



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

“LA IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN
PSICOLÓGICA Y EL ESPACIO DE PSICOTERAPIA,
EN UNA INSTITUCION DE SALUD MENTAL,
COMO APOYO EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ROSA MARÍA RAMÍREZ BALDIT

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO

COMITE TUTORIAL: MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO

MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO

MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ



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.

DEDICATORIAS

A Dios, por permitirme vivir ésta invaluable experiencia.

A la memoria de mi padre, Ing. Eduardo Ramírez Flores, que con su ejemplo y pasión por el trabajo me enseñó lo que es la grandeza del compromiso y el valor de la excelencia.

A mi madre y hermanos. Gracias Mami, porque con gran entrega y amor, me has apoyado incondicionalmente en los retos que he decidido emprender y en los momentos en que he deseado claudicar. Gracias Nena y Lalo, por estar siempre conmigo para celebrar mis éxitos, ayudarme con mis tropiezos y abrazarme para seguir siempre adelante. Gracias Omar, por el apoyo incondicional que me has brindado como si fueses un verdadero hermano.

A mi esposo. Gracias David por ser quien más insistió, confió y me acompañó de principio a fin en éste camino de crecimiento profesional; ha sido inestimable tu paciencia, comprensión, y soporte técnico y moral. Espero estés orgulloso de mi, tanto como lo estoy yo de ti...8!!!

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, especialmente a la Facultad de Psicología, por abrirme sus puertas y poner a mi alcance los recursos necesarios para mi aprendizaje.

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT), por el respaldo y apoyo que brinda al programa y a sus estudiantes.

A la Mtra. Fayne Esquivel, por promover el programa proporcionando un importante espacio para la especialización en el trabajo con niños.

Al Centro Integral de Salud Mental (CISAME), su equipo de profesionales y pacientes, quienes confiaron en mí y me brindaron la oportunidad de adquirir un invaluable aprendizaje.

A mis maestros y compañeras, quienes al compartir sus experiencias fueron guía y aliento en mi proceso de formación.

A los miembros de mi comité: Mtra. Susana Eguía, Mtra. Silvia Gpe. Vite, Mtra. Verónica Ruíz, y en especial a la Mtra. Cristina Heredia por su contribución en la revisión del presente trabajo.

Y mi más especial reconocimiento, a la Dra. Ma. Emilia Lucio, que con gran respeto y admiración agradezco su incondicional apoyo y contribución en mi formación académica como tutora, asesora y maestra, incluyendo la supervisión en la elaboración del presente reporte.

Rosa Ma. Ramírez Baldit

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	i
Capítulo I. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	1
1. Descripción del padecimiento.....	3
a) Etiología.....	5
b) Características Clínicas.....	9
c) Diagnóstico Diferencial.....	12
d) Proceso de Diagnóstico.....	13
e) Tratamiento.....	18
2. El T.D.A.H tipo con predominio en el déficit de atención, y T.D.A.....	23
a) Características Clínicas.....	26

Capítulo II. Psicoterapia a través del Juego.....	31
1. Desarrollo histórico del juego terapéutico.....	33
2. La terapia de juego con enfoque Psicodinámico....	39
Capítulo III. Metodología.....	41
1. Objetivo del trabajo.....	41
2. Participantes.....	42
3. Escenario.....	43
4. Material.....	44
5. Procedimiento.....	44
6. Indicadores.....	48
Capítulo IV. Presentación de los casos.....	53
1. Primer Caso: Carlos, 9 años.....	53
2. Segundo Caso: Mere, 8 años.....	69
Capítulo V. Resultados.....	85
1. Aspectos más relevantes de los tratamientos aplicados.....	86
2. Descripción detallada de los cambios.....	91
Capítulo VI. Discusión y Conclusiones.....	117
Referencias.....	125
Anexos.....	131

INTRODUCCIÓN

De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo (1998) definen Salud Mental como “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (p. 9).

La infancia es una etapa determinante para el sano desarrollo físico y mental de una persona, y las características de su desarrollo están marcadas por el conjunto de factores constitutivos, de la maduración y condiciones del ambiente, que cada sujeto ha de enfrentar desde el medio intrauterino. La presencia de daños neurológicos, relaciones familiares poco armónicas o la muerte a temprana edad de uno de los padres, son sólo algunas de las circunstancias que facilitan la aparición de problemas psicológicos en los niños. Los padecimientos

psicológicos en la infancia, los cuales son diversos y pueden ser complejos, pueden llegar a requerir una atención profesional para evitar mayores complicaciones en etapas de vida posteriores. La identificación oportuna de los síntomas que indican su presencia, resulta indispensable para un correcto diagnóstico y por tanto para una adecuada intervención.

El último censo de población y vivienda, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Información Estadística y Geografía, INEGI (2005), da como resultado un censo de más de 103 millones de habitantes, de los cuales más de 31 millones son niños de entre 0 y 14 años de edad. Por otra parte, los datos estadísticos más recientes publicados por la Secretaría de Salud (2007), estiman que alrededor del 15% de la población en este rango de edad, sufre algún problema de salud mental; y de éste total, al menos la mitad requiere de una atención especializada e integral. También da a conocer que de los trastornos mentales diagnosticados en la infancia mexicana, el Trastorno por Déficit de Atención (T.D.A.) tiene la mayor frecuencia de diagnóstico, presentando una prevalencia del 4% en niños y adolescentes, lo que indica que más de un millón de niños y adolescentes están sufriendo dicho padecimiento.

A pesar de los constantes avances en las investigaciones respecto a temas de salud mental, aún existen padecimientos en donde las causas no están totalmente comprendidas, y las consecuencias afectivas en la persona que la padece no están del todo estudiadas: el T.D.A. es uno de ellos.

El Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil (2002), de la Maestría en Psicología Profesional perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), tiene como objetivo general formar psicoterapeutas capaces de trabajar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales asociados a diferentes trastornos que presentan los niños de 0 a 14 años, teniendo como fin último responder a la creciente demanda de profesionales especializados en el área. El Centro Integral de Salud Mental (CISAME) colabora al alcance de este objetivo a través del espacio que brinda como institución sede de residencia del programa.

CISAME es una unidad de atención en salud mental, integral y ambulatoria, multi e interdisciplinaria. Cuenta con diferentes clínicas de atención, divididas de acuerdo a la edad de la población que se atiende. En la clínica Paidó II, se presta atención integral de tipo preventiva, terapéutica y de orientación a usuarios de entre 6 y 12 años de edad (escolares),

observándose frecuentemente como motivos de consulta manifiestos: la presencia de problemas escolares por bajo rendimiento académico y conductas disfuncionales en el ambiente escolar. El Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A.) es un padecimiento asociado al bajo rendimiento escolar, y es una impresión diagnóstica comúnmente emitida por los psiquiatras en la Clínica Paidó II.

La falta de información, entre otros factores, genera que hoy en día éste trastorno sea mal diagnosticado y por tanto, los resultados de los tratamientos que se aplican para aliviar los síntomas y consecuencias negativas asociadas a éste, no son siempre efectivos. El objetivo de este trabajo es valorar la importancia de incluir el análisis del estado afectivo, como un paso fundamental para el establecimiento de un diagnóstico preciso, en niños que presentan problemas escolares y en donde la primera impresión diagnóstica emitida sugiere la presencia de un T.D.A. Por otra parte, también se busca destacar la importancia que tiene el espacio psicoterapéutico clínico en el tratamiento integral de estos pacientes, al incluirse como intervención paralela a los tratamientos farmacológicos y de aprendizaje que les suelen ser indicados, y que en muchos casos no logran por sí mismos controlar o solucionar el problema motivo de consulta.

Para ello se expondrán los casos de Carlos y Mere, un niño y niña respectivamente en edad escolar, atendidos en el CISAME y cuyos motivos de consulta principales fueron la presencia de problemas en el rendimiento académico y conducta disfuncional en el ambiente escolar. Ambos pacientes fueron diagnosticados en una primera valoración psiquiátrica con un “Trastorno de la Actividad y la Atención en el subtipo de Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A.)”. A ambos pacientes les fueron indicados tratamiento farmacológico y de aprendizaje, y como resultado de la evaluación psicológica realizada se sugirió atención psicoterapéutica clínica paralela, para tratar los padecimientos afectivos observados.

A lo largo del presente trabajo, se exponen las características generales del “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (T.D.A.H), tipo con predominio en el Déficit de Atención”, basado en la clasificación propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales en su última revisión (DSM-IV-TR), el cual corresponde al “Trastorno de la Actividad y la Atención en el subtipo de Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A.)” con base a la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y

Problemas Relacionados con la Salud en su última edición (CIE-10).

Por otra parte, también se aborda en forma breve los tratamientos comúnmente utilizados en pacientes con éste diagnóstico; se describen las características del trabajo terapéutico que se llevó a cabo con Carlos y Mere, así como los resultados observados en ambos pacientes.

Finalmente, se presenta una discusión en donde se analizan las ventajas y limitaciones del trabajo propuesto y una conclusión de la experiencia profesional obtenida a través de la elaboración del presente reporte, y de la Residencia en Psicoterapia Infantil en general.

Capítulo I

**EL TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD**

El estudio de la psicopatología infantil y el desarrollo de modelos terapéuticos enfocados al tratamiento de los trastornos psicológicos en los niños, son relativamente recientes. Comprender y explicar las causas de un problema de salud mental, sus consecuencias en el desarrollo y en el tipo de relación que el niño establece con su medio ambiente, resultan elementos indispensables para encontrar una solución eficaz. Los métodos y recursos utilizados para el establecimiento de un diagnóstico pueden ser diversos, y determinan el tipo de tratamiento que se llega a implementar.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, así como la Clasificación Estadística Internacional de

Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en sus últimas ediciones (DSM-IV-TR y CIE-10 respectivamente), proporcionan clasificaciones con criterios específicos, que permiten el establecimiento de diagnósticos formales utilizando un lenguaje universal. En el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), los diagnósticos de los pacientes son emitidos por los psiquiatras, quienes son los médicos responsables de coordinar los tratamientos de cada paciente, y están basados en el sistema de clasificación que establece la CIE-10.

Los problemas escolares que presentan algunos niños, suelen implicar bajo rendimiento en una o varias áreas académicas, conductas de distracción, inatención, inquietud, agresividad, problemas de socialización y/o dificultad para seguir reglas dentro de éste medio ambiente. Tales conflictos, también se pueden presentar en ambientes diferentes cuando las actividades están asociadas a la situación escolar (por ejemplo durante la actividad de hacer tarea en casa). Sin embargo, los factores de índole afectivo que están relacionados a un problema escolar, pueden volver complejo el establecimiento de un diagnóstico preciso.

Como se mencionó en la introducción, en el presente trabajo serán analizados los casos de dos pacientes de CISAME que

presentaban problemas escolares por bajo rendimiento académico y conducta disfuncional en la escuela, y que recibieron la impresión diagnóstica de Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A.), el cual corresponde al de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención propuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.) en el DSM-IV-TR.

A continuación se describirán las características de éste padecimiento, posteriormente se abordará en forma breve las bases del enfoque psicoterapéutico utilizado, para el tratamiento de los problemas afectivos observados en la evaluación psicológica llevada a cabo en los pacientes.

1. DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO.

El Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad (T.D.A.H), es un desorden conceptualizado actualmente como una enfermedad que implica una interacción entre anomalías en el funcionamiento cerebral y/o estructura neuroanatómica e influencias ambientales (Montes, 2005) cuyos síntomas se presentan de inicio en la infancia. Las conductas de desatención, actividad exageradamente anormal y/o impulsividad

persistentes, son característicos de éste padecimiento y afectan el desarrollo de las actividades del niño en forma crónica, en diferentes ambientes: casa, escuela, con los pares, en actividades de juego y/o al trabajar (tareas, por ejemplo), y no se atribuye a retardo mental, sordera, ceguera, impedimentos neurológicos gruesos o desórdenes emocionales severos.

Los criterios diagnósticos propuestos por la A.P.A. a través del DSM-IV-TR, tienen gran reconocimiento y suelen usarse con mayor frecuencia en la comunidad de psicólogos. La nomenclatura propuesta en dicho manual es diferente a la establecida en la CIE-10, utilizada comúnmente en el área médico-psiquiátrica, el cual engloba estos problemas bajo un mismo nombre: “Trastorno de la Actividad y la Atención”, que forma parte del grupo de Trastornos Hiperkinéticos.

El DSM-IV-TR clasifica el T.D.A.H en tres subtipos: uno donde predomina la desatención, otro donde predominan los síntomas de hiperactividad-impulsividad, y un tercer tipo denominado “combinado” cuando se presentan síntomas tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad. Por otra parte, el Trastorno de la Actividad y la Atención tal como lo define la CIE-10, se diagnostica cuando se presentan tanto el déficit de atención como la hiperactividad pero no se cumplen

los criterios de un trastorno disocial. La CIE-10 incluye en ese diagnóstico, la presencia del Trastorno de Déficit de Atención y del Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad.

De acuerdo con el DSM-IV-TR, la prevalencia del T.D.A.H es de entre el 3 y 7% en los niños de edad escolar, observándose un incremento en 2 puntos porcentuales con respecto a la estimación señalada en una edición anterior del mismo manual (DSM-IV), y se presenta con mayor frecuencia en niños que en niñas. Aunado a lo anterior, los últimos datos epidemiológicos que la Secretaría de Salud (2001) reporta en nuestro país, indican una prevalencia en niños del 25.54% en el diagnóstico de problemas del comportamiento asociados a Trastornos Hiperkinéticos. Esta cifra, coloca a dichos desórdenes en el primer lugar de causas de consulta psiquiátrica en la población mexicana menor de 15 años.

a) Etiología.

Las causas del T.D.A.H, llamado anteriormente Daño Cerebral Mínimo o Disfunción Cerebral Mínima entre otros, aún no son totalmente conocidas. Existen diferentes teorías acerca de la etiología del T.D.A.H, incluyendo las neurológicas, genéticas, ambientales, alimentarias y de factores psicosociales.

Algunos estudios sugieren que su origen puede estar relacionado con la presencia de un desbalance químico en los neurotransmisores asociados al control de la conducta a nivel cerebral, como la dopamina y noradrenalina (Beckley y Fisher, 2005). Otros estudios apoyan la localización prefrontal de lesiones orgánicas, que afectan las funciones cerebrales, como causa de la misma (Montes, 2005). Considerando al trastorno como resultado de una disfunción en el sistema nervioso central, predominan los autores que refieren la presencia de anomalías frecuentes en los electroencefalogramas, siendo las más comúnmente observadas el incremento en la actividad lenta y mayor actividad epileptiforme en comparación con los niños normales.

La evolución tecnológica que da como resultado instrumentos de medición más precisos y con mayores funciones, han generado mediciones que permiten detectar otras anomalías en la actividad registrada en el sistema nervioso central de éstos pacientes, que algunos autores han interpretado como un retraso en la maduración de la actividad eléctrica cerebral, y otros las han interpretado como una desviación del desarrollo de la misma. Sin embargo, tales hallazgos no se muestran exclusivamente en pacientes con T.D.A.H (Ricardo G., 2004). A pesar de las numerosas investigaciones que se

realizan de función y estructura cerebrales, no se han detectado pruebas clínicas de laboratorio o evaluaciones neurológicas a través de las cuáles se pueda hacer el diagnóstico.

También existe evidencia en relación a la existencia de un componente genético en niños con T.D.A.H, la cual es cada vez mayor. Los resultados en diferentes estudios sugieren un mayor riesgo relativo en familiares de primer grado de los niños con T.D.A.H que en los niños del grupo control, y algunos de estos estudios han encontrado que cuando la afectada es mujer, la frecuencia de que la madre haya tenido T.D.A.H es aún mas elevada. (Conners y Epstein, 2000; Herrera, Lara y Romero, 2002). Por otra parte, se ha sugerido la relación entre altos niveles de tensión o estrés en la madre presentes durante el embarazo y en el periodo perinatal con la presencia de trastornos por comportamiento perturbador (Knouse, 2005). En un estudio reciente llevado a cabo por Grizenko, et al. (2007), se encontró que los niños que sufrían T.D.A.H, con madres que estuvieron expuestas a niveles moderados a severos de estrés durante el embarazo, presentaban mayor tendencia a desarrollar síntomas más severos que los niños con T.D.A.H cuyas madres no experimentaron estrés en tales niveles.

Otros estudios han señalado que los síntomas del T.D.A.H, así como de los problemas de aprendizaje asociados a éste trastorno, son causados por desbalances nutricionales o déficits en zinc, magnesio y vitamina B (Sonna, 2005), así como su relación con un bajo peso al nacer (menor de 1 Kg.), y exposición al plomo.

La falta de consenso entre las diferentes teorías, y del conocimiento respecto a las causas del T.D.A.H, colabora a que sea un padecimiento frecuentemente mal diagnosticado. La Federación Mundial de la Salud Mental, en conjunto con el Dr. Barkley y los laboratorios Eli Lilly (2004) llevaron a cabo un estudio aplicando un cuestionario a padres de niños con T.D.A.H que ayudó a clarificar las necesidades desconocidas de las personas que sufren este trastorno y sus familias, en más de nueve países incluyendo México. Los resultados de este estudio se presentaron durante un congreso mundial de psiquiatría en agosto del 2004. El hallazgo más importante encontrado en nuestro país, fue que más de la mitad (53%) de los papás dijeron que sus niños fueron mal diagnosticados de inicio, con algún otro desorden antes de que se hiciera el diagnóstico del T.D.A.H. Este dato resultó mayor en México que en cualquier otro país participante en esta investigación. Por otra parte, también se supo que el tiempo promedio que pasa desde que un

padre visita por primera vez a un profesional de la salud para hablar acerca del comportamiento de su hijo, hasta llegar al diagnóstico por un especialista, es de 1.9 años. Otro hallazgo importante hace referencia a que el 77% de los padres piensan que el pediatra de sus hijos no tiene mucho conocimiento acerca del T.D.A.H.

Además de un mal diagnóstico inicial, también se ha observado la necesidad de replantear el diagnóstico de T.D.A.H durante la práctica clínica, debido a un sobre diagnóstico del mismo trastorno. Es por ello, que resulta indispensable integrar otros elementos que ayuden a obtener información precisa en relación al origen de la sintomatología que se observa en los menores y sus consecuencias, tanto en la vida psicológica como en el medio ambiente del paciente, para la toma de decisiones adecuadas en relación al tratamiento.

b) Características Clínicas.

Los síntomas varían en los niños que padecen T.D.A.H de acuerdo a su madurez, edad y las diferentes situaciones que están viviendo. De acuerdo con el DSM-IV, en los niños con éste padecimiento suelen observarse baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez,

insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima. Debido a la sintomatología, no es sorprendente encontrar con frecuencia que el rendimiento académico está afectado y devaluado, lo que conduce típicamente a conflictos con la familia y profesores.

Los niños con éste padecimiento, suelen tener dificultades para el control de sus sentimientos, que se manifiesta a través de comportamientos como berrinches, llanto o risa o abatimiento excesivo ante eventos que al parecer no debieran generar esta respuesta. Solloa (2001) por otra parte, agrega que son niños que presentan una evidente incapacidad para seguir las reglas de los juegos estructurados, escuchar a otros niños, no esperan turnos, interrumpen, toman objetos sin pedirlos y se involucran en actividades potencialmente peligrosas sin considerar las posibles consecuencias. El resultado de sus problemas para el control de los afectos y para ajustarse a las reglas y normas, genera muchas de sus dificultades de índole social: no es fácil para ellos hacer amigos, pierden amigos fácilmente, resultan molestos para los demás y suelen ser marginados.

