechaza la compañía.

ACTIVIDADES

Juego preferido y tiempo libre

1. Motriz: fútbol, correr, luchas, atrapadas, etc.
2. Videojuegos o televisión.

Actividad preferida.

1. Jugar: distintas actividades referente al juego, principalmente motriz.
2. Deportes: fútbol, natación, etc.
3. Videojuegos o televisión.
4. Otra: actividades específicas que ha puesto en práctica; dibujar, modelismo.

Actividades extra.

1. Deportes.
2. Ninguna.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO

Definición

1. No sabe: el niño nunca ha oído el nombre del trastorno, no tiene alguna idea de qué significa.
2. Sabe qué es el trastorno: menciona las características que de acuerdo con él forman parte del trastorno.

Información.

1. Ninguna: no ha recibido ningún tipo de información acerca del trastorno.
2. Equivocada: puede dar conocimiento de ciertos elementos del trastorno, pero denota confusión en sus ideas
3. Amplia y correcta: posee información verídica del trastorno y puede transmitirla.

Creencias.

1. Elementos específicos: problemas de desarrollo, causas específicas.
2. Comportamiento está determinado por sí mismo: piensa que él mismo puede controlar su comportamiento, que no es el trastorno su problema.
3. Ideas poco claras: creencias sin sentido, más de sentido común que avaladas por información concreta, ideas referentes al cuidado que necesitan (vagas e inespecíficas)
4. Ninguna.

Causas de la atención.

1. El déficit de atención e hiperactividad.
2. Ayuda: idea general sin especificar cuál es el motivo por el que necesita el apoyo.
3. Problemas con su comportamiento u otros específicos: incluye la referencia a distintas áreas (escuela, casa, amigos)
4. No sabe

Síntomas.

1. Problemas derivados de la tríada: bajo rendimiento, inquietud, inatención, falta de concentración, incapacidad de estar en un mismo lugar, platicar constantemente
2. Problemas de conducta: referencia a comportamientos inadecuados o problemáticos; 'me portó mal', 'no hago caso', 'le pego a los niños'.
3. No menciona ninguno.

Medicamento.

1. Pastilla tranquilizante: ideas sobre portarse bien, para poner atención en la escuela calmarse, estar tranquilo.
2. Definición clara del tratamiento: incluye la posibilidad de otros tipos de tratamiento que el niño sabe explicar.
3. No esta en tratamiento.

Resultados del tratamiento.

1. Eficaz: admite mejoría con la ingesta del medicamento, se siente mejor, se porta mejor.
2. Sin mejoría: no empeora, pero no nota diferencia en su comportamiento cuando toma el medicamento.
3. No está en tratamiento.

ANEXO 7 CONFLICTOS

1. Necesidades orales: muestra de necesidades básicas referentes a la primera etapa del desarrollo: alimento, dependencia total de la madre, voracidad.
2. Necesidad de seguridad: búsqueda de protección y fortaleza ante el medio en el que se desenvuelve.
3. Necesidad de aceptación: muestra la necesidad de ser incluido en distintos ámbitos (social, familiar); vivencia de exclusión en el exterior.
4. Necesidad de autonomía: deseo de actuar con mayor libertad e independencia, principalmente en el círculo familiar y de tomar decisiones propias.
5. Dependencia excesiva: no separación de la figura materna, temor de separación constante, indefensión ante los problemas y la búsqueda de la solución en el ambiente familiar; fusión.
6. Proceso primario: razonamiento y acciones en función del proceso primario, no hay postergación de necesidades, poca diferenciación entre fantasía y realidad, no hay elaboración psíquica.
7. Principio del placer: poca o nula tolerancia a la frustración o a la demora ante la satisfacción de necesidades y deseos, ésta tiene que ser inmediata; no hay principio de realidad, poca consideración del entorno; primacía del ello.
8. Estructuración yoica: el conflicto radica en una estructuración débil e infantil, que se muestra en inmadurez psíquica ante los logros esperados; el niño revela desorganización, pocos avances en el control de las funciones yoicas.
9. No control de impulsos: el control adquirido por el niño ante sus impulsos es pobre o nulo, tiene primacía la descarga inmediata de la pulsión, sin tomar en cuenta la circunstancia.
10. Defensas primarias: uso de defensas arcaicas, correspondientes a niveles anteriores de desarrollo, que no son acordes con su desarrollo psíquico y capacidades actuales.
11. Identificación: problemas al identificarse a sí mismo; se confunde, o es principalmente, una identificación negativa (tristeza, niño problema).
12. Interacción con otros: problemas para relacionarse, dificultad para establecer vínculos afectivos en el entorno social en el que se desenvuelve.
13. Figura materna: conflictos referidos principalmente a una dependencia a dicha figura.

14. Figura paterna: problemas referidos al padre como autoridad, temor ante dicha característica y la vivencia de un padre peligroso y amenazante.
15. Superyó: vivencia de un superyó rígido y severo; centrado en el exterior (padres, adultos), no se asumen reglas propias o interiorizadas.
16. No límites: falta de límites que den estructura al niño, tanto a nivel conductual como psíquico.
17. Temor de castigo: vivencia de un entorno punitivo, en respuesta a su mal comportamiento; constante temor y ansiedad por la espera de dicho castigo.
18. Temor y ansiedad excesivos: elementos que forman parte continua de su estructura psíquica ante la mayoría de situaciones que enfrenta.
19. Sexualidad: conflictos que le ocasionan ansiedad excesiva, negación de la sexualidad, principalmente tensión ante la sexualidad de los padres.
20. Exterior: temor de ser dañado o herido por los demás, vivencia de un entorno amenazante y peligroso, al que evita enfrentarse.
21. Agresión: muestra de agresión excesiva en el comportamiento o interacción con otros; o temor hacia ella, de modo que la proyecta o la reprime