De acuerdo a Portal y Solloa (en Solloa, 2001), el curso del padecimiento se diferencia de acuerdo a las etapas de desarrollo,

y describen las características del trastorno durante la etapa de Niñez (4 a 8 años) como la etapa donde “emergen preocupaciones por problemas de conducta en el salón de clases, desobediencia, reto a la autoridad, mentiras y bajo rendimiento académico. A menudo se manifiestan problemas de aprendizaje, por lo que el niño es referido a evaluación psicopedagógica. Los niños pueden preferir relacionarse con niños menores y generalmente son percibidos por sus compañeros como egoístas, demandantes e inmaduros” (op. cit. p. 132). En los años siguientes hasta antes de entrar a la etapa de adolescencia, de acuerdo a los mismos autores, se observan mayor cantidad de quejas en casa y escuela así como preocupaciones por depresión en el niño, baja autoestima, agresividad y destructividad. También suelen aumentar los reportes de baja motivación académica y actitud aversiva hacia la escuela, y se hace evidente el rezago académico; los padres manifiestan preocupación por la falta de amistades en los niños.

En un estudio realizado por Hinshaw y Treuting (2001) con grupos de niños que sufrían T.D.A.H y un grupo control conformado por niños que no tenían tal padecimiento, se observaron más síntomas depresivos en el grupo de niños con T.D.A.H que en el grupo control. Otro hallazgo interesante, fue observar que los niños diagnosticados con T.D.A.H que

presentaban conductas agresivas, eran reportados con más síntomas depresivos que los que no manifestaban conductas agresivas. Y el hallazgo más importante en relación a la autoestima, fue que los niños con T.D.A.H que presentaban conductas agresivas, mostraron niveles más bajos de autoestima en relación al grupo de niños con T.D.A.H que no presentaban conductas agresivas o el grupo control.

El T.D.A.H suele aparecer acompañado de otros padecimientos, lo que muchas veces incrementa el estrés y la presión asociadas a éste desorden. Sin embargo, también hay otras circunstancias que pudieran estar causando síntomas similares, por lo que el establecimiento de un diagnóstico diferencial se vuelve una tarea primordial.

c) Diagnóstico Diferencial.

El DSM-IV-TR señala que el T.D.A.H se debe distinguir de comportamientos propios de la edad en niños muy activos; de la presencia de un Coeficiente Intelectual bajo o, por el contrario, en niños con alta inteligencia ya que ambas situaciones suelen facilitar la distracción de los niños en las aulas; o de la presencia de un comportamiento negativista que ocasiona que el niño se

muestre renuente a elaborar tareas o cumplir indicaciones ya que también es un síntoma que presentan los niños con T.D.A.H.

En ocasiones, el reto de hacer más de un diagnóstico se debe enfrentar. De acuerdo al estudio llamado “Estudio de Tratamiento Multimodal” del T.D.A.H (MTA, por sus siglas en Inglés), realizado en los Estados Unidos, los trastornos que aparecen frecuentemente asociados a este padecimiento son el Opositor Desafiante, el Trastorno de Ansiedad, el Trastorno de Conducta, los Tics y los Trastornos Afectivos, en ese orden. (Abikoff, et al., 2005). Por otra parte, los síntomas generados por la presencia de los trastornos anteriormente mencionados, los trastornos de aprendizaje, las dificultades visuales y auditivas, trastornos de lenguaje u otros trastornos mentales, pudieran por sí mismos ser la causa de los síntomas y ser confundidos con los originados por el T.D.A.H.

d) Proceso de Diagnóstico.

Como ha sido planteado anteriormente en el presente capítulo, determinar la presencia de un T.D.A.H es una tarea delicada y compleja, por lo que mientras más recursos confiables se tengan para obtener la información necesaria que

explique la presencia de los síntomas, podrá tenerse una mayor confianza en el diagnóstico final.

Ya que las principales manifestaciones de los padecimientos psicológicos en los niños se observan a través de su conducta y en el desarrollo de su aprendizaje, los maestros usualmente son los primeros en sugerir a los padres que busquen ayuda cuando sospechan sobre la presencia de problemas serios, ya que su trabajo les permite comparar la conducta con la de otros niños de la misma edad y establecer un juicio mas objetivo al tener menos lazos afectivos con el niño, en comparación con los padres (Sonna, 2005). Por lo tanto, la información que puedan proporcionar éstos respecto a la conducta del menor, resulta muy significativa para el diagnóstico diferencial del T.D.A.H, pero no se le debe considerar como única fuente para hacer el diagnóstico. Los padres de familia son las personas que suelen hacer los primeros contactos con profesionales, por decisión propia o por sugerencia de la escuela, y sus observaciones resultan igualmente valiosas para buscar una explicación y solución a los problemas que observan en su hijo.

Respecto a éste último punto, un estudio llevado a cabo por R. Mojtabai (2006) comparó la información proporcionada

por padres estadounidenses y británicos referente a problemas de salud mental, emocionales y conductuales observados en sus hijos y el contacto que realizaban con profesionales para la atención de los mismos; las conclusiones resultaron sumamente interesantes. El estudio determinó que los padres británicos presentaban mayores probabilidades para identificar problemas serios de éste tipo en sus hijos, comparados con los padres estadounidenses. Sin embargo, fueron los padres estadounidenses quienes reportaron mayores contactos con especialistas en salud mental cuando se percataban de la presencia de problemas de ésta índole, lo cual aparecía asociado a un mayor conocimiento y existencia de los servicios de salud especializados, disponibles en su comunidad. Estos resultados no son concluyentes para demostrar diferencias culturales significativas que afecten la prevalencia de los trastornos mentales, pero sí lo son en relación a las diferencias que se observan en el juicio que los padres pueden tener sobre la conducta de sus hijos y el grado de acercamiento a profesionales especializados para la solución del problema, lo que definitivamente puede afectar el curso del diagnóstico y efectividad del tratamiento.

Por tanto, para el diagnóstico del T.D.A.H se debe considerar como paso fundamental, obtener información tanto

de padres como de maestros para indagar sobre los síntomas y conductas asociadas al problema en diferentes contextos (familiar, escolar, social).

Sin embargo, se conoce que no siempre existe acuerdo en los datos que proporciona estos dos principales informantes, y más aún, algunas veces resulta contradictoria. Al respecto, Amador, et al. (2006) llevaron a cabo una investigación en España con los padres y maestros de niños en edad pre-escolar y escolar, quienes evaluaron la conducta de los niños en los últimos seis meses a través de un cuestionario basado en la sintomatología del T.D.A.H con base en los criterios propuestos por el DSM-IV. Los resultados del estudio, demuestran que el grado de acuerdo entre ambos grupos es significativamente bajo, especialmente en relación a los síntomas que corresponden al T.D.A.H en el subtipo combinado. De acuerdo a los investigadores, estos resultados reflejan importantes diferencias en la percepción o apreciación que los informantes tienen sobre las conductas de los niños. Estos desacuerdos pueden deberse no sólo a errores de apreciación, sino también a que tanto los padres como los profesores interactúan con los niños en diferentes ambientes y las conductas de éstos suelen adaptarse de acuerdo a las demandas de la situación en que se encuentran (Amador, et. al., 2005), lo que corrobora la utilidad de obtener

información de ambos en el proceso de diagnóstico de dicho padecimiento.

Los cuestionarios y escalas de valoración son auxiliares que se usan para obtener información al identificar y evaluar las conductas problema, encontrándose diversos trabajos que han intentado medir su utilidad en cuanto a la información proporcionada por los padres y profesores para el diagnóstico del trastorno. Tal es el caso de Amador, et al. (2005), quienes recogieron y compararon la información proporcionada por padres y profesores de niños españoles de 4 a 12 años, con diagnóstico de T.D.A.H y Trastorno del Aprendizaje, a través del uso del Cuestionario TDAH (que recoge los 18 síntomas del DSM-IV para el diagnóstico de dicho trastorno) y un Perfil de Atención. Los datos que arroja su investigación, al igual que en investigaciones anteriores, corroboran la utilidad de la información proporcionada por ambos informantes para diferenciar a los niños que posiblemente cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el T.D.A.H de los que no lo sufren.

Aunado a la información que proporcionan los padres y maestros, ya sea a través de entrevistas o instrumentos, los exámenes médicos también están implicados en el proceso de

diagnóstico del T.D.A.H, pues resultan de gran importancia para la explicación de los síntomas y el diagnóstico diferencial. Estos deben incluir análisis clínicos, exámenes físicos, evaluaciones neurológicas y valoraciones nutricionales.

Por otra parte, ya que es frecuente observar la presencia de otros problemas mentales, emocionales y de aprendizaje asociados al T.D.A.H, los niños deben ser evaluados por psiquiatras y psicólogos. Una evaluación psicológica completa incluye además de entrevistas, observaciones directas del niño y si es necesario, la aplicación de test psicológicos de tal forma que se examine la personalidad, inteligencia, desarrollo neuropsicológico y el aprendizaje.

e) Tratamiento.

Una vez realizado el diagnóstico que indique la presencia del T.D.A.H, es importante que el tratamiento del niño se considere en forma multidisciplinaria, es decir, que intervengan en la medida de lo posible los padres, el médico paidopsiquiatra, psicólogos, neurólogos pediatras, maestros y educadores, con la finalidad de abordar las consecuencias que el trastorno provoca en diferentes contextos. Los tratamientos que se suelen indicar

son básicamente de tipo médico-farmacológico, psicológico y educativo dirigido los pacientes, padres y educadores.

El tratamiento farmacológico se basa principalmente en la severidad de los síntomas que el niño presenta, aunque por otro lado, suele administrarse como único tratamiento cuando otras intervenciones no se han podido implementar. Los estimulantes del sistema nervioso central, son fármacos que se indican en el tratamiento de éste trastorno, porque diversos estudios han demostrado su efectividad a corto plazo para mejorar la concentración, atención y control de la conducta en niños y adolescentes (Phares y Trull, 2003; García, 2003). Los tradicionalmente recetados son el Metilfenidato y la Anfetamina, en dosis fijas. En México, el Metilfenidato (Ritalín) es el medicamento comúnmente suministrado a niños con diagnóstico de T.D.A.H en horas cercanas a la actividad escolar por su efecto rápido. En el 2002, se aprobó el uso del primer medicamento no estimulante para el tratamiento del T.D.A.H: la Atomoxetina. La Academia Americana de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, recientemente colocó a éste medicamento dentro de la primera línea de tratamiento de éste padecimiento junto con los estimulantes. (De la Garza, 2005). La dosis del medicamento suministrado, varía de acuerdo a las características de desarrollo físico del paciente y

la gravedad de los síntomas, y la duración del medicamento está determinada por el tipo del mismo: corta o larga duración.

Las investigaciones en relación a los efectos de estos medicamentos han aumentado, especialmente se ha puesto atención a las consecuencias de suministrarlo cuando no es necesario, por ejemplo, como resultado del sobre-diagnóstico que se hace de este padecimiento. Algunos hallazgos encontrados, no concluyentes, sugieren que la sobre medicación de éstos fármacos generan daños a nivel cerebral en los niños, así como pueden facilitar la aparición de síntomas depresivos en la vida adulta (Wren, A., 2005). También, se conoce que cuando hay historia previa de tics, psicosis o desórdenes de pensamiento, los fármacos están contraindicados (Solloa, 2001).

Por otra parte, la terapia Cognitivo-Conductual, es el tratamiento psicoterapéutico que se reporta frecuentemente con resultados más eficaces en diferentes investigaciones, para tratar los aspectos emocionales y efectos psicosociales en niños con el T.D.A.H. La terapia Cognitivo- Conductual es un tratamiento basado en la suposición de que la conducta de los niños que sufren este padecimiento se debe a deficiencias en la solución de problemas sociales. Las técnicas que fueron ensayadas con gran éxito por Kirby en 1988 incluyen: la identificación del

problema, enfocar la atención en el problema, desarrollar diferentes alternativas para solucionarlo, estrategias de afrontamiento y opciones de corrección de errores y autorreforzamiento (Solloa, 2001). Las investigaciones que se han llevado a cabo en relación a otras terapias aplicadas, tales como la familiar o la de juego, son pocas y con resultados poco sustentables debido posiblemente, a la dificultad para medir sus resultados.

En el estudio MTA, anteriormente mencionado en éste mismo capítulo, se encontró que el tratamiento de tipo combinado: terapia conductual y medicamento, era más aceptado por los padres, además de que la dosis de medicamento suministrado bajaba como resultado de su aplicación.

La decisión sobre el mejor tratamiento a seguir, se debe determinar no solo por el diagnóstico emitido y las características de los síntomas, sino también contemplando otros factores tales como el momento de vida en que se hace el diagnóstico, la capacidad de los padres para aceptar y aprender a manejar la problemática del niño o la presencia de situaciones de riesgo que esté experimentando el menor. Recientemente, muchos profesionales de la salud mental, han puesto su atención en la capacidad que muestran algunas personas para

sobreponerse con mayor facilidad a los efectos negativos de experiencias adversas, que generan riesgo para la salud emocional; tal es el caso de un trastorno como el T.D.A.H. A dicha capacidad, se le ha denominado Resiliencia. Las investigaciones al respecto, muestran evidencia de que los efectos positivos de la capacidad de resiliencia, parece estar relacionada directamente con experiencias de recuperación. Esto es, las secuelas de las experiencias adversas pueden ser revertidas, en ciertas circunstancias, con la aplicación de programas de recuperación; y el efecto de la capacidad de resiliencia y el programa aplicado para revertir los daños, parece ser mayor mientras menos tiempo esté expuesta la persona a la experiencia de riesgo (Rutter, 2000).

Estos resultados, parecen apoyar la necesidad de un diagnóstico temprano del T.D.A.H y de aplicar tratamientos adecuados para poder, en la medida de lo posible, no solo controlar los síntomas del trastorno sino revertir las secuelas emocionales que se observan asociadas al mismo; así como, buscar disminuir los riesgos sobre futuros problemas mentales que se podrían presentar por la falta de atención oportuna y adecuada.

2. T.D.A.H TIPO CON PREDOMINIO DEL DÉFICIT DE ATENCIÓN Y T.D.A.

Cuando los niños son descritos por sus padres como niños especialmente distraídos y reciben constantes quejas por no poner atención durante sus clases, más que por una actividad incontrolada dentro del aula, es probable que la desatención sea el síntoma de mayor relevancia. La desatención y la hiperactividad, como se revisó en el apartado anterior, son dos conductas características del T.D.A.H. Sin embargo, aunque la CIE-10 y el DSM-IV-TR encuadran su presencia bajo el nombre de un mismo trastorno, el predominio de uno de ellos puede hacer la diferencia en el tratamiento que se debe implementar. Los pacientes del CISAME que se analizan en el presente trabajo, presentaban predominio de los síntomas de desatención por lo que en el diagnóstico inicial se especificó la presencia del T.D.A.

La CIE-10 define al T.D.A. como un trastorno que se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar, observándose que los niños cambian frecuentemente de una actividad a otra, aunque estudios de laboratorio no demuestran con precisión un grado extraordinario de distracción sensorial o perceptiva. También

señala que estos déficits en la persistencia y en la atención deben ser diagnosticados sólo si son excesivos para la edad y el CI del niño afectado.

Por otro lado, los criterios que establece el DSM-IV-TR para el diagnóstico del predominio de síntomas de desatención en el T.D.A.H (pp. 105 y 106), son:

a. Seis (o más) 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. Los síntomas de desatención señalan dificultades para poner atención a detalles y por tanto comete errores por descuido, dificultades para mantener la atención en tareas o juego, parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no finaliza tareas, dificultades para organizar tareas y actividades, evasión o disgusto por tareas o actividades, distracción ante estímulos irrelevantes, y descuido en actividades diarias.

b. Algunos síntomas de 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.

Los criterios propuestos para el diagnóstico del T.D.A.H son similares en la CIE-10 y en el DSM-IV-TR, aunque los códigos son diferentes porque la CIE-10 define en forma mas estricta las categorías y subtipifica el trastorno en función del posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial; el DSM-IV lo hace con base al tipo predominante. Y aunque la CIE-10 si propone el nombre de un trastorno particular cuando los síntomas que se presentan son los de desatención, el diagnóstico que se realiza no es con base en ese nombre (Trastorno de Déficit de Atención) sino que implica también la presencia de dificultades en la actividad de los niños. En el DSM-IV-TR ocurre algo similar, pues el diagnóstico marca un predominio de síntomas y no la ausencia de algunos de éstos.

En forma paralela a la sintomatología descrita a través de las clasificaciones antes mencionadas, se han observado ciertas

características clínicas particulares en niños que presentan predominio en los síntomas de desatención, en relación a los que presentan predominio en síntomas de hiperactividad.

a) Características Clínicas.

Fisher y Beckley (2005) han descrito entre otras, que son niños que muestran un proceso de pensamiento rígido, concreto y lento, confusión mental y dificultades de memoria. La distracción es su principal problema: no pueden mantener la atención y concentración porque presentan baja energía lo que hace que pierdan el foco y secuencia de pensamiento, por la presencia de factores ambientales o sus propios pensamientos rápidos y en constante cambio. También han observado que son niños que muestran una actitud de preocupación constante y se observan ansiosos (les es difícil relajarse); son poco tolerantes ante los cambios, por el miedo que les producen. Son muy sensibles, emocionales y dan la impresión de ser niños “frágiles”. Además, el desinterés, baja motivación y desobediencia en extremo generalmente están presentes en niños con Déficit de Atención. (Sonna, 2005).

De acuerdo a los mismos autores, las dificultades en su aprendizaje se relacionan con un procesamiento pobre de

información debido a la pérdida de la misma. Las dificultades de una cognición lenta son comunes, sin embargo, una vez que comprendieron el material pueden usarlo. Evitan y postergan tareas, aunque también dan la impresión de ser obstinados en ciertas actividades pues perseveran hasta que el trabajo esté terminado (se enfocan en una actividad en forma excesiva), a pesar del agotamiento o agobio que esto les produce. Rara vez son impulsivos, pero pueden serlo ante la frustración. Socialmente, los niños que presentan T.D.A. se muestran frecuentemente tímidos, inmaduros y se les dificulta saber cómo expresarse, vestirse, actuar, etc. Tienen dificultades de conversación porque su pensamiento es lento o tienen pérdida de información. Son niños temerosos del enojo y cuestionamiento de los otros. Se les dificulta manifestar sus pensamientos y sentimientos, especialmente el enojo. Su pensamiento cambiante les ocasiona que olviden lo que quieren decir. Pueden aparentar que no están escuchando, sin embargo, esta impresión es causada por un déficit en el procesamiento de la información que está recibiendo. Además, pueden mostrar dificultades para dormir, debido a que su cerebro parece estar en actividad constante. Por ello, son niños que frecuentemente presentan sueño diurno.

Por otra parte, se ha observado que son niños que entienden las consecuencias de sus actos, a diferencia de los niños que presentan hiperactividad quienes suelen presentar conductas temerarias sin observar los peligros que éstas conllevan.

Aún queda mucho por comprender sobre el T.D.A.H o el Trastorno de la Actividad y la Atención, más aún en las diferencias entre los subtipos. En la bibliografía revisada se observa mayor cantidad de investigación en relación al T.D.A.H con predominio en los síntomas de hiperactividad y sus consecuencias, posiblemente ante la dificultad en la medición del grado de desatención que los niños con éste padecimiento presentan.

A pesar de los intentos por describir y clasificar los síntomas observados, en conjunto con el nuevo conocimiento que se va obteniendo en relación al T.D.A.H, hacer una diferencia entre un trastorno de atención y un trastorno por hiperactividad ha resultado una tarea delicada, pues rara vez los niños presentan todos los síntomas descritos para uno u otro. Sin embargo, las diferencias entre un niño que presenta síntomas de hiperactividad y uno que presenta predominio en los síntomas de desatención son importantes; y el predominio o ausencia de

alguno de ellos puede hacer la diferencia en el diagnóstico y la eficacia de su tratamiento.

Capítulo II

PSICOTERAPIA A TRAVÉS DEL JUEGO

Como fue descrito en el capítulo anterior, se ha observado que los niños que sufren Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A.), frecuentemente experimentan problemas de índole emocional producto del mismo trastorno. Si a ésta condición se suma la posibilidad de que el T.D.A. esté cursando en forma paralela a otros problemas de tipo afectivo, es acertado asumir que el conflicto experimentado por el niño se vuelve mas profundo y complejo.

Una evaluación psicológica del estado emocional, aunada a la cognitiva o intelectual que suelen indicarse en niños que se sospecha tengan el T.D.A., podría ser considerada entonces, una herramienta indispensable para hacer el diagnóstico

diferencial en forma correcta, y por tanto determinar él o los tratamientos que solucionarán o controlarán el problema. Así también, conocer la existencia de otros conflictos de índole afectivo que estén cursando en forma paralela a un T.D.A., puede ser un elemento clave para tener una visión mas real y completa de las necesidades que presenta el menor, de tal forma que facilite la aplicación de tratamientos integrales, incrementando la eficacia y eficiencia en los resultados.

En diversos estudios existentes sobre el desarrollo infantil, se ha destacado la importancia del juego en la vida del ser humano, como el es caso de Hetzer (1978) quien señala que un niño que no juega como debería hacerlo en su infancia generalmente tiene problemas, porque el juego es la mejor base para una adultez sana, exitosa, y plena. El juego, por tanto, se ha convertido en un recurso importante para el análisis y comprensión de la conducta de los niños, convirtiéndolo en una herramienta frecuentemente utilizada en los procesos de evaluación y tratamiento psicológico infantil.

1. DESARROLLO HISTÓRICO DEL JUEGO TERAPÉUTICO.

Podemos encontrar múltiples definiciones del “juego”, sin embargo, se pueden extraer de éstas ciertas características típicas de la conducta de juego, entre las cuáles están, que es una actividad placentera y es motivada intrínsecamente pues no responde a recompensas externas o de otras personas. Además, de acuerdo a los diferentes estudios, se pueden distinguir diferentes funciones del juego: biológicas, intrapersonales, interpersonales y socioculturales (Schaefer y O’Connor, 1988).

La Terapia a través del Juego, también llamada Terapia de Juego, es un modelo de trabajo psicoterapéutico que se caracteriza, como su nombre lo indica, por utilizar el juego como una herramienta para abordar los problemas emocionales o de índole afectivo de los niños. Este modelo de tratamiento, que se ha desarrollado de acuerdo a diferentes teorías a través del tiempo, ha resultado en diversas técnicas de aplicación, materiales, escenarios de trabajo y personas involucradas en el proceso de cambio.

A continuación, se describirá en forma breve un recuento histórico, de algunas de las principales teorías desarrolladas sobre la terapia de juego.

a) S . F r e u d (1909). Históricamente, el caso del “Pequeño Hans”, sentó las bases del trabajo terapéutico con niños que sufrían desórdenes emocionales. Se conoce que Freud no trató directamente a “Hans”, sino a través de su padre a quien orientó en la comprensión del conflicto del niño y guió en sus intervenciones para tratar ayudar a resolverlo. (Krontal y Meschiany, 1998)

b) H u g – H e l l m u t h . En 1919 aplica por primera vez el juego en terapia, al utilizarlo como un medio para resolver las dificultades que se observaban en el análisis aplicado a niños en vez de adultos. (Krontal y Meschiany, 1998).

c) A n n a F r e u d y M e l a n i e K l e i n (Schaefer y O’Connor, 1988; Krontal y Meschiany, 1998) fueron las primeras en adaptar y posteriormente publicar, métodos sistematizados de aplicación del juego en el análisis con niños, lo que ha sido de gran relevancia para el desarrollo de la terapia de juego. La primera, utilizaba el juego principalmente como un medio para construir una relación de alianza terapéutica con el niño, y en la medida en que ésta se iba construyendo, la sesión de terapia se trasladaba lentamente hacia interacciones de tipo verbal. El terapeuta tenía un rol educativo. Así mismo, enfatizaba la conveniencia de ocultar la interpretación sobre la

transferencia negativa, la cual consideraba se convertía en un inconveniente para el cambio. Consideraba que el cambio en el niño se podía lograr con base en la transferencia positiva. Por otra parte, Melanie Klein proponía el uso del juego y del juguete como substitutos directos de las verbalizaciones, considerándolo como un medio natural de expresión ante la dificultad de los niños para comunicar sus emociones y pensamientos en forma verbal. Afirmaba que a través de los juegos, juguetes, personajes y roles que juegan, los niños representan sus conflictos, fantasías y experiencias reales, proporcionándoles seguridad ya que le permite el dominio de las amenazas, tanto internas como externas. De acuerdo a la técnica Kleniana, el terapeuta desde un inicio comienza haciendo interpretaciones directas de la conducta de juego del niño, ya que sustenta que la transferencia (tanto positiva como negativa) se presenta, y es a través de ésta que sus experiencias tempranas son reveladas, re-experimentadas e interpretadas en el juego.

d) E . E r i c k s o n. (1980) La actividad lúdica, para Erickson, tiene una función fundamental en la vida del individuo ya que a través de éste, el Yo puede, aunque reducidamente, trascender los límites del espacio y del tiempo, de la realidad social, de la conciencia y de los impulsos irracionales. El juego implica para éste autor, la confianza en el

medio ambiente y la capacidad de estar a solas en presencia del otro; en el juego, el niño ensaya la realidad y es una experiencia creadora en donde puede utilizar toda su personalidad. Para Erickson, el juego es en sí mismo una terapia de aplicación inmediata y universal.

e) **Virginia Axline**. Modificó el enfoque de terapia centrada en la persona, creado por Carl Rogers, en una técnica de terapia de juego para niños. La terapia de juego centrada en el niño, tiende a resolver el desequilibrio que surge entre un niño y su ambiente para facilitar el crecimiento natural, a través de la creación de una relación positiva de aceptación incondicional y genuino interés del terapeuta hacia el paciente, permitiendo a los niños explorarse a sí mismos con libertad, expresarse por completo e ir moderando sus sentimientos expresándolos en una forma socialmente apropiada. El terapeuta demuestra sensibilidad hacia los sentimientos de los niños reflejando sus emociones mostradas y manifestándoles su confianza en su capacidad de actuar responsablemente, estableciendo límites terapéuticos apropiados. (Bruhn, et al., 1999).

f) **D.W. Winnicott** (1979). Señala que el juego tiene cualidades distintivas. Tienen un lugar y un tiempo: el juego no

es una realidad psíquica interna, pero tampoco es el mundo exterior; además, el juego es hacer, y hacer requiere tiempo. Por otra parte, la capacidad de jugar se desarrolla a través de un proceso que implica desde el logro de la confianza en el ambiente hasta la capacidad de estar a solas en presencia de otro. A través del juego, el niño ensaya la realidad, manipulando fenómenos exteriores. Se observa un desarrollo en el juego, que va de los fenómenos transicionales al juego, de éste al juego compartido, y de él a las experiencias culturales. De acuerdo al autor, el juego involucra el cuerpo y la manipulación de los objetos y es en sí mismo satisfactorio. Winnicott señala que el juego es en sí mismo terapia, ya que en él, el niño está en libertad de ser creador y de utilizar su propia personalidad. Para él, la psicoterapia se realiza en la superposición de las dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Si éste último no sabe jugar, no está capacitado para la tarea; si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que lo consiga y después comienza la psicoterapia.

g) Algunos Enfoques Contemporáneos.

La Terapia Gestáltica para niños, desarrollada por Violeta Oaklander, es una técnica que usa el juego para permitir a los niños expresar sus problemas en una forma simbólica, y está basada en los principios de la terapia gestalt. Usa como

herramientas principales los juguetes, y muy frecuentemente las fantasías guiadas, dibujos y cuentos. Para Violet Oaklander (2002), el juego es la forma que adopta en el niño la improvisación dramática. A través del juego, el niño somete a prueba a su mundo y aprende sobre él. Es un simbolismo que sustituye a las palabras, a través del cual el niño vivencia cosas de su vida que aún no puede expresar en lenguaje, reformulando y asimilando lo que experimenta y a menudo resolviendo confusiones, angustias y conflictos. A través del juego, el niño puede ensayar sus propias nuevas formas de ser, por lo tanto, es esencial para su sano desarrollo. Por otra parte, la Terapia de Juego Familiar es una técnica innovadora que combina los elementos de la terapia de juego y la terapia familiar, involucrando así a la familia como un recurso de cambio cuando los problemas del niño se presentan en el contexto de las relaciones padre-hijo, ayudando a cambiar las interacciones entre estos. La terapia de juego familiar es flexible, y las actividades suelen ser planeadas con anterioridad por el terapeuta, respondiendo a los objetivos acordados con anterioridad junto con los miembros de la familia, y en donde el terapeuta tiene un papel educador, facilitador, modelo y compañero de juego. Esta técnica suele implementarse en forma adicional a otras intervenciones, más que ser utilizada como una terapia en sí misma. (Bruhn, et al., 1999).

2. LA TERAPIA DE JUEGO CON ENFOQUE PSICODINÁMICO.

La Terapia de Juego con orientación psicodinámica, está basada en los supuestos teóricos del psicoanálisis clásico, pero con modificaciones técnicas que otros autores como los mencionados en el apartado anterior, han desarrollado para adaptar los métodos al trabajo con niños.

Estos métodos mantienen como denominador común el uso del juego y los juguetes como medios para promover la expresión del inconsciente al proyectar en éstos en forma simbólica sus conflictos, y de ésta forma, colaborar en su resolución.

El análisis de los tipos de juego y juguetes elegidos, del desarrollo del juego y del simbolismo contenido en éste, son fundamentales en el proceso de la terapia, y marcarán las bases para identificar los cambios positivos esperados o la evolución favorable del conflicto.

A continuación se expondrá en forma breve, la metodología del trabajo llevado a cabo para la evaluación y tratamiento de Carlos y Mere.

Capítulo III

METODOLOGÍA

1. OBJETIVO DEL TRABAJO.

Los problemas de salud mental en los niños pueden ser abordados por diferentes profesionales, tales como psiquiatras, neurólogos y/o psicólogos, de acuerdo al tipo de problema a tratar. Sin embargo, como fue revisado en el capítulo anterior, el Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A) es un padecimiento de diagnóstico complejo por el conocimiento que aún se requiere tener sobre éste, circunstancia que genera frecuentemente errores en el diagnóstico. Por lo tanto ¿es la evaluación psicológica del estado emocional, un recurso necesario en la evaluación global que requiere el proceso diagnóstico del T.D.A?.

Por otra parte, se conocen problemas serios que se presentan asociados a éste padecimiento y cuya falta de tratamiento oportuno y adecuado, puede incrementar la severidad de la sintomatología y generar mayores problemas, lo cual nos lleva al planteamiento de otro problema: ¿es la psicoterapia una estrategia útil de aplicar, en el tratamiento de los niños que son diagnosticados con un T.D.A, cuando éstos experimentan también problemas de índole emocional?

Obtener información que ayude a dar respuesta a los problemas planteados, resulta significativo para lograr una mayor comprensión del T.D.A, y así colaborar en la implementación de tratamientos integrales eficaces.

2. PARTICIPANTES.

Para lograr los objetivos anteriormente expuestos, se presentarán los casos de Carlos y Mere (un niño y una niña de 9 y 8 años respectivamente) pacientes del CISAME. Sus nombres reales han sido cambiados para preservar su identidad.

Los motivos de consulta principales en ambos casos, fueron la presencia de problemas por bajo rendimiento académico y

conducta disfuncional en el ambiente escolar, que también se manifestaba en el hogar. Ambos niños recibieron en una primera valoración paidopsiquiátrica, la impresión diagnóstica de “Trastorno de la Actividad y la Atención en el subtipo de Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A)”.

Las citas programadas con los padres, se llevaron a cabo únicamente con la presencia de las madres, ya que en ambos casos, los padres no presentaron disponibilidad para acudir a las citas.

3. ESCENARIO.

Los procesos terapéuticos de los casos que se presentan en éste trabajo, se llevaron a cabo en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), ubicado en la Cd. de México, D.F.

Los niños fueron atendidos en un consultorio adaptado para efectos del tratamiento. El espacio estuvo equipado con un escritorio y sillas utilizados con mayor frecuencia para las entrevistas con las madres; así como una mesa y sillas infantiles que fueron empleadas para la evaluación de los niños y durante su tratamiento. La decoración del lugar fue sencilla, sin

estímulos que pudieran captar el interés del niño(a) de tal que forma que interfirieran con el tratamiento.

4. MATERIAL.

Los materiales con los que se contaron para la evaluación, fueron las pruebas psicológicas que se aplicaron, así como papel y lápiz. Para el proceso de tratamiento, se contó con diferentes juguetes destinados al objetivo del mismo y acorde al modelo terapéutico utilizado. Entre estos, se encontraba material de creación (plastilina, agua, papel, colores), material de construcción (bloques), juguetes para representación (títeres, muñecos miniatura), y juegos de tipo social (de suerte, de reglas). La lista completa del material utilizado, se presenta en el anexo 1.

5. PROCEDIMIENTO.

Los pasos que se siguieron para la atención proporcionada a Carlos y Mere, se describen a continuación con base a las distintas etapas y fases involucradas:

a) INGRESO. Carlos y Mere fueron canalizados por su respectiva escuela al CISAME. Como parte del procedimiento de ingreso a la clínica, ambos fueron valorados por personal médico paidopsiquiatra, quien estableció la impresión diagnóstica de T.D.A, en ambos niños.

b) PRIMEROS TRATAMIENTOS INDICADOS. Con base a la impresión diagnóstica emitida y los resultados del electroencefalograma practicado (que reflejó la presencia de inmadurez neurológica en ambos casos), a ambos les fue indicado un tratamiento farmacológico y terapia de aprendizaje. Al mismo tiempo, fueron canalizados al servicio de psicología para que se les realizara una valoración con el fin de descartar un déficit cognitivo que explicara mejor su bajo rendimiento académico.

c) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA. Como un primer paso del proceso de evaluación psicológica, se llevaron a cabo entrevistas con la madre y el niño(a), para complementar la información de la historia clínica. Se utilizaron para la evaluación psicológica, además del juego libre en el caso de Mere, y el dibujo libre en el caso de Carlos, instrumentos psicométricos y proyectivos, los que se enunciarán en la presentación que se realizará de cada uno de los casos.

d) **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO CLÍNICO.** Como resultado de la evaluación psicológica, se sugirió atención psicoterapéutica clínica paralela a los tratamientos farmacológicos y de aprendizaje ya indicados, para tratar los conflictos afectivos observados en cada uno de los niños. La atención psicológica fue individual, por medio de la terapia a través del juego con orientación Psicodinámica. Como parte del proceso, se llevaron a cabo entrevistas de seguimiento con las madres de los menores, en horarios diferentes a las sesiones de sus hijos. Los procesos de tratamiento aplicados, se pueden delimitar en tres fases, que para facilitar su descripción y delimitación, se presentan en forma gráfica en la tabla 3.1.

e) **SEGUIMIENTO.** Carlos inició los tres tratamientos indicados y sólo se mantuvo relativamente constante en el tratamiento psicoterapéutico. Carlos fue valorado por la psicóloga responsable en presencia de una co-terapeuta. Durante la aplicación del tratamiento, ésta última tomó el papel de terapeuta responsable, ante la salida planificada de la primera por la conclusión de sus actividades de residencia en el centro. Por su parte, Mere siguió los tres tratamientos indicados en forma constante. La evaluación y tratamiento psicológico de la menor, fueron proporcionados por un mismo profesional.

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO		
Fase Inicial	Fase Intermedia	Fase Final
Contempla las primeras sesiones.	Contempla el mayor número de sesiones	Contempla la observación y comprobación de cambios positivos estables en relación a la sintomatología.
Se establece el encuadre terapéutico.	Forma parte central del proceso de tratamiento.	Los objetivos planteados al inicio del tratamiento han sido cubiertos.
Se retoma el motivo de consulta.	Aquí, el niño expresa a través del juego sus conflictos, toma conciencia de los mismos, los elabora y re-edita para su resolución.	Se trabajan las fantasías y afectos que surgen en torno a la despedida.
Se retroalimenta sobre los resultados de la evaluación.	En análisis en ésta fase permite observar con mayor claridad el abordaje realizado ante los conflictos y efectos.	Se hace un recuento del tratamiento con el paciente y uno o ambos padres.
Se busca el compromiso del niño y los padres hacia el tratamiento, favoreciendo el enganche terapéutico.	Los cambios aún no son suficientemente estables como para determinar la finalización del tratamiento.	
El niño comienza a manifestar a través del juego y verbalizaciones sus dificultades y problemas, miedos y fantasías respecto al tratamiento.		

Tabla 3.1: Fases del tratamiento, sus características y funciones.

f) FINALIZACIÓN DE LA PSICOTERAPIA. El tratamiento psicológico de Carlos tuvo una duración de 27 sesiones, 12 de las cuáles fueron bajo la modalidad de co-terapia. Su tratamiento fue interrumpido sin previo aviso al terapeuta tratante durante la fase intermedia del mismo, por normas institucionales aplicadas ante su inasistencia en el seguimiento paidopsiquiátrico. Por tal

motivo, el tratamiento de Carlos sólo contempla la fase inicial y una parte de la intermedia. En cuanto al tratamiento psicológico de Mere, éste tuvo una duración de 39 sesiones, que involucraron las tres fases del tratamiento. Al final del proceso de psicoterapia, Mere estaba siendo re-evaluada por el psiquiatra responsable para suspender definitivamente el uso del medicamento en un proceso paulatino.

6. INDICADORES.

De acuerdo al análisis que hace Padilla (2003) de la psicoterapia de juego, el niño elige el material y el juego que requiere emocionalmente para la expresión de su inconsciente. Por tanto, los cambios en el material de juego, indicarán cambios en relación a los conflictos expresados, los cuáles pueden ser ubicados de acuerdo a la etapa de desarrollo psicosexual a la que corresponden dichos conflictos. Además, de acuerdo a Brazelton, Bergman y Simo (citados en Padilla, 2003): “la emergencia de un juego particular en el repertorio del niño, significa un logro en su desarrollo, mientras que la exploración a través del juego, de las soluciones a los problemas y una multitud de múltiples gratificaciones contribuye en una forma única al desarrollo del mundo interno de las

representaciones del niño. El juego es una creación y una transformación de las experiencias vividas” (p. 99). Por ello, los cambios cualitativos en el desarrollo del juego: a qué juega con el material elegido (contenidos manifiestos y latentes), que nuevo juego surge, la manera en que se juega, y el nivel de disfrute del juego, representan un indicador de la evolución del niño en el tratamiento.

Por otra parte, la teoría psicoanalítica explica que a mayor angustia mayor dificultad para la expresión directa del conflicto a través de la comunicación verbal; así como se espera que cerca de la fase final del tratamiento la expresión verbal de conflictos disminuya debido a la disminución del mismo. Por tanto, los cambios en relación a las expresiones verbales (afectos, pensamientos, comunicación de eventos significativos), marcarán una evolución en la elaboración que el menor haga del conflicto experimentado.

Finalmente, los cambios en los síntomas reflejan una evolución favorable del conflicto, si éstos generan un menor sufrimiento en el menor y si permiten una mejor adaptación del niño a su medio ambiente, reflejando el grado en que han sido alcanzadas las metas de la etapa de desarrollo en que se encuentra.

De acuerdo a lo anterior, para el análisis del tratamiento de psicoterapia aplicado a los menores, se observaron los siguientes indicadores de cambio:

a) MATERIAL DE JUEGO. Se refiere a cuáles juegos, juguetes y/o actividades fueron elegidos por el menor para la expresión de su conflicto, y su relación simbólica con los conflictos de acuerdo a las diferentes etapas de desarrollo.

b) DESARROLLO DEL JUEGO. Son los cambios cualitativos que realiza el menor en su juego, observados en los contenidos manifiestos a través del juego, en los contenidos latentes proyectados en el juego, así como la manera en que juega el menor y el disfrute del juego mismo².

c) EXPRESIÓN VERBAL DEL CONFLICTO. Se refiere a los temas que el niño aborda en forma verbal, directa y consciente (no simbólica) asociados a los conflictos que experimenta, ya sea en forma espontánea o como respuesta a las intervenciones realizadas.

² Un recuento de las conductas asociadas al juego y su correspondencia con las etapas de desarrollo psicosexual, se presentan en el anexo 2.

d) EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS. Se refiere a los cambios observados en relación a las características y gravedad de los síntomas que el menor presentaba como manifestación conductual de o los conflictos afectivos, tanto en el espacio psicoterapéutico como los reportados por la madre.

En el siguiente apartado, se expondrán los antecedentes clínicos más significativos de cada caso, así como los resultados de la evaluación psicológica aplicada. Los resultados de los instrumentos psicométricos, así como copias digitalizadas de los dibujos y la transcripción del contenido verbal expresado en las pruebas proyectivas aplicadas a los niños, se presentan en los anexos 3 y 4. Posteriormente se presentarán los resultados observados producto de la intervención psicoterapéutica llevada a cabo en cada niño.

Capítulo IV

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

1. PRIMER CASO: CARLOS, 9 AÑOS.

a) Motivo de consulta.

La madre de Carlos pidió atención en CISAME para su hijo, por sugerencia de la escuela. Carlos tenía 6 años de edad y presentaba altas probabilidades de reprobación su 1er año escolar debido a un bajo rendimiento académico, además se mostraba distraído, inquieto, y no tenía amigos.

En casa, Carlos llevaba a cabo con lentitud las actividades cotidianas como cambiarse o bañarse, se levantaba constantemente de la mesa a la hora de la comida, difícilmente permanecía sentado por lapsos prolongados de tiempo,

deambulaba de un lugar a otro, no obedecía indicaciones de los padres. Seis meses atrás había comenzado a jugar con fuego (ya había incendiado una lámpara) y había tomado dinero de la bolsa de la madre.

El niño fue diagnosticado en su primera valoración psiquiátrica con T.D.A y Trastorno del Desarrollo Escolar. Se le indicó tomar Metilfenidato (Ritalín) 1 pastilla diaria antes de acudir a la escuela. Además, le fue indicado un tratamiento de aprendizaje. De acuerdo a la madre, el medicamento fue suministrado durante 1 año aproximadamente en forma inconstante, informando que decidió suspender el tratamiento farmacológico a un año y medio de iniciarlo, debido a los dolores de cabeza que el niño presentaba y que fueron asociados al medicamento, así como a no observar cambios favorables y estables. El tratamiento de aprendizaje no fue seguido en forma estable debido a inasistencias frecuentes.

Carlos fue canalizado al servicio de psicología para su atención. Cuando se le conoció, Carlos ya contaba con 8 años y cursaba 3er año de primaria. Los problemas iniciales continuaban, además, se observaba frecuentemente irritable y agresivo con otros niños en la escuela, no obedecía en casa y estaba mostrándose agresivo en forma indirecta con el padre

(ej. dirigiéndole una palabra altisonante en volumen de voz muy bajo, a sus espaldas) y directa con la madre.

b) Descripción del paciente.

Carlos era un niño de estatura promedio, complejión media y apariencia alineada. Durante las dos primeras sesiones de valoración, la cara de Carlos reflejó temor y no accedió a separarse de la madre, quien tuvo que permanecer durante éstas sesiones dentro del cubículo. Durante los ejercicios solicitados pidió ayuda, supervisión constante y aprobación de la madre cuando estaba presente; también mostró una actitud de derrota al manifestar “no me sale” y “no puedo” antes de intentar realizar los ejercicios de mayor dificultad. Presentó además una importante dificultad para expresar sentimientos y pensamientos, simulando estar dormido como una forma de evasión.

c) Antecedentes familiares.

Carlos es el primer hijo en una familia de 4 miembros: padre y madre de 29 años ambos y un hermano de 6 años, al momento de la evaluación. Los padres vivían en unión libre desde hacía

12 años. La familia vivió en casa de los abuelos paternos durante los primeros 7 años de su vida en pareja. Posteriormente, se mudaron a la casa de la abuela materna. Durante el día, sus actividades las realizaban en casa de la familia paterna.

El padre y la madre, así como demás miembros de la familia del padre, trabajaban en el negocio de los abuelos paternos de Carlos (comercio de frutas y verduras). La abuela paterna administraba la economía de toda la familia, suministrando el dinero a la madre y padre de Carlos de acuerdo a lo que ella consideraba que necesitaban. La madre no recibía sueldo.

El padre de Carlos, es alcohólico y tenía antecedentes de consumo de solventes (thiner) desde antes del nacimiento del niño, sin tener conocimiento de que a la fecha de la valoración continuara su adicción a éstos últimos. Durante los primeros 6 años agredió en forma constante, tanto física como verbalmente a su pareja. El niño expresó que tenía mala relación con el papá por ser “enojón”; el padre reaccionaba en forma violenta y con gritos cuando estaba en estado alcohólico. Por otra parte, el padre viajaba frecuentemente para comprar mercancía fuera de la ciudad, motivo por el cual tenía poco contacto con el niño.

La madre, por su parte, era una mujer que presentaba un aspecto tímido, retraído y con dificultades para expresar sentimientos e ideas. Carlos constantemente solicitaba el contacto físico de su madre y su aprobación, sin embargo, ésta no respondía a su petición manteniéndose distante y estableciendo poco contacto visual hacia el menor. El contacto verbal por parte de la madre hacia el niño, observado durante la evaluación, frecuentemente tuvo como objetivo corregir su conducta. En casa, los abuelos paternos eran quienes ponían las reglas. Se conoció que el hermano de Carlos era su compañero de juegos, y mantenía una relación muy estrecha con el niño.

d) Antecedentes personales.

Carlos fue un niño planeado y deseado. Nació a término, por cesárea sin complicaciones. No se presentaron problemas de alimentación, control de esfínteres, desarrollo motriz o del lenguaje. Desde los 5 años, Carlos comenzó a presentar sonambulismo y pesadillas, una vez a la semana aproximadamente.

Cuando se le conoció, Carlos era un niño que presentaba un semblante generalmente tímido y serio. En la escuela, solía

agredir a sus compañeros cuando se sentía molesto y frecuentemente era sancionado por ese motivo. La agresión de Carlos y un deseo de permanecer cerca de la madre, tanto en casa como en escuela, incrementó a raíz de una discusión entre los padres en donde éste agredió físicamente a la madre y posteriormente llevó a vivir a los niños con otra mujer por un lapso de 6 meses aproximadamente, con quien la madre sospechó le era infiel. A su regreso, el niño comentó humillaciones (tales como ser vestido de niña) y agresiones sufridas por parte de la persona que los cuidaba.

e) Diagnóstico Psicológico.

Los métodos psicométricos y proyectivos empleados para la evaluación de Carlos, fueron los siguientes:

- Test Gestáltico Visomotor de Bender, método Koppitz
- Dibujo de Figura Humana, método Koppitz
- Dibujo de una Familia
- Escala de Inteligencia revisada para niños en edad escolar de Weschler (WISC-R)

- Test Evaluación de la Integración Visomotriz de Frostig 2^a Ed. (DTVP-2)
- Test de Apercepción Temática Infantil con figuras animales (CAT-A)

Mediante la aplicación de la escala Weschler, se estableció que la capacidad intelectual de Carlos era Normal. Sus mayores habilidades se encontraban relacionadas con el razonamiento numérico, el uso adecuado del lenguaje y la memoria a largo plazo. Carlos presentó dificultad para seguir secuencias numéricas, así como un juicio social pobre por lo que las soluciones ante problemas de índole social podían no ser siempre efectivas. Los resultados cuantitativos obtenidos en las diferentes subescalas, se muestran a continuación:

Escala Verbal		Escala de Ejecución	
<i>Subprueba</i>	<i>P.Normalizado</i>	<i>Subprueba</i>	<i>P.Normalizado</i>
Información	6	Fig. Incompletas	7
Semejanzas	8	Ord. De Dibujos	11
Aritmética	12	Diseño Cubos	9
Vocabulario	13	Comp. Objetos	9
Comprensión	7	Claves	8
(Ret. De Dígitos)	(7)	(Laberintos)	(4)

	P.Normalizado	CI
Escala Verbal	46	95
Escala Ejecución	44	91
Escala Total	90	92

Por otra parte, también se detectaron importantes dificultades de percepción visual en el menor que afectaban seriamente su desempeño escolar, tales como problemas para la percepción adecuada de la posición de figuras en el espacio, discriminación de figura-fondo, así como de cierre visual. A continuación se presentan los resultados cuantitativos obtenidos de la aplicación del Bender y DTVP-2:

Test Gestáltico Visomotor:

Errores observados:	Láminas
Distorsión de forma	Figuras A, 7 ,8
Total de errores	3
Nivel de Madurez Perceptomotriz:	Entre 8 años 6 meses y 8 años 11 meses
Conductas significativas observadas:	
Rotación de hoja (no de figuras) para la copia de láminas 1, 2 y 3 Calcó en un primer intento, las láminas 4 y 8	

DTVP-2:

Subprueba	P. Estandar	Percentil
Coordinación Ojo-Mano	3	1
Posición en el espacio	3	1
Copia	11	63
Figura-Fondo	2	Menor a 1
Relaciones Espaciales	14	91
Cierre Visual	3	1
Velocidad Visomotora	17	99
Constancia de Forma	12	75

Compuestos	Cocientes
Percepción visual general	87
Percepción visual con respuesta motriz reducida	67
Integración Visomotora	108

Las dificultades perceptomotrices observadas en Carlos, afectan de manera importante el proceso de un desarrollo normal de la lecto-escritura, además generan desorganización del material escrito, borraduras constantes (trabajos sucios), fácil distracción del material visual, inatención, dificultad para cambiar el foco de atención y dificultad para concentrarse en clase. Todas éstas eran dificultades que Carlos presentaba y que le provocaban baja motivación al logro, rechazo a las actividades académicas e inseguridad en la ejecución de sus acciones, lo que finalmente provocaban su bajo rendimiento escolar. Las consecuencias de su dificultad de percepción visual,

también generaban dificultades en casa debido al tiempo que le tomaba al niño realizar actividades cotidianas como vestirse, lo que llegaba a molestar a la madre.

En relación al área afectiva, se estableció que Carlos presentaba baja autoestima y sentimientos depresivos al experimentar su medio ambiente como hostil y agresivo. Carlos reaccionaba con agresión, como una forma de defenderse ante el medio ambiente agresivo en el que vivía, en donde no encontraba protección y seguridad. Carlos deseaba a su vez, defender a su madre de la agresión que sufría por parte del padre, pero se sentía impotente ante el miedo de ser dañado por éste. Aunado a ello, el niño se sentía culpable cuando la agresión la dirigía a su madre a quien percibía como una persona enojada y de quien no recibía protección. Por otra parte, Carlos no seguía indicaciones de los padres pues no eran ellos quienes le ponían límites, sino su abuela paterna quien le quitaba poder a la madre de éste. Por tanto, se estableció que el estado afectivo que estaba experimentando Carlos, incrementaba sus dificultades académicas y favorecía la presencia de los problemas de conducta en la escuela.

De acuerdo a lo anterior, la impresión diagnóstica de T.D.A fue rechazada, debido a que los síntomas se pudieron explicar mejor por las dificultades visuales y afectivas que fueron observadas en el niño³.

f) Tratamiento.

El tratamiento psicoterapéutico sugerido, tuvo como objetivo inicial ayudarle a expresar en forma funcional sus sentimientos y pensamientos, buscando disminuir las expresiones disfuncionales hasta ése momento presentaba Carlos (agresión y rebeldía). También, se estableció como objetivo de tratamiento ayudar al niño a incrementar su autoestima, su seguridad y disminuir los sentimientos depresivos que Carlos experimentaba como producto tanto de sus dificultades académicas reales como del medio ambiente inestable en el que vivía. Finalmente, se pretendió ayudar al niño a rescatar e identificarse con las partes positivas tanto del padre como de la madre, a entender y separar su responsabilidad de la responsabilidad de sus padres para así disminuir ansiedades que estaban afectando su equilibrio emocional y su rendimiento académico.

³ Para más información sobre la evaluación, consultar el anexo 3.

Se sugirió como parte importante, retomar en forma constante y estable el tratamiento de aprendizaje inicialmente indicado por el servicio de paidopsiquiatría, para ayudar al niño en el trabajo de sus dificultades académicas y así favorecer su rendimiento escolar, capacidad de logro, su autoestima y disminuir su rechazo a las actividades escolares. Este tratamiento no fue retomado en forma constante.

A la madre se le indicó, como un paso fundamental en el tratamiento de Carlos, iniciar un proceso de psicoterapia individual (el papá rechazó el tratamiento para su hijo y para sí mismo) al observar las repercusiones que estaba teniendo el conflicto entre los padres en el menor. La madre no dio seguimiento a ésta indicación.

Con la finalidad de ejemplificar el proceso de psicoterapia de Carlos, y facilitar así la comprensión de los cambios generados en las diferentes etapas de tratamiento (mismos que se exponen en el siguiente capítulo), a continuación se presenta una transcripción de dos sesiones de trabajo que corresponden a la etapa inicial e intermedia del tratamiento llevado a cabo con el menor.

Fase Inicial, Sesión no. 1. Llegan Carlos y su mamá 15 minutos tarde. Carlos está escondido tras su madre. Se le invita a pasar al cubículo, pero éste invita a pasar a la madre al consultorio a pesar de haberle explicado en la sesión de devolución de resultados que entraría solo a la sesión; incluso le pide a ella entrar primero que él. Se le pregunta sobre la posibilidad de estar solo para que hagamos algunas actividades y se niega, pidiendo a su mamá no salga del cubículo. Después de hacer una negociación acepta que en la siguiente sesión entrará solo. Tanto la madre como el niño se sientan frente al escritorio, uno a lado del otro. Durante la sesión el niño intenta acercarse a la madre y ella permanece sin moverse. Carlos vuelve a insistir en que no quiere venir a las sesiones, en ocasiones se ríe forzadamente y aunque se mueve de su asiento, se agacha y se recarga con su mamá. Cuando se le comenta sobre el estar junto a su mamá, parece que le da tristeza pensar en la separación y se le sale una lágrima. No habla al respecto. Al reencuadrar el objetivo del espacio, el niño menciona que los problemas en su escuela son por que un niño de 4º le pega y su hermano también le pega, de repente baja la voz y casi no se le escucha. Parece muy apegado a la madre, sin embargo ésta se muestra distante y le pide que no se acerque, que se siente bien en la silla y que conteste a lo que se le pregunta. Ante la renuencia del niño a venir, se le propone que experimente algunas sesiones, en donde

se jugará a lo que él quiera y se hablará de lo que él desee, y que después decida. Carlos escucha con atención y acepta venir una siguiente sesión.

Fase Intermedia, Sesión no. 26. Carlos llega 10 min. tarde. Le digo que parece cansado, me dice que se durmió tarde haciendo tarea. Su mamá lo ayudó pues tenía que copiar varias hojas y ella le dictó. Le pregunto si su papá no lo ayudó en esta ocasión, menciona que no pero que lo ha ayudado otras veces. Comienza a hablar respecto a cómo su papá lo ayuda, y menciona que se molesta cuando borra, también dice que le molesta que tenga sucios sus cuadernos, y lo regaña por ello. Le pregunto cómo es tenerlos sucios, y es precisamente tener errores. Le pregunto cómo le parece eso, Carlos menciona que le molesta porque le dice una cosa y luego otra. Después le pregunto qué otras cosas le molestan de su mamá, pues había mencionado la sesión pasada que le molestaba que le mintiera. Carlos se queda callado y finalmente dice que no recuerda. Le pregunto si él sabía que su mamá traería una carta de la escuela, Carlos dice que sí pero no sabía su contenido. Le pregunto si quiso saber antes de que su mamá trajera la carta, y Carlos dice que no. Al preguntarle por que cree que no quiso saber, Carlos se queda callado. Le digo finalmente que tal vez pensó que tenía malas noticias. Carlos se sonríe como aceptando la idea. Mientras observo que comenzó a

jugar Gato en la hoja, ya lleva tres hechos. Me invita al juego. Mientras jugamos, le muestro a Carlos una forma para asegurarse ganar. Carlos intenta aprender, pero en varias ocasiones menciona “ay!! es que me distraje, ahora si voy a poner atención”. Le pregunto entonces cómo siente cuando esto le pasa en la escuela, pues en otras sesiones lo ha mencionado. Carlos dice que hace “muchas tonterías” cuando no pone atención y se siente “mal”, le digo que son en esos momentos cuando mas trabajo le cuesta aprender. Carlos asiente.

Continuamos el juego, y le voy señalando a Carlos los momentos en que pudo ganar y no lo hizo, pues su atención estaba centrada en defenderse (que yo no le ganara) que en ganar él, y así perdía la oportunidad de ganar , así como pasa con lo que él piensa y siente por lo que ha vivido: parece que está mas concentrado en defenderse de todo lo que pasa, y en esas condiciones es difícil poner atención en la escuela y hacer las cosas bien, y puede ser que sientas que haces “tonterías”, porque en esas condiciones es mas fácil perder: reprobamos materias. Carlos dice que a veces no puede escribir porque le tiembla la mano, y agrega: “pero usted me dijo que yo no podía cambiar cosas de mis papás”. Le digo que no es su responsabilidad hacer que cambiaran cosas como el que su papá tomara, pues esa es decisión solo su papá la puede tomar, solo él puede decidir cambiar, pero aún así las cosas que pasan a su

alrededor le pueden generar sentimientos y pensamientos como tristeza, enojo, miedo, como cuando ve las peleas en su casa, que quisiera olvidar. Carlos recuerda una pelea entre sus tíos y vecinos donde lloró. Me dice Carlos: “ah, y usted me dijo que si platico así ya no me voy a sentir mal”. Le digo entonces que el hablar puede ayudar a sentirse mejor porque lo comparte y porque no lo deja uno todo lo que siente y piensa guardado en el cuerpo, pero también ayuda dibujar. Le pregunto a Carlos si a él le gustaría dibujar lo que siente, porque ciertamente a veces es difícil hablarlo. Carlos dice que la siguiente sesión le gustaría dibujar, tal vez dibujar ese miedo y ese enojo que ha sentido, para que yo también pudiera conocerlo mejor. Le recuerdo que en una ocasión hizo un dibujo, pero nunca hablamos de él, tal vez la siguiente sesión podría sacarlo y podríamos platicar sobre lo que dibujó. Carlos pregunta si la sesión ya va a terminar, le digo que si. Carlos entonces me pide jugar con tazos, jugamos un momento y finalmente terminamos.

2. SEGUNDO CASO: MERE, 8 AÑOS

a) Motivo de consulta.

Mere fue canalizada al centro por sugerencia de la escuela, debido a problemas que se observaban en su conducta y bajo rendimiento académico. Mere estaba cursando 2° año de primaria, al momento de su ingreso a la clínica.

La madre explicó que los problemas de conducta de la niña se debían a la presencia de un carácter dominante, era voluntariosa e irritable, fácilmente lloraba cuando no conseguía lo que deseaba y aventaba las cosas o empujaba a la persona con la que se enojaba. En la escuela, Mere aceptaba como compañera de juegos únicamente a su hermana menor y era rechazada por otros niños ya que no querían incluirla en sus juegos. En casa, prefería juegos solitarios y si jugaba con su hermana, ella era quien ponía las reglas y controlaba el juego, motivo por el cual la hermana no deseaba jugar con ella.

En cuanto a los problemas académicos, la madre mencionó que constantemente recibía observaciones de que distraía de las actividades que le solicitaban hacer, por lo que no terminaba

sus trabajos escolares y tareas. Además, cuando se le preguntaba algo parecía estar con la mente en blanco, no anotaba tareas completas y olvidaba o perdía constantemente sus útiles escolares. Esta situación se observó desde 1° de primaria.

b) Descripción de la paciente.

Mere era una niña de complexión gruesa y estatura promedio. Su edad aparente iba acorde a su edad cronológica. Acudía a las citas en horario de 9:00 a.m, con una apariencia física muy limpia y cuidada, vestida con su uniforme escolar a pesar de tener un horario escolar vespertino, esto debido a que así “ahorra tiempo” (sic. paciente) ya que saliendo de consultas acompañaba a su mamá al gimnasio y no llegaba a casa sino hasta la hora de la comida.

Su postura corporal se caracterizó en los primeros contactos por ser rígida, estando todo el tiempo sentada en la misma posición. Mostró un semblante frecuentemente ansioso y fueron observados constantes movimientos de manos y pies mientras respondía a las preguntas realizadas. Habló con una voz agradable y en tono bajo. Durante la entrevista realizada a la niña y el inicio de evaluación, Mere parecía ser poco expresiva

verbalmente, limitándose a responder en forma corta a las preguntas del entrevistador, manteniendo una sonrisa constante.

En cuanto a su producción del pensamiento, éste se observó retardado con la respectiva dificultad para verbalizarlo, expresando constantemente frases tales como “cómo te lo digo...”, “cómo te lo explico...” posterior a silencios prolongados cuando se le hacían preguntas de entrevista o evaluación. En relación a la realidad en el contenido de pensamiento no se observan anomalías.

c) Antecedentes familiares.

Mere es la segunda hija en una familia de 5 miembros: padre de 43 años, madre de 42, un hermano de 12 y una hermana de 6 años, al momento de la evaluación. La madre, ingeniera textil, se desempeñaba en su casa como modista; el padre, arquitecto, era el principal proveedor económico en casa. La madre no tenía como planes casarse expresando que “estaba muy contenta soltera ganando dinero”. El padre tampoco tenía planes de casarse, sin embargo al año de noviazgo, la pareja decidió vivir en unión libre manteniendo una relación estable. Los tres embarazos no fueron planeados, sin embargo, la noticia sobre el embarazo de Mere fue especialmente recibida por la

madre como difícil, debido a una crisis económica que experimentaban en ese momento.

En relación a las interacciones familiares, el papá de la niña era físicamente más cariñoso y paciente con sus hijos, la madre era especialmente menos afectuosa y poco tolerante con Mere, reaccionando con gritos y dándole nalgadas cuando no obedecía. La reacción de Mere ante su madre era de llanto, sin expresar palabra. Mere tenía mejor relación con su hermano mayor que con la hermana. La niña fue descrita por su madre como una persona que no aceptaba el contacto físico por parte de los demás, especialmente por parte de la madre. La familia había vivido todo el tiempo en una casa en donde, por limitaciones de espacio, dormían en una misma recámara.

d) Antecedentes personales.

Mere presentó complicaciones por hipoxia neonatal de leve a moderada al momento de nacer. Se le suspendió la alimentación por seno materno a los 2 meses de edad, debido a una separación física con la madre quien tuvo que cuidar a su propia madre hospitalizada. La abuela paterna, quien vivía fuera de la ciudad, cuidó a la niña por 2 meses. En éste tiempo la

madre no tuvo contacto físico con Mere. El padre llegó a expresar que la niña lo veía en forma distante e indiferente cuando la visitaba, volteando la cara en sentido opuesto a la de su presencia; la madre no observó cambios en la niña.

La madre manifestó que desde pequeña, Mere lloraba constantemente y dormía menos en relación a otros niños de su edad, acentuándose a partir de los 2 años el sueño intranquilo.

Mere ingresa a una estancia infantil a los 3 años, sin presentar problemas de adaptación. Ahí se le informó a la madre que la niña rechazaba hacer actividades que se le pedían, como hacer bolitas y palitos, posiblemente por inmadurez. Durante preescolar se observó que Mere no convivía con otros niños. Al ingresar a primaria, inicia con problemas de comprensión al no entender las instrucciones que se le daban, además, se le reportó como inquieta ya que constantemente platicaba y se paraba de su lugar.

Al momento de la valoración, Mere era una niña que dedicaba mucho tiempo a hacer sus tareas sin embargo parecía que se le dificultaba por no comprender lo que debía hacer, motivo por el cual lloraba.

e) Diagnóstico psicológico.

Los métodos psicométricos y proyectivos empleados para la evaluación de Mere, fueron los siguientes:

- Test Gestáltico Visomotor de Bender, método Koppitz
- Dibujo de Figura Humana, método Koppitz
- Dibujo de su Familia
- Escala de Inteligencia revisada para niños en edad escolar de Weschler (WISC-R).
- Sesión de juego libre.

Con la aplicación de la escala Weschler, se estableció que Mere presentaba un rendimiento intelectual Normal Bajo. Se observaron dificultades especialmente en relación a la capacidad de comprensión verbal, secuencia auditiva y planeación. Ante las tareas de tipo verbal, presentó un incremento en los signos de ansiedad y tiempos de reacción. A

continuación, se presentan los resultados cuantitativos obtenidos en las diferentes subescalas del **WISC-R**:

Escala Verbal		Escala de Ejecución	
<i>Subprueba</i>	<i>P.Normalizado</i>	<i>Subprueba</i>	<i>P.Normalizado</i>
Información	7	Fig. Incompletas	9
Semejanzas	9	Ord. De Dibujos	8
Aritmética	8	Diseño Cubos	10
Vocabulario	8	Comp. Objetos	10
Comprensión	7	Claves	8
(Ret. de Dígitos)	(7)	(Laberintos)	(7)

	P.Normalizado	CI
Escala Verbal	39	86
Escala Ejecución	45	92
Escala Total	84	88

Por otra parte, se observó un nivel de madurez visomotriz normal en relación a lo esperado para una niña de su edad. Sin embargo, mostró dificultad para planear u organizar el material que se le da. Los resultados cuantitativos del **Test Gestáltico Visomotor de Bender** se muestran a continuación:

Errores observados:	Láminas
Rotación	2
Perseveración	6
Total de errores	2
Nivel de Madurez Perceptomotriz:	Entre 8 años 6 meses y 8 años 11 meses

A través de la evaluación del estado afectivo de Mere, se estableció la presencia de niveles altos de ansiedad lo que incrementaba su dificultad para el acopio de información, planeación y reacción ante problemas, mermando la efectividad en los resultados de sus acciones y en su aprendizaje escolar. Esta misma ansiedad se manifestaba en la inseguridad que presentaba la niña en su actuar, preocupándose por conducirse adecuadamente en todo momento.

Mere era una niña tímida, insegura, retraída y sensible a lo que pasaba a su alrededor. El principal problema observado estaba en la relación distante con su madre, tanto afectiva como física, pues parecía no haber aceptado emocionalmente su maternidad convirtiéndose en una madre exigente y poco tolerante hacia la niña. Tal situación incrementaba la angustia en la paciente por el deseo de cumplir con las exigencias de su madre.

En su relación con otros, Mere vivía sentimientos de inferioridad, buscando apoyo directo en su hermana menor a través de la cercanía física con ella. Sin embargo, estaba presentando dificultades para entablar relaciones estables con

sus pares y su hermana, debido a que estaba repitiendo los patrones de exigencia y poca tolerancia de su madre en ellos.

Finalmente, se observó que Mere mantenía una buena relación con las figuras masculinas, sin embargo, ésta situación parecía estar complicando la relación con la madre al competir con ella por el amor del padre (complejo de Edipo no resuelto).

Cabe señalar, que la valoración psicológica no pudo confirmar la presencia del T.D.A que el paidopsiquiatra tratante había establecido como impresión diagnóstica, debido a que los síntomas observados no fueron suficientes en cantidad y gravedad. Sin embargo, Mere ya había iniciado un tratamiento farmacológico con Metilfenidato (Ritalín) desde hacía mas de 6 meses antes de la evaluación psicológica aplicada, con una dosis de una toma al día antes de la actividad escolar, dosis que no fue suspendida a pesar de la recomendación hecha al médico paidopsiquiatra tratante, para fines de evaluación. Debido a que fue valorada bajo los efectos del medicamento, es posible que los signos asociados al T.D.A estuvieran controlados por los efectos del mismo medicamento⁴.

⁴ Para más información sobre la evaluación, consultar el anexo 4.

f) Tratamiento.

El tratamiento psicoterapéutico sugerido a Mere, estuvo enfocado primordialmente a mejorar la relación de la niña con la mamá, buscando reducir con ello los niveles de ansiedad observados en la paciente y las consecuencias de ésta sobre su aprendizaje y conducta. Tuvo una duración de 44 sesiones de trabajo individual, con algunas sesiones de seguimiento con la madre. A la madre se le sugirió iniciar un tratamiento individual al momento de devolver los resultados de la valoración. La propuesta fue aceptada y llevada a cabo desde el inicio del tratamiento.

Al igual que en la presentación del caso anterior, con la finalidad de ejemplificar el proceso de psicoterapia llevado a cabo con Mere y así facilitar la comprensión de los cambios generados en las diferentes etapas de tratamiento, a continuación se presenta una transcripción de dos sesiones de trabajo que corresponden a la etapa inicial y final del tratamiento de la niña.

Fase Inicial, Sesión no. 1. Mere llega puntual a sesión. Al entrar elige sentarse en una de las sillas pequeñas. Al preguntársele cómo ha estado, ella platica respecto a los juegos que realizó en la semana, pero su tiempo de respuesta fue

considerablemente largo observándose conductas ansiosas (frotarse las manos, tocarse la cara, sonreír constantemente y respira profundamente) antes de dar su respuesta. Se encuadra el proceso de terapia. Mere dice que en ocasiones se olvida de las cosas y se distrae en la escuela o en la casa. Cuando se le da a elegir qué quiere hacer, ella pide jugar con la casita miniatura. El juguete incluye 5 personajes: mamá, papá, hermano, hermana y un perro. Al abrir la casa y observar que los muebles estaban en desorden expresa “probrecitos, están todos desordenados”. Fue ordenada y meticulosa para acomodar los muebles, ocupando gran parte de la sesión para ello. Al final coloca a la madre y al padre tomados de la mano en la cocina y a los hijos viendo la tele. Se observó dificultad para ponerle nombre a los personajes, eligiendo para la madre y la hija el nombre de su madre real, dando otros nombres al padre y al hijo. El tema que elige en el juego es que la familia está en casa, los hijos están en edad escolar pero están de vacaciones. Elige jugar con el padre y la hija, me da a mí a la madre y al hijo. En el juego, los hijos iban al parque a jugar. Mere habla poco, y en ocasiones se ríe como apenada por las voces que hago durante el juego. Los niños juegan en el parque con los columpios mientras papá y mamá están “juntos cocinando”. Después regresan a la casa. Termina el tiempo de sesión, y ella concluye el juego diciendo

que la familia se queda en la casa comiendo. Expresa querer continuar la siguiente sesión jugando con la casita.

Fase Final, Sesión no. 28. Mere llega puntual a su cita. Le pregunto a Mere cómo ha estado y cómo se siente ahora que pronto entrará a la escuela, y Mere manifiesta gusto por entrar a clases, me cuenta que aún le falta una plana y media para acabar la tarea. Observo que constantemente mueve los pies, se lleva las manos a la boca como mordiéndose las uñas y parpadea frecuentemente. Le digo que me da la impresión de que está ansiosa, nerviosa y le pregunto si así se siente. Mere me dice que no, y me pregunta por qué pienso eso. Le digo que he observado que se está mordiéndose las uñas y está parpadeando mucho, así como moviendo los pies y por eso me dio la impresión de que algo pasaba. Mere vuelve a expresar que no siente nada. Le pregunto por qué cree que en esta sesión está parpadeando mucho, así como le pregunto también si lo había notado. Mere me dice que su mamá ya le había dicho en estas vacaciones que estaba parpadeando mucho, y que le pasa cuando no usa lentes, porque solo cuando va a la escuela se pone lentes y como en vacaciones no se pone le arden los ojos y parpadea. De las uñas, comenta que “solo algunas veces me las muerdo”. Le pregunto cuándo le pasa eso, pero Mere dice que no sabe. Le digo que algunas personas se muerden las uñas

cuando están nerviosas como cuando entran a la escuela, o cuando tienen exámenes o cuando algo pasa en casa por ejemplo. Le pregunto si algo como esto le pasa y Mere me dice que no, que solo “en poquititas veces lo hace”. Le pregunto entonces por qué cree que en este momento le dieron ganas de morderse las uñas. Mere se sonrío y me dice que quiere jugar. Comienza a ver los juguetes y expresa que no sabe a que jugar, explora los juguetes y pregunta qué había dicho que quería jugar esta sesión, y le digo que había expresado que quería pintar. Mere expresa con su cara incredulidad y posteriormente dice que prefiere jugar a otra cosa. Finalmente señala que quiere jugar a la casita. Toma el juguete y lo coloca en el escritorio. Acomoda las piezas. En la recámara de los papás pone también la cama de los hijos. Al observarlo, le señalo que todos van a dormir en la misma habitación a lo que Mere comenta que “no tienen mas espacio”. Le pregunto entonces, a los niños de esa familia qué les gustaría, a lo que responde que no sabe. Le digo que a algunos niños les gusta mas dormir con sus papás porque así escucha o ven lo que platican o lo que hacen ellos. Mere se sonrío y expresa que a los niños les gustaría tener su propio cuarto y comienza a buscar espacio para colocar la cama de los niños en otra habitación. Termina de acomodar la casita y coloca a los personajes. Mere toma al papá y a la hija, por tanto yo a la mamá y al hijo. Mere pone los nombres. Pregunta cómo

jugaremos y finalmente señala que el papá ya se levantó para irse a trabajar, los hijos están durmiendo y la mamá va a hacer el desayuno. Durante esta historia, el padre es un padre que se muestra afectuoso: llegará temprano del trabajo para jugar con sus hijos, se despide de ellos y de la mamá de beso. Por otra parte, los hermanos muestran buena relación entre ellos y la hija acepta las indicaciones y se presenta el acercamiento físico con entra la hija y la madre. Cuando es ya hora de cerrar la sesión y señalarle a Mere, le expreso lo que observé de la familia. Le digo también que pareciera que ahora le cuesta mucho menos trabajo el decidir cosas como a qué jugar, qué nombre poner a los personajes, cómo jugar, y le pregunto cómo se siente por esto a lo que la niña responde “contenta, me gusta”. Le expreso que ahora que está tomando mas control sobre su concentración le cuesta menos trabajo ciertas cosas que necesitan la concentración como el estudiar pero también el jugar y eso le ayuda a disfrutar mas ambas cosas: aprender y jugar. Mere toma el cubo que está en el escritorio e intenta una vez mas armarlo. Le digo que parece que en verdad quiere lograr armar el cubo, Mere solo sonrío mientras hace esfuerzo por armarlo. Después de unos momentos lo logra y sonrío ampliamente. La felicito por su logro, y le pregunto qué se siente lograr algo que parecía que era difícil y que le había costado trabajo conseguir. Mere dice “pues bien, contenta”. Le digo que así como le pone contenta

conseguir armar el cubo, así de contenta la pone los logros que ha obtenido al concentrarse mas, tales como el aumentar sus calificaciones y poder aprenderse las cosas de la escuela mas fácilmente. Mere sonrío. Comienza a guardar la casita y mientras lo hace expresa que le gustaría que los monitos con los que jugamos a la casita fueran marionetas como “aquellas que mi mamá trajo” y agrega que le gustaría que la próxima sesión jugáramos con esas marionetas.

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos a partir de los procesos de evaluación y psicoterapia implementados en los dos pacientes, cuyos casos fueron expuestos en éste capítulo.

Capítulo V

RESULTADOS

El presente trabajo, tuvo como objetivo valorar la necesidad de la evaluación psicológica del estado emocional en niños cuya impresión diagnóstica sugiere la presencia de un Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A). Así mismo, se pretendió valorar la utilidad del espacio de psicoterapia para el tratamiento de los conflictos afectivos observados a través de la evaluación de dichos pacientes.

Se iniciará la presentación de resultados, con la exposición de los aspectos más relevantes del tratamiento y de los cambios observados en cada uno de los pacientes, a partir de la conclusión que se llevó a cabo sobre el diagnóstico inicial emitido y los resultados de la valoración del estado afectivo.

Posteriormente, se presentarán la descripción detallada de los cambios observados en cada fase de los tratamientos aplicados, de acuerdo a los diferentes indicadores analizados.

1. ASPECTOS MÁS RELEVANTES DE LOS TRATAMIENTOS APLICADOS.

a) Carlos.

De acuerdo a los resultados de la evaluación psicológica, el diagnóstico de T.D.A en el menor fue descartado, debido a que sus problemas de atención y académicos eran explicados mejor por dificultades perceptomotrices y un estado depresivo, motivo por el cual se determinó iniciar el tratamiento psicológico.

El primer conflicto que emergió a través del espacio terapéutico, fue en relación a la separación física de su madre, que pudo ir dominando a través del juego de las escondidas en donde proyectó su temor al abandono por parte de la figura principal (experimentado en forma real meses atrás), ayudándole simbólicamente a dominar ese miedo y sentirse más seguro.

También, llevó juguetes propios como medio para incrementar su seguridad en el ambiente desconocido.

Debido a que Carlos se encontraba ya cursando la etapa de latencia, en donde los conflictos se comienzan a aplacar, aún cuando no se hayan resuelto por entero, el niño presentó inicialmente gran dificultad para la expresión consciente de sus experiencias vividas asociadas a sus conflictos afectivos, utilizando juegos propios de la etapa como resistencias a abordar la problemática. A pesar de ello, se observa a lo largo del tratamiento una evolución positiva, lamentablemente sin llegar a constatar la estabilidad del cambio, debido a la terminación abrupta del tratamiento.

En relación al material de juego, Carlos hizo cambios paulatinos, usando juegos propios de la etapa de latencia como resistencia, a los juegos propios de las etapas que presentaban mayor conflicto: la anal y la edípica, para finalmente utilizar el juego correspondiente a la etapa de latencia normal.

Por otra parte, a través de su juego, Carlos progresó de una manifestación ambivalente, hacia la simbolización principalmente del enojo y tristeza contenidos, así como gran competencia. En la medida que sus conflictos fueron

proyectados en el juego, se observó también mayor facilidad para abordar verbalmente sus experiencias significativas, las cuales se centraron la mayor parte del tiempo en la problemática de sus padres, origen de sus propias angustias.

Paralelo a la evolución que se observa en su juego y expresión verbal del conflicto, se va percibiendo en el análisis de las sesiones y a través de la comunicación con la madre, una disminución en la gravedad de los síntomas, entre estos: mejora calificaciones, mejora la atención en la escuela, acepta la ayuda en tareas, disminuye el conflicto con el hermano, disminuyen los temores y se presenta mayor facilidad para expresar emociones.

Sin embargo, debido a la suspensión del tratamiento, no se pudo constatar la estabilidad de los cambios ya presentados, quedando aún conflictos significativos pendientes de resolución ya que como resultado de la expresión de las emociones de enojo y tristeza Carlos expresaba abiertamente su enojo a los padres cuando se sentía agredido por éstos.

b) Mere.

En este punto, resulta significativo recordar que Mere fue evaluada bajo el efecto del medicamento para el tratamiento de un T.D.A (Metilfenidato), y debido a ello, no se pudo confirmar ni descartar el T.D.A a falta de síntomas y gravedad en los mismos. Sin embargo, existía un nivel alto de ansiedad en la menor, determinado a través de la evaluación psicológica realizada, que se explicaba mejor por la presencia de conflictos de tipo edípico. Estos conflictos se pusieron de manifiesto durante el abordaje terapéutico, y fueron elaborados a través del mismo.

En relación al tratamiento de Mere, se puede observar al igual que en el tratamiento de Carlos, una evolución positiva. En cuanto a los cambios observados en relación al material de juego, Mere inicialmente elige material para comunicar conflictos de tipo anal y edípico. Paulatinamente, en la medida en que los conflictos se van elaborando, los materiales de juego se van asociando a la fase de latencia por la que se encontraba cursando. Así mismo, resulta destacable el uso que hace Mere del juego para la expresión de sus conflictos, utilizándolo desde el inicio como medio principal ante su gran dificultad para estructurar su pensamiento.

El conflicto afectivo principal de Mere, estaba originado en la relación distante que mantenía con la madre lo que dificultaba cumplir las metas de la fase edípica. En la medida en que Mere fue re-editando y elaborando su conflicto a través del juego, se observó también mayor facilidad para la expresión verbal de pensamientos y sentimientos, concluyendo el tratamiento al constatar la creación y mantenimiento de relación positiva de la niña hacia la madre. Así mismo, se pudo constatar cambios en relación a los síntomas, los cuales paulatinamente desaparecieron: Mere mejoró significativamente su rendimiento académico, mantuvo un grupo de amigas en la escuela, incrementó su creatividad, disminuyeron los miedos y síntomas de ansiedad, mejoró la relación con la hermana, entre otros.

Al final del tratamiento, Mere estaba siendo re-valorada por el médico psidopsiquiatra tratante con la finalidad de suspender definitivamente el medicamento, en forma paulatina, debido a la mejoría reportada.

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS CAMBIOS.

A continuación, se presentarán los resultados de las intervenciones llevadas a cabo en los procesos de psicoterapia a Carlos y Mere, los cuáles se muestran detallados en las tablas 5.2.1 a 5.2.8.

La información se ha organizado de acuerdo a los indicadores de cambio, para facilitar la comparación entre las diferentes fases de los tratamientos. Así mismo, los cambios observados en cada fase, se mencionan en el orden en que se fueron presentando durante el tratamiento, es decir, los primeros datos corresponden a los primeros cambios observados de acuerdo al indicador analizado, y así subsecuentemente.

Sin embargo, cabe recordar, que debido a la suspensión del tratamiento de Carlos sin previo aviso, éste sólo se aplicó hasta su fase intermedia, motivo por el cual solo se presentan los cambios correspondientes a las primeras dos fases del tratamiento.

a) TRATAMIENTO DE CARLOS

Tabla 5.2.1: Material de Juego

<p style="text-align: center;">Fase Inicial 7 sesiones</p>	<p style="text-align: center;">Fase Intermedia 20 sesiones</p>
<p>Se implementó el juego libre, en donde se manifiesta juego correspondiente a la etapa de separación-individuación, así como juegos de etapa de latencia. Al inicio, Carlos trae sus propios juguetes, mismos que utiliza en sesión. Los cambios observados fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Se presentan juegos de entrega: juega a esconderse de las terapeutas ante el inicio de sesión (antes de entrar al cubículo), y con su trompo 2°. Aparece el juego correspondiente a la fase de latencia: juega con sus tazos, dominó, y con su pirinola 	<p>Se implementó el juego libre. Carlos comienza seleccionar juegos que se encuentran en el cubículo. Los cambios observados fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Se presentan juegos de fase de latencia: juego de mesa “huevo cartoon” (propio), juego de memoria de movimientos, el Lince, juego de roles 2°. Aparece el juego configurativo: dibujo libre en donde hay personas 3°. Surge el juego correspondiente a la fase anal, en donde se manifiesta conflicto: juego de policías y ladrones, juego con el Pushing-bag, 4°. Se presentan los juegos de alta competencia, correspondientes a la fase edípica: juego con dardos, juego de pesca, UNO, memorama.

Tabla 5.2.2: Desarrollo del Juego

<p style="text-align: center;">Fase Inicial 7 sesiones</p>	<p style="text-align: center;">Fase Intermedia 20 sesiones</p>
<p>Durante ésta fase, se observó la siguiente evolución en el desarrollo del juego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Carlos trae sus propios juguetes a la sesión, y los prefiere sobre los que están en el cubículo. 2°. Cambia reglas en la elección de turnos, proyectando su deseo de ser el primero y tener el control sobre el juego. 3°. Rompe reglas o las cambia, para favorecer su posición en el juego. 4°. Manifiesta sentimientos ambivalentes hacia el hermano 5°. Le cuesta trabajo aceptar comentarios positivos sobre sus capacidades, evadiendo el tema o cambiando de actividad. 6°. Hacia la 3ª sesión, muestra ayuda en el juego a su oponente, como una forma de corregir el daño hecho 	<p>Durante ésta fase, se observó la siguiente evolución en el desarrollo del juego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Carlos presenta conductas de evasión cuando se toca el tema de emociones. 2°. Hace énfasis en su deseo de solo jugar aquellos juegos en donde se gana o pierde y sobre todo los que ya domina. Le resulta difícil perder. 3°. Ante la dificultad para la manipulación del material de juego que aún no conoce o domina, Carlos muestra una actitud pueril (tono de voz y conducta al manifestar “no puedo”), sin embargo no pide ayuda y prefiere cambiar de actividad. 4°. Comienza a mostrar mayor habilidad para aprender de los juegos nuevos, manifestándose orgulloso cuando le es señalada su facilidad para aprender a jugarlos. 5°. Los juegos que comienza a elegir, requieren mayor

<p>al romper las reglas.</p>	<p>movimiento, concentración y memoria.</p> <p>6°. Carlos comienza a aceptar ayuda del terapeuta cuando muestra dificultad para llevar a cabo una actividad (por ejemplo leer).</p> <p>7°. Muestra sorpresa y gratificación, al explorar los diferentes materiales que puede elegir para jugar.</p> <p>8°. Manifiesta una actitud de fuerte competencia con la figura del terapeuta y con la del hermano, deseando tener el control del juego. Esto está asociado a cambios en casa y manifestación de preferencia abierta del padre hacia su sobrino.</p> <p>9°. Demuestra mayor confianza hacia la terapeuta, llamándole por su nombre en vez de “usted”, así como mayor enganche al proyectar a través de un juego largo, su deseo de no querer terminar las sesiones.</p> <p>10°. Los juegos con contenido agresivo comienzan a aparecer. Simboliza en su juego su enojo contenido, sin embargo, ante la manifestación abierta de éste, Carlos se angustia y cambia el juego.</p>
------------------------------	---

Tabla 5.2.2. Desarrollo del Juego, continuación.

	<p>11°. Utiliza el pushing-bag para la expresión del enojo contenido en forma sublimada.</p> <p>12°. A través del cuento de Peter-Pan, comienza a elaborar los celos hacia el primo, proyectados en la figura del hermano, y el enojo que ésta situación le provoca.</p> <p>13°. Reaparecen los juegos con alto grado de competencia, en donde si va perdiendo pide cambiar de juego y cuando va ganando, muestra culpa, queriendo entonces ayudar a la terapeuta a mejorar su juego omitiendo las reglas.</p> <p>14°. Vuelve a presentarse a sesión con su propio material, pero decide jugar con el que está en el cubículo.</p> <p>15°. Comienza a dar alternativas para concluir el juego elaborando reglas aceptables, cuando por tiempo no puede terminarse como dicen las reglas originales.</p> <p>16°. Muestra iniciativa al querer aprender nuevos juegos, centrandó su atención en mejorar sus propias capacidades, en vez de concentrarse en el juego del oponente. No vuelve a romper reglas.</p>
--	--

Tabla 5.2.2. Desarrollo del Juego, continuación.

Tabla 5.2.3: Expresión Verbal del Conflicto

<p style="text-align: center;">Fase Inicial 7 sesiones</p>	<p style="text-align: center;">Fase Intermedia 20 sesiones</p>
<p>Durante ésta fase, se observan los siguientes cambios en Carlos, en relación a la expresión verbal de sus conflictos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Expresa su inconformidad sobre estar en el espacio de psicoterapia. 2°. Expresa como motivo de consulta tener problemas con un niño de la escuela y su hermano porque lo golpean. 3°. Menciona su inconformidad cuando no tiene el 1er lugar en el juego. 4°. Dice entre dientes, su inconformidad sobre situaciones que le incomoda, tal como no romper reglas en los juegos. 5°. Relata un evento en donde resulta lastimado físicamente por un perro, ante la ausencia de la madre y la presencia de su abuela. 6°. En la 2ª sesión, expresa su sentimiento de miedo ante 	<p>Durante ésta fase, se observan los siguientes cambios en Carlos, en relación a la expresión verbal de sus conflictos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Expresa sentimientos ambivalentes sobre el deseo de conocer lo que se habla con su madre en las citas programadas con ella. 2°. Dice que prefiere jugar a hablar, dando muestra del uso de juego como medio de evasión del conflicto, no como medio de expresión de mismo. 3°. Menciona su dificultad para hablar sobre lo que le duele o pone triste 4°. Dice sentir “nervios” ante los juegos de competencia que elige jugar con el terapeuta. 5°. Expresa querer estar presente en la siguiente cita programada con la madre 6°. Muestra insistencia para involucrar al hermano en la terapia.

<p>la ausencia de mamá.</p> <p>7°. Con un cambio de tono de voz (más pueril), habla sobre sus sentimientos de angustia ante la ausencia de la madre.</p> <p>8°. Dice tener miedo por la noche, no identifica a qué o por qué.</p> <p>9°. Relata acciones a través de las cuales le muestra su enojo a su papá, como pegarle chicle en los zapatos</p> <p>10°. Habla sobre los problemas que el papá tiene en su trabajo.</p> <p>11°. Hacia la 6ª sesión, Carlos habla sobre el problema de alcohol de su papá y el miedo que le provoca verlo en éste estado.</p>	<p>7°. Habla sobre sentir vergüenza cuando dice groserías, a pesar de que en casa la familia se comunica con groserías.</p> <p>8°. Menciona sentir miedo ante los eventos agresivos que ha visto en el papá como resultado de su alcoholismo.</p> <p>9°. Expresa su deseo de no ser grande, de no crecer.</p> <p>10°. Reconoce sus dificultades de concentración en la escuela</p> <p>11°. Expresa que siente tristeza por el problema que hay entre papá y mamá, y le da miedo cuando pelean</p> <p>12°. Reconoce la agresión que dirige hacia su hermano</p> <p>13°. Dice sentir enojo con la madre porque le miente u oculta cosas.</p> <p>14°. Carlos está muy atento a las señales de enojo en otras personas.</p> <p>15°. Se muestra cada vez mas seguro en expresar lo que siente y piensa de la situación que vive en casa.</p>
---	---

Tabla 5.2.3. Expresión Verbal del Conflicto, continuación.

	<p>16°. Hacia la sesión 13, expresa deseo de olvidar lo que pasa con papá y mamá, que siempre está en su cabeza, y por eso hace otras cosas para olvidarse (distracción)</p> <p>17°. En la sesión 14, expresa: “quiero pensar sobre mi mamá y mi papá y porque yo estoy aquí”.</p> <p>18°. Expresa enojo con la madre porque le “miente, promete cosas y no las cumple”.</p> <p>19°. También expresa que no le dan ganas de estudiar porque no tiene fuerza para hacerlo (síntoma depresivo)</p> <p>20°. Dice: “es difícil hablar de eso”, como una expresión de logro, al poder hablar sobre sus sentimientos de enojo y tristeza y los eventos que se los provocan.</p>
--	---

Tabla 5.2.3. Expresión Verbal del Conflicto, continuación.

Tabla 5.2.4: Evolución de los Síntomas

<p style="text-align: center;">Fase Inicial 7 sesiones</p>	<p style="text-align: center;">Fase Intermedia 20 sesiones</p>
<p>En relación a los síntomas, los cambios observados fueron:</p> <p>a) En el espacio psicoterapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Angustia ante la separación física de la madre, mientras la madre se muestra distante físicamente de éste y sin manifestación afectiva hacia él. 2°. Le es difícil respetar los límites o reglas establecidos, cambiándolos a su favor. 3°. Carlos atribuye a otros la responsabilidad sobre las situaciones que le incomodan. Cuando ésta situación es señalada, expresa no entender lo que se le señala. 4°. Distracción asociada a la presencia de conflicto en casa. 5°. Agresión no abierta hacia el papá, con temor al castigo 6°. Manifestación de conductas de aislamiento y evasión 	<p>En relación a los síntomas, los cambios observados fueron:</p> <p>a) En el espacio psicoterapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Posterior a la expresión verbal del conflicto de alcoholismo de su padre, Carlos muestra mejor concentración y memoria. 2°. Comienza a aceptar la ayuda ante sus dificultades como la lectura. 3°. Disminuye el conflicto con el hermano, se muestran menos celos y más aceptación de su apoyo. 4°. Se muestra menos resistente para hablar sobre los eventos significativos en su vida. 5°. Comienza a expresar lo que siente y piensa en relación a sus padres, y el enojo que empezó a manifestar con la madre. 6°. Comienza a relajarse y disfrutar el juego por si

<p>(dormirse, querer irse) cuando llega a expresar los conflictos con el padre.</p> <p>b) Reportados por la madre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Carlos está mas irritable y “contestón” con el padre 2°. Se distrae constantemente en la escuela, y no cumple con tareas 	<p>mismo: juegos de mesa en donde la competencia no es el objetivo principal, sino el jugar.</p> <p>b) Reportados por la madre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. En la escuela, el maestro reporta que está mejorando calificaciones: “pone más atención”. 2°. Carlos le muestra su enojo a papá en forma abierta. 3°. Empieza a desarrollar alternativas de solución ante su problema en la escuela: “si no hablo (con los amigos), pongo mas atención” sic. Carlos. 4°. Comienza a aceptar la ayuda del padre y madre en tareas.
---	---

Tabla 5.2.4. Evolución de los Síntomas, continuación.

b) TRATAMIENTO DE MERE

Tabla 5.2.5: Material de Juego

Fase Inicial 6 sesiones	Fase Intermedia 21 sesiones	Fase Final 12 sesiones
<p>Se implementó el juego libre en donde manifiesta conflicto predominantemente edípico, y se presentan temas asociados a la fase oral y anal.</p> <p>1°. Predomina el juego de representación de personajes de la casita, con cinco miembros de la familia: papá, mamá, hijo, hija y mascota (perro). El juguete no tiene más miembros.</p> <p>2°. Al final se presenta el juego configurativo: Dibujo libre de su propia casa, con crayolas y</p>	<p>Se implementó el juego de tipo dirigido y libre, en donde se observa la manifestación de conflictos predominantemente edípicos y anales. Posteriormente, aparecen los juegos correspondientes a la etapa de latencia; etapa que se encuentra cursando cronológicamente.</p> <p>1°. Se presentan juegos configurativos: Colorear las emociones y plastilina.</p> <p>2°. Predominan la mayor parte del tiempo los juegos de</p>	<p>Se implementó el juego libre, asociado a la fase edípica en donde no hay manifestación de conflicto, así como juegos correspondientes a la etapa de latencia.</p> <p>1°. Se presenta el juego de representación: retoma el juego de la casita en una sesión.</p> <p>2°. Predominan el juego configurativo regulado y de roles: dibujo libre y construcción, así como juego de vendedora.</p>

<p>hojas de colores.</p>	<p>representación: juego de títeres hechos con dibujos de su familia; la casita, títeres de brujas y hechiceros.</p> <p>3°. Al final de la fase, aparecen los juegos regulados: Rompecabezas y UNO.</p>	
--------------------------	---	--

Tabla 5.2.5. Material del Juego, continuación.

Tabla 5.2.6: Desarrollo del Juego

Fase Inicial 6 sesiones	Fase Intermedia 21 sesiones	Fase Final 12 sesiones
<p>Durante ésta fase, se observó la siguiente evolución en el desarrollo del juego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Mere proyecta el deseo de control sobre la figura del padre, jugando dicho rol y el de sí mismo, asignando el papel de la madre e hijo al terapeuta. 2°. Fue meticulosa y ordenada al acomodar el material de juego, utilizando el mayor tiempo de las primeras sesiones para ello. Procuró acomodar exactamente igual la casita durante las dos primeras sesiones. 3°. Reacciona ante el desorden de la casita o cambios en el orden que ella estableció con frases 	<p>Durante ésta fase, se observó la siguiente evolución en el desarrollo del juego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Los dibujos que hizo de su familia eran mas bien pequeños. Papá y mamá nuevamente aparecen tomados de la mano. 2°. Mere proyecta en el juego, los celos que siente hacia la hermana. 3°. Muestra ambivalencia en sus afectos hacia la madre: por una parte, la agrade simbólicamente a través del juego, posteriormente repara el daño en el juego. 	<p>Durante ésta fase, se observó la siguiente evolución en el desarrollo del juego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Proyecta a través del dibujo imágenes, recuerdos, etc. que resultan agradables (e.j. regalos de cumpleaños). 2°. Mere elige el dibujo en forma recurrente, el cual disfruta y realiza sin rigidez. 3°. Muestra a través de dibujos lo que es capaz de hacer, lo que ha aprendido y conoce de sí misma ahora. 4°. Expresa verbalmente los sentimientos asociados a sus reproducciones, sin dificultad.

<p>como “probrecita, está desordenada” o “ay!! está toda desordenada!!”</p> <p>4°. Muestra dificultad para construir una historia en el juego, así como para asignar nombres a los personajes. Elige los de su propia familia.</p> <p>5°. Demuestra dificultad para darle continuidad al tema de la historia de la sesión anterior, que había dejado inconcluso.</p> <p>6°. Coloca a la madre y padre juntos tomados de las manos, y los hijos separados haciendo actividades diferentes, con poca interacción verbal.</p> <p>7°. El padre cocina y la madre lo ayuda: ambos personajes aparecen frecuentemente solos en la cocina. Los padres limpian meticulosamente después de cocinar.</p>	<p>4°. En el juego de títeres con su familia, Mere elige ser los hijos, mientras da al terapeuta el papel de los padres. En su juego sigue simbolizando la relación estrecha que percibe entre los padres, mientras los percibe a distancia de los hijos.</p> <p>5°. Simboliza su deseo de cercanía física con el padre.</p> <p>6°. Retoma el juego de la casita, con personajes que no son su familia. Comienza a proyectar su deseo de poner distancia entre los padres y a los hijos a través de tener su propia recámara. Al mismo tiempo simboliza su curiosidad por la escena primaria.</p> <p>7°. Se observa un deseo de hacer las cosas perfectas para sentirse bien consigo misma y ser aceptada por las figuras parentales, especialmente la</p>	<p>5°. En el juego de la casita, Mere demuestra deseo por tener su propio espacio (su propio cuarto).</p> <p>6°. También en el juego, el personaje de hija acepta indicaciones de la madre y tiene acercamiento físico con ella</p> <p>7°. Retoma el juego del rompecabezas, intenta armar un cubo, demostrando satisfacción sobre lo que es capaz de hacer.</p> <p>8°. Busca nuevas formas de armar el cubo y expresa su deseo de armarlo cada vez más rápido (satisfacción por el logro)</p> <p>9°. Arma nuevas figuras con el rompecabezas: inventa, crea.</p>
--	--	---

Tabla 5.2.6. Desarrollo del Juego, continuación.

<p>8°. El juego concluía, cada sesión, con la familia cenando y/o durmiendo.</p> <p>9°. A partir de la 4ª sesión, Mere acomoda la casita en forma diferente, menos rígida que en las 3 primeras sesiones.</p> <p>10°. Hacia la 4ª sesión ya recuerda sin dificultad dónde estaban los muebles, el tema, y el final de la historia de la sesión anterior.</p>	<p>madre.</p> <p>8°. Comienza un juego de entrega: escondidas con la terapeuta, antes de entrar a terapia.</p> <p>9°. En el juego con títeres, simboliza a una madre que no le permite tener secretos, una madre que desea conocer todo lo que pasa con su hija, y la angustia que experimenta de ser descubierta en su curiosidad por la escena primaria.</p> <p>10°. Aparece el juego de armar un rompecabezas de cubo, mostrando satisfacción al lograr armarlo por ella misma.</p> <p>11°. Juega a ser vendedora, en donde ella toma el control (ella vende).</p> <p>12°. Decide jugar con el UNO: el primer juego de mesa que</p>	
--	--	--

Tabla 5.2.6. Desarrollo del Juego, continuación.

	<p>utiliza en el proceso.</p> <p>13°. Retoma el juego de la casita, en donde los niños duermen separados de los padres y la hija ya muestra cercanía física con la madre.</p>	
--	---	--

Tabla 5.2.6. Desarrollo del Juego, continuación.

Tabla 5.2.7: Expresión Verbal del Conflicto

Fase Inicial 6 sesiones	Fase Intermedia 21 sesiones	Fase Final 12 sesiones
<p>Durante ésta fase, se observan los siguientes cambios en Mere, en cuanto a la expresión verbal de sus conflictos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Expresa como motivo de consulta: que en ocasiones se olvida de las cosas y se distrae en la escuela o en la casa. 2°. Dice que cuando no se le ocurren ideas se pone “nerviosa”, sin poder explicar éste último término. 3°. Habla sobre las conductas inadecuadas en el salón de clase, ante las cuales la madre llama la atención. 4°. Expresa emoción gratificante cuando tiene actividad con 	<p>Durante ésta fase, se observan los siguientes cambios en Mere, en cuanto a la expresión verbal de sus conflictos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Describe elementos que le desagradan de su casa, como el color. 2°. Habla temores que siente por la noche, los cuáles dice ocultar porque piensa no le van a creer, especialmente la madre. 3°. Expresa que la emoción de miedo es el sentimiento mas fuerte que siente. 4°. Dice que los sentimientos de tristeza y felicidad también son frecuentes en su vida. 	<p>Durante ésta fase, se observan los siguientes cambios en Mere, en cuanto a la expresión verbal de sus conflictos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Dice ya no sentir miedo por las noches. 2°. Menciona que duerme la mayor parte del tiempo en las noches. 3°. Expresa orgullo sobre su capacidad para obtener buenas calificaciones. 4°. Relata eventos significativos en escuela y en casa con su familia, sin dificultad. 5°. Describe las emociones positivas asociadas a éstos sin

<p>compañeros y la madre está ausente (“fue mejor que no fuera”)</p> <p>5°. Habla sobre el deseo de que mamá y papá jueguen más tiempo con ella.</p> <p>6°. Menciona la situación de hacinamiento en que vive y su incomodidad ante ello.</p>	<p>5°. Expresa que desearía tener una mamá diferente, como su tía, quien la quiere a pesar de haber sido una bebé que lloraba y no dejaba dormir.</p> <p>6°. Menciona que no pregunta sus dudas, tampoco con su mamá, pues piensa que no se las resuelve.</p> <p>7°. Relata lo que escucha y ve por la noche en la recámara donde duerme con sus papás (escena primaria), mientras se cuida para no ser sorprendida despierta. Su curiosidad por lo que pasa por las noches, es un tema que dice constantemente trae en la cabeza, aún en la escuela.</p> <p>8°. Expresa que su papá es muy importante para ella, por las muestras de cariño que éste tiene para con ella.</p>	<p>dificultad, y prevalecen sobre las emociones de angustia, ansiedad, miedo y tristeza.</p> <p>6°. Menciona pocas situaciones conflictivas en relación a su madre, padre, y escuela. Este decremento es constante.</p> <p>7°. Pregunta dudas y cuestiona sobre su tratamiento.</p> <p>8°. Inicialmente manifiesta ambivalencia por el cierre del tratamiento, posteriormente expresa que le da mas gusto que tristeza terminar el tratamiento.</p> <p>9°. Mere menciona que la madre también ha cambiado en el trato que le da, en forma positiva.</p> <p>10°. Reconoce que ahora se expresa verbalmente más que antes y que comparte información con</p>
---	--	--

Tabla 5.2.7. Expresión Verbal del Conflicto, continuación.

	<p>9°. Se observa una mayor facilidad para construir historias, a partir de la mitad de la fase aproximadamente.</p> <p>10°. Menciona las cosas que no le gustan de su madre, y respecto a otras figuras.</p> <p>11°. Expresa sus dudas sobre su tratamiento farmacológico.</p>	<p>su mamá.</p>
--	---	-----------------

Tabla 5.2.7. Expresión Verbal del Conflicto, continuación.

Tabla 5.2.8: Evolución del Síntoma

<p align="center">Fase Inicial 6 sesiones</p>	<p align="center">Fase Intermedia 21 sesiones</p>	<p align="center">Fase Final 12 sesiones</p>
<p>En relación a los síntomas, los cambios observados fueron:</p> <p>a) En el espacio psicoterapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Tiempos de respuesta considerablemente largos ante preguntas que se le formulaban, 2°. Dificultad para recordar el tema del juego anterior durante las dos primeras sesiones, no así el lugar asignado a cada objeto. 3°. Ansiedad manifestada a través de constantes movimientos de manos (apretando una contra otra) y pies, con sus manos se tocaba frecuentemente la cara y 	<p>En relación a los síntomas, los cambios observados fueron:</p> <p>a) En el espacio psicoterapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Comienzan a observarse ambivalencia en la relación madre-hija. 2°. Se observan bostezos constantes durante algunas sesiones de ésta fase. 3°. Tiende a no dejar salir emociones, por temor a ser descubierta o que no le crean. 4°. Se talla los ojos constantemente durante algunas sesiones, regresan los movimientos de manos y pies 	<p>En relación a los síntomas, los cambios observados fueron:</p> <p>a) En el espacio psicoterapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1°. Aparecen nuevamente los síntomas de ansiedad: movimiento de manos y pies, risas. Desaparecen los síntomas cuando se interpretan en función de la ansiedad por la etapa final del tratamiento. 2°. La rigidez en su actuar ha desaparecido. 3°. Mantiene constante su grupo de amigas y hace nuevas amigas ante la pérdida de unas de ellas.

<p>se observaron respiraciones profundas y risas ansiosas.</p> <p>4°. Creatividad inhibida.</p> <p>5°. Rasgos obsesivos, lo que increpen-taba el tiempo que la niña necesitaba para llevar a cabo una actividad.</p> <p>6°. Distancia física entre madre e hija, observada al inicio y final de las sesiones.</p> <p>7°. Se observan manifestaciones de afecto rígidas de la madre hacia la hija.</p> <p>8°. Al finalizar la 5ª sesión, Mere por primera vez se acerca a su madre y la abraza. La madre de la niña acepta el abrazo y le da un beso.</p>	<p>ante el tema de lo que pasa por las noches.</p> <p>5°. La niña comienza a expresar en forma libre al terapeuta lo que piensa, siente y se imagina (“te digo algo?”).</p> <p>6°. A partir de la mitad de ésta fase, aproximadamente, se observa mayor facilidad para crear historias, simbolizar a través del juego y para crear escenarios.</p> <p>7°. Disfruta el juego. Se relaja durante el juego, su postura rígida desaparece.</p> <p>8°. Las verbalizaciones de pensamientos y emociones incrementa considerablemente. La niña comienza a expresar sentir emociones positivas como felicidad y alegría., que son congruentes con su lenguaje corporal.</p>	<p>4°. Sus miedos nocturnos han desaparecido</p> <p>5°. Se le suspende el medicamento por una semana por decisión de la madre y maestra, sin observar cambios negativos en su capacidad para concentrarse.</p> <p>6°. Se mantienen en primer plano las verbalizaciones sobre pensamientos y emociones, las que son congruentes con las situaciones que experimenta.</p> <p>7°. Su curiosidad se manifiesta de manera constante, su creatividad también. Busca a la madre como una figura de confianza: le pregunta dudas.</p> <p>8°. Acepta las cosas que no puede lograr hacer perfectas, y toma conciencia de lo que es capaz de hacer bien.</p>
--	---	--

Tabla 5.2.8. Evolución del Síntoma, continuación.

<p>b) Reportados por la madre:</p> <p>Ninguno.</p>	<p>9°. Aparece parpadeo constante de ojos, con características de tic. Se asocia a un incremento considerable en la dosis del medicamento que la niña toma.</p> <p>10°. El olvido de cosas de la escuela “es diferente” (sic. Mere): el olvido no es mental o interno.</p> <p>11°. Se mantienen las manifestaciones de contacto físico positivo entre madre e hija, antes y al final de la sesión. Disminuyen las manifestaciones rígidas de afecto, de la madre hacia la hija.</p> <p>12°. Mere menciona que sus juegos con hermanos han incrementado.</p> <p>13°. Sus calificaciones se mantienen con un promedio de 8 a 9.</p> <p>14°. Se disminuyen los miedos por</p>	<p>9°. Expresa confianza respecto a sus conocimientos académicos. Ha desaparecido la angustia ante no saber en escuela</p> <p>10°. Hay conciencia respecto a cambios positivos.</p> <p>11°. Menciona cada vez mas su deseo de privacidad, dormir en otra habitación diferente a la de los papás.</p> <p>12°. La relación con su hermana se mantiene positiva.</p> <p>13°. El juego lo disfruta por si mismo</p> <p>14°. Se redujo la dosis de fármaco suministrada, a la mitad, con la finalidad de valorar la posibilidad de retirar por completo el medicamento en forma paulatina.</p>
---	--	---

Tabla 5.2.8. Evolución del Síntoma, continuación.

	<p>la noche.</p> <p>15°. Comienza a hacer amistades en el salón, tiene un grupo de amigas estable con quienes juega en el recreo.</p> <p>16°. Mere comienza a compartir con su madre información sobre las actividades que realiza durante la sesión.</p> <p>17°. Expresa que le cuesta menos trabajo estudiar y le lleva menos tiempo.</p> <p>18°. Tiene mayor control sobre su concentración durante la sesión y fuera de ésta.</p> <p>19°. Se observa mayor creatividad.</p> <p>20°. Mere toma control sobre sus dificultades en la escuela: propuso a la maestra un cambio de lugar, debido a que no ve bien el pizarrón desde donde</p>	<p>b) Reportados por la madre:</p> <p>1°. Mere hace más fácilmente las tareas, la angustia ha desaparecido.</p> <p>2°. Sus calificaciones se mantienen constantes y en un promedio normal.</p> <p>3°. Busca el contacto físico con su madre</p> <p>4°. La comunicación con la madre ha mejorado significativamente: le expresa a su madre las cosas que no le agradan y comparte con ella sus experiencias, mas que antes.</p>
--	--	---

Tabla 5.2.8. Evolución del Síntoma, continuación.

	<p>estaba.</p> <p>21°. Expresa constantemente que se siente feliz.</p> <p>22°. Se observa mayor facilidad para preguntar sus dudas.</p> <p>23°. Se observa a partir de la sesión 21, que Mere comienza a morderse las uñas y el parpadeo como tic. La niña lo atribuye a la falta de uso de sus lentes (estaba de vacaciones y no los usaba). El inicio de éstos síntomas aparecen justo cuando se hace un cambio en la medicación: se incrementa la dosis por cambio de paidopsiquiatra. Aún así, se observó la posibilidad de que el síntoma de parpadeo se presente como consecuencia a la angustia que podría estar provocada por el anuncio de la fase final del tratamiento y como tal se trabaja.</p>	
--	--	--

Tabla 5.2.8. Evolución del Síntoma, continuación.

	<p>b) Reportados por la madre:</p> <p>1°. La madre observa a Mere mas relajada.</p> <p>2°. Los “arranques de enojo” han disminuído</p> <p>3°. Mere platica sobre lo que le pasa en la escuela con su mamá</p> <p>4°. Se muestra mas cariñosa tanto física como verbalmente con la madre.</p> <p>5°. Su renuencia a ser acariciada ha desaparecido.</p> <p>6°. Su sueño es más tranquilo</p> <p>7°. Disminuyeron las quejas de la niña sobre el no dormir lo suficiente</p> <p>8°. Sus calificaciones se mantienen en 8 y 9, y le cuesta menos</p>	
--	--	--

Tabla 5.2.8. Evolución del Síntoma, continuación.

	trabajo estudiar. 9°. Las relaciones con amigas se mantienen estables	
--	--	--

Tabla 5.2.8. Evolución del Síntoma, continuación.

Capítulo VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo del presente reporte, se plantearon algunas consideraciones referentes a las características del proceso de diagnóstico, que se necesita implementar en pacientes en quienes se sospecha la presencia de un Trastorno de Déficit de Atención (T.D.A). Igualmente, se abordó información sobre el tratamiento que se requiere aplicar de acuerdo al diagnóstico obtenido. A continuación se analizará la utilidad, ventajas y limitaciones del trabajo llevado a cabo, con base a los resultados obtenidos.

En relación al proceso de diagnóstico, a través de la revisión teórica presentada se expone la importancia de llevar a cabo una evaluación exhaustiva y de acuerdo a las necesidades de cada paciente, en donde diferentes especialistas participen. El trabajo

interdisciplinario ofrecido en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME), resultó un elemento valioso para el proceso de diagnóstico de Carlos y Mere, al constatar que los hallazgos de las valoraciones que cada especialista tratante llevó a cabo, en sí mismos no eran suficientes para establecer el diagnóstico final de los niños. Sin embargo, la estructura del funcionamiento de la institución, facilitó que los resultados fueran revisados en conjunto hasta establecerse una impresión diagnóstica de mayor precisión.

Referente a la evaluación psicológica en particular, aunque en la literatura se expone la posibilidad de incluir una evaluación completa en caso de ser necesario para el diagnóstico del T.D.A, en la práctica clínica se observó que la evaluación del estado emocional suele ser contemplada en última instancia o en ocasiones no ser propuesta como parte del proceso de diagnóstico. En la evaluación de los pacientes del CISAME, los resultados de la evaluación psicológica emocional propuesta (no solo cognitiva como fue planteada por el médico tratante), dio la posibilidad de conocer problemas de índole afectivo que ambos niños presentaban y que implicaban riesgos para su desarrollo normal. Así mismo, los resultados de dicha evaluación, permitieron explicar algunos (en el caso de Mere) o la mayoría de los síntomas (en el caso de Carlos), que fueron

atribuidos inicialmente a un T.D.A. Por tanto, la evaluación del estado emocional resultó significativa para el diagnóstico diferencial del T.D.A, generando en el caso de Carlos un cambio en el diagnóstico; y en el caso de Mere, un diagnóstico más preciso al determinar la presencia de un trastorno de ansiedad cursando en forma paralela al T.D.A. Estos resultados diagnósticos, determinaron el curso del tratamiento que se implementó en cada paciente.

Sin embargo, es poco lo que se puede encontrar sobre el papel del psicólogo en el tratamiento de los conflictos emocionales asociados o cursando en forma paralela al T.D.A. En el caso de los pacientes con los que se trabajó, se determinó incluir como parte del tratamiento integral brindado en el centro, un espacio de psicoterapia para el tratamiento de los conflictos afectivos que ambos estaban experimentando. Al analizar los resultados obtenidos en el tratamiento llevado a cabo con Mere (quien mantuvo el diagnóstico de T.D.A), se puede concluir que la psicoterapia resultó de gran utilidad como un medio para intentar revertir los efectos negativos presentes generados por los problemas emocionales experimentados, evitando así futuras complicaciones. Así mismo, en ambos pacientes se corroboró la utilidad que el juego tiene como medio de expresión para los niños: tanto a Carlos como a Mere, el juego les ayudó a

aproximarse en forma natural y segura a sus conflictos para poder abordarlos y elaborarlos, ante su gran dificultad inicial para expresarlos a través de la palabra.

En relación al resultado de los tratamientos aplicados, también se considera relevante analizar el papel de los padres. Por una parte, considerando la importancia de los efectos del conflicto de los padres de Carlos sobre la problemática que presentaba el menor, y la forma en que podría afectar el curso del tratamiento, se pidió a la madre acudir a su propio espacio de psicoterapia. Esta indicación no fue seguida, además, durante el tratamiento del niño, se observaron llegadas tarde de entre 10 y 20 minutos, constantes faltas y dificultad para seguir las indicaciones, lo que incrementó las dificultades para lograr el enganche terapéutico con el niño y la madre, alargando el proceso de cambio. Finalmente, el tratamiento de Carlos fue suspendido por la institución. En el caso de Mere se observó en cambio, total adherencia al tratamiento: se respetaron horarios, la madre siguió las indicaciones dadas en cada uno de los tratamientos que llevaba la niña, y ella misma acudió a su propio tratamiento, lo que favoreció el proceso de cambio.

Por otra parte, se considera significativo abordar las desventajas observadas, al implementar los procesos de

diagnóstico y tratamiento aquí sugeridos, en instituciones de salud pública con las características del CISAME.

Como la mayoría de las instituciones públicas, CISAME presenta gran demanda en sus servicios, lo que dificulta poder coordinar los tiempos de atención de los diversos profesionales durante la evaluación, afectando con ello la implementación de los tratamientos para lograr la máxima efectividad de los mismos. Es por lo anterior que, a Mere se le evaluó psicológicamente estando ya medicada, pues el paidopsiquiatra tratante utilizó el fármaco como un recurso para mitigar los síntomas que presentaba la niña, al no tener certeza del tiempo en que la evaluarían los otros especialistas, y éste no fue suspendido a pesar de la sugerencia realizada por el evaluador. Esta situación determinó el resultado del diagnóstico psicológico, el cual no pudo corroborar la presencia del T.D.A.

En relación a Carlos, se observó que el niño fue evaluado más de un año después a su primera evaluación paidopsiquiátrica, lo que repercute en el proceso de atención eficiente al tener que ampliar los tiempos para volver a indagar el problema, corroborando la realidad que fue planteada en el marco teórico respecto al tiempo que pasa entre acudir al profesional y recibir el diagnóstico.

Finalmente, se considera importante destacar que el presente trabajo representa una muestra de la experiencia profesional obtenida a través de los estudios de la maestría, y no se hubiese podido llevar a cabo sin los conocimientos e invaluable herramientas adquiridas durante la Residencia en Psicoterapia Infantil.

En relación a éstas últimas se pueden mencionar, entre otras, un mayor dominio sobre la entrevista a padres, entrevista a niños y manejo de pruebas psicológicas, así como también el uso del juego como herramienta de diagnóstico; mismas que en conjunto generaron mayor capacidad para proponer opciones efectivas de evaluación de acuerdo al problema observado. Por otra parte y gracias a la supervisión constante ofrecida como parte del programa de Residencia, se generaron competencias sobre la identificación de objetivos y necesidades de tratamiento, y se generaron recursos para implementar el juego como herramienta de tratamiento en diferentes modalidades.

Además, se considera significativo reconocer la importancia de contar con instituciones sede de la residencia, tal como ofrece el programa a través de su vinculación con el CISAME, ya que proporciona a los estudiantes la invaluable oportunidad de tener contacto con el trabajo que realizan otros profesionales,

generando competencias de trabajo interdisciplinario y habilidades de comunicación efectiva con especialistas que trabajan en diferentes campos de la salud mental infantil.

En conclusión, se puede constatar la gran importancia que tiene el hacer uso de recursos adecuados y suficientes, para hacer del proceso de diagnóstico el camino seguro para la comprensión de los problemas de salud mental en la población infantil, y la aplicación de los mejores tratamientos. Mas aún, tratándose de trastornos aún no comprendidos en su totalidad como es el caso del Déficit de Atención, la evaluación y tratamiento de los aspectos emocionales del paciente pueden llegar a hacer la diferencia en la evolución satisfactoria que se espera del problema. Por lo cual, se sugiere continuar estudiando el tema con la finalidad de lograr profundizar el conocimiento al respecto.

REFERENCIAS

- Abikoff, H., Arnold, L., Etcovitch, J., Hechtman, L., Newcorn, J., Platt, R., et al. (Diciembre, 2005). Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses?. *Clinical Neuroscience Research*, 5(5/6), 273-282. Recuperado el 29 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.
- Amador, J., Forns, M., Guardia, J., & Peró, M. (Marzo, 2006). DSM-IV Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Agreement Between Informants in Prevalence and Factor Structure at Different Ages. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 28(1), 23-32. Recuperado el 8 de Septiembre de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.
- Amador, J., Forns, M., Guardia, J., & Peró, M. (Septiembre, 2005). Utilidad diagnóstica del Cuestionario TDAH y del Perfil de atención para discriminar entre niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastornos del aprendizaje y controles. *Anuario de Psicología*, 36(2), 211-224. Recuperado el 8 de Septiembre de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.

- Asociación Psiquiátrica Americana (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). (4ª Ed Rev). Barcelona: Masson.
- Beckley, R. & Fisher, B, (2005). Description of ADD vs. ADHD. Recuperado el 5 de Abril del 2005, en <http://www.ldpride.net.addsub-types.htm>
- Bruhn, R., Johnson, L., Krepps, J., Wiley , N. & Winek, J., (1999). The use of child-centered play therapy and filial therapy win head start families: A brief report. *Journan of Marital and Family Therapy*, 25 (2), 169. Recuperado en Mayo de 2005 en la base de datos ProQuest Health and Medical Complete.
- Conners, C. & Epstein, J. (Diciembre, 2000). Familial Aggregation of ADHD Characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 585. Recuperado el 27 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.
- De la Fuente, R., Medina-Mora, M.E. & Caraveo, J. (1997) La Salud Mental en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Garza, F. (2005). Hiperactividad y déficit de atención en niños y adultos. Guía para médicos, padres y maestros. México: Trillas.
- Eli Lilly and Company (Septiembre, 2004). Attention disorder impacts entire family. *Biotech Week*, (203). Recuperado el 22 de Agosto de 2008, en la base de datos ProQuest Health and Medical Complete.

- Erickson, E.H. (1980) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- García, E. & Magaz, A. (2003) Actualidad sobre TDAH. Recuperado el 5 de Septiembre de 2005 en <http://www.tda-h.com/actualidad.html>
- Grizenko, N., Joobar, R., Polotskaia, A., Rajabieh, Y. & Ter-Stepanian, M. (Enero, 2008). Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33(1), 10-16. Recuperado el 29 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.
- Herrera, S., Lara-Muñoz, C., & Romero, T. (Junio, 2002) Estudio familiar del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Salud Mental*. 25 (3), 41-46. Recuperado el 27 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.
- Hetzer, H. (1978) El juego y los juguetes. Buenos Aires: Kapelusz.
- Hinshaw, S. & Treuting, J. (Febrero, 2001). Depression and Self-Esteem in Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 23. Recuperado el 27 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.
- Instituto Nacional De Información Estadística Y Geografía, INEGI (2005); II Censo de Población y Vivienda 2005. Recuperado el 25 de Agosto de 2008, en http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conteo2005/datos/00/pdf/cpv00_pob_2.pdf

- Knouse, L. (Febrero, 2005). Birthing Stressors and ADHD. *ADHD Report*, 13(1), 13. Recuperado el 14 de Septiembre 2008, en la base de datos ProQuest Psychology Journals .
- Krontal, S. & Meschiany, A. (1998). Toys and games in play therapy. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35(1), 31-7. Recuperado el 29 de Agosto de 2008 de la base de datos ProQuest Health and Medical Complete.
- Mojtabai, R. (Octubre, 2006). Serious Emotional and Behavioral Problems and Mental Health Contacts in American and British Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(10), 1215-1223. Recuperado el 12 de Septiembre de 2008, en la base de datos ProQuest Health and Medical Complete.
- Montes, L. (Junio, 2005). Alteraciones anatómico-funcionales en el trastorno por déficit de la atención con hiperactividad. *Salud Mental*. 28(3), 1-12. Recuperado el 20 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.
- Oaklander, V. (2002) Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes. (7ª Ed.) Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Organización Mundial De La Salud (1992). Manual de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10). Madrid: Meditor.
- Padilla, M. T. (2003) Psicoterapia de Juego. México: Plaza y Valdez.

Phares, T. & Trull, T. (2003) Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. México: Internacional Thomson Editores.

Programa de Residencia en Psicoterapia Infantil. (2002) Facultad de Psicología, UNAM.

Ricardo, G. (Febrero, 2004) Aportes del electroencefalograma convencional y el análisis de frecuencias para el estudio del trastorno por déficit de atención. Primera parte. *Salud Mental*. 27 (1), 22-27. Recuperado el 27 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.

Rutter, M. (Mayo, 2000) Resilience in the face of adversity. *Medicine Meets Millennium*.

Secretaria de Salud (2001). Programa de Acción en Salud Mental. Recuperado el 16 de Abril de 2005 en http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_intro.pdf

Secretaria de Salud (2007); Programa Nacional de Salud 2007-2012. Recuperado el 15 de Agosto de 2008 en <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf>

Schaefer, C. & O'Connor, K. (1988) Manual de Terapia de Juego, Vol 1. México: Manual Moderno.

Solloa, L.M. (2001) Los Trastornos Psicológicos en el niño. México: Trillas.

Sonna, L. (2005) The everything parent's guide to children with Add/ADHD. Massachusetts: Adams Media.

Winnicott, D.W. (1979) Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa.

Wren, A. (Abril, 2005) The Fallout of Overdiagnosis, *Psychology Today*. 38(2), 20. Recuperado el 20 de Agosto de 2008, en la base de datos Academic Search Complete.

ANEXO 1

Material por Fases de Desarrollo Psicosexual

Fase	Material
Oral	<ul style="list-style-type: none">• Biberones• Juguetes simulando comiditas: juego de té, trastes, cocineta.• Animales que contienen dientes: cocodrilos, dinosaurios, perros, tigres.• Personajes que puede interpretar: médico, enfermera, mamá, papá, maestra.• Bebés
Anal	<ul style="list-style-type: none">• Platinina play-doo• Gises• Colores de agua para dedos, pinceles• Parejas de bandos opuestos para el manejo de la ambivalencia: policías y ladrones, indios y vaqueros• Agua
Edípica	<ul style="list-style-type: none">• Casa de muñecas amueblada, con personajes de papá, mamá, hijo, hija y mascota• Títeres de personajes de la vida cotidiana, monstruos, magos y reyes.• Granja con animales• Juegos de competencia• Pistolas y pushing-bag• Tiro al blanco• Aviones y carros• Rompecabezas• Bebés• Personajes de televisión que representan hombres poderosos: superman, batman, hombre araña.

Latencia	<ul style="list-style-type: none">• Juegos de mesa diversos: de memoria, dominó, serpientes y escaleras, damas chinas, etc.• Material de construcción• Rompecabezas• Juguetes para jugar a la escuelita
----------	--

Otros juegos configurativos, de entrega y regulados:

- Teléfonos de plástico
- Tiro al blanco
- Instrumentos de guerra
- Juego médico
- Canicas
- Cuentos
- Dinero
- Pelotas
- Juego de pesca
- Tazos

ANEXO 2

Etapas de desarrollo psicosexual y conductas asociadas

Fase	Características del juego
Oral	Llorar, arrullar, chupar, sonreír, tocar, balanceo, demandar, aventar, comer, acariciar, tocar, dejar caer cosas, morder, maltratar.
Anal	Ordenar-desordenar, obedecer-desobedecer, constancia-inconstancia, cuidar-maltratar, egoísmo-envidia.
Fálica	Coqueteo, masturbación, imitación, curiosidad, competencia, rivalidad, derrotar al contrario, fantasías edípicas, búsqueda de aprobación del padre del sexo opuesto, complacencia hacia al padre del sexo opuesto, imitación de conductas del mismo sexo, temores nocturnos, miedo a la castración, celos.
Latencia	Respeto y seguimiento de reglas, actividades con compañeros, juegos de competencia con rivalidad propia del juego.

(Padilla, 2003)

ANEXO 3

Evaluación Psicológica de Carlos

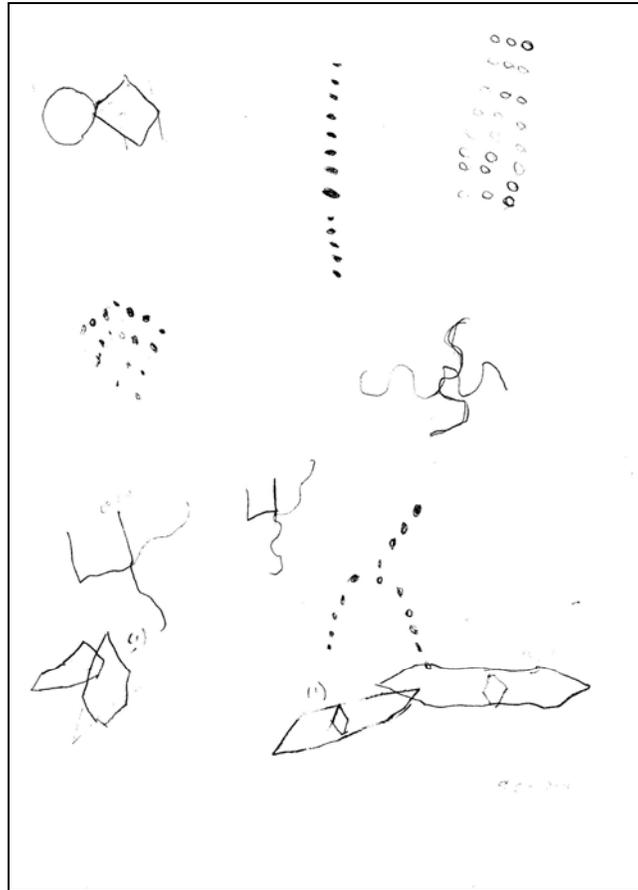


Imagen 1.
Test Gestáltico Visomotor, de Bender.

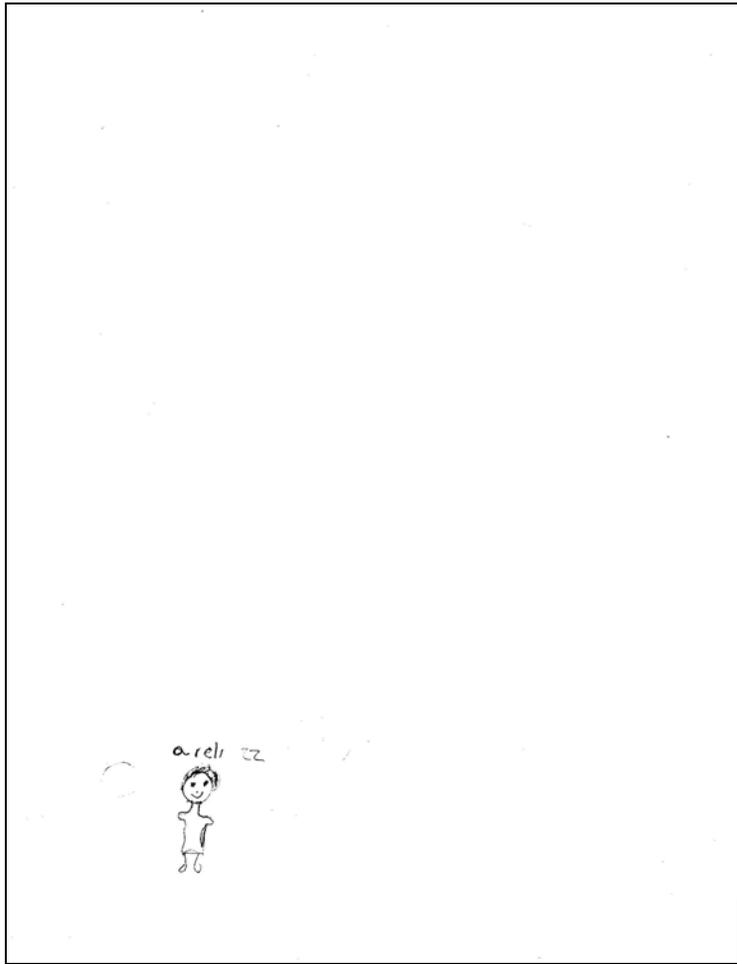


Imagen 2.
Dibujo de Figura Humana.

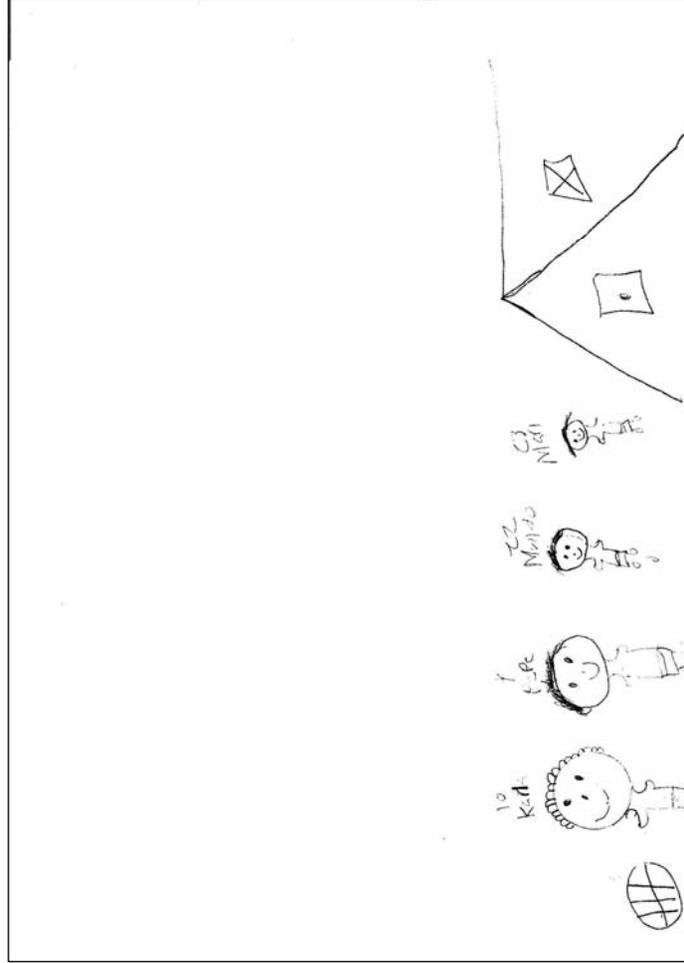


Imagen 3. Dibujo de una Familia

CAT- A

Lámina 1

Ay pero qué es eso. Un pollo. Su mamá les da pecho, digo les da, ¿qué es? Carne? Qué comen los gallos? Lombrices.

Estaban comiendo todos las lombrices, su mamá también y se salieron a jugar. Ya terminé.

Antes: estaban jugando a aventar lombrices, el juego era aventárselas en la cara los 3. la mamá estaba cazando las lombrices.

Después jugaron a cazar lombrices con la mamá, los 3 cazaron lombrices.

Lámina 2

Ay ya no, se ríe. Es que ya me cansé.

Están jalando un lazo los osos. El papá está de un lado y la mamá y el hijo del otro. El papá se enojó (porque no le querían dar la cuerda) y le pegó a su esposa y su hijo le pegó a su papá, y su papá le pegó al hijo y se llevó la cuerda y lo cazaron (un lobo) y la mamá estaba chillando. El hijo defendía a la mamá. Cuando era más grande el lobo viejo (oso), este niño le pegó a su papá y se murieron los 3 porque se pelearon los 3. el hijo ya estaba grande y mató a su mamá y luego el niño mató al oso y un tigre mató al oso.

Lámina 3

Esta de que es un león que estaba triste, pero por qué estaba triste?, no, estaba enojado. Dame otra, déjame pensar. Estaba triste porque se murió uno de sus hijos y su esposa. Los cazadores mataron a su esposa e hijo y él se salvó la vida y está triste porque fue a matar a los cazadores que mataron a su hijo y a su esposa porque sintió dolor y tristeza.

Antes: triste estaba el león. Estaban cazando conejos los tres. Se llevaban más o menos, regular, porque el lobo le pegaba al león y chillaba su mamá, digo el oso, el tigre. Y se fue haciendo viejo y ya.

Después: pronto encontró a los cazadores y lo mataron a él también.

Lámina 4

¿qué es esto?. Esto quien sabe qué es. Era una cangurera que fue canguro. La mamá llevaba comida a su esposo y su hijo pequeño se llamaba Pepe, la mamá Sandra y su otro hijo Ramiro (el grande). La cangura fue a dejar la comida porque ella iba ir a la fiesta de sus tíos, a cazar ir por el agua y hacer la comida y ya. El niño se resbaló y tiró su canasta y fue por él y estaba muerto su hijo y tiró el otro y también estaba muerto. Sus dos hijos se murieron porque uno se cayó y se pegó en el ese dela cabeza y fue corriendo su mamá por él y el otro también se cayó y se pegó en la cabeza. La mamá estaba triste. Después tuvo otros hijos la cangura y les pasó igual que sus hijos.

Lámina 5

Ah esto qué es?, qué es esto?. Una casa nomás? Unos osos. Son osos o focas?

Los osos se duermen en su cuna y sus papás fueron a... Están dormidos debajo de su cama de los osos. Uno se llama Jorge, otro Pepe, otra vez le pongo Pepe y el papá se llama Mario y su mamá Belén. Y sus hijos se murieron porque se taparon mucho la cara porque hacía frío y su papá también porque se taparon toda su cabeza. Estaban abajo porque les daba miedo la cama. Se asustaban.

Después: ahí se quedaron porque ahí no había nadie. Solamente trazan.

Lámina 6

Esto qué es?, también son osos, ya me cansé de los osos. Vamos a poner que es un perro.

Se llama Dragon y Daysi (perrita). ¿ya anotó el nombre de esta?, que bueno porque es mi perra. El perro mató a su hija porque le quitó su presa. Se enojó el papá y le quitó un ojo a su hija. El dueño lo mató y qué más? Y los dos están muertos y qué más.

Antes: estaban durmiendo.

Después: los enterraron, y ya terminé.

Lámina 7

Son tigres, ¿esto qué es?. El tigre se quería llevar al chango porque tenía mucha hambre, atrapó al chango de su cola y lo jaló y vino otro tigre y los mató al chango y tigre y se comió al chango y al otro tigre. El tigre se llamaba Leo y el otro Christian y el lobo se llamaba gorila. El chango se llamaba chango.

Antes: lo estaba molestando el chango, el chango le estaba aventando bananas. El tigre estaba durmiendo.

Después: se fue el tigre a su casa y le llevó el tigre al otro tigre para que sus hijos se comieran al otro tigre y al chango se lo llevó arrastrando.

Lámina 8

Ay ¿este qué es, un chango?, se ríe. Otro. Es que este es el abuelito (izq), mamá, hijo y abuelita, Abuelo se llamaba, cómo le pongo?, se llama Adal., la abuela Queta, la mamá More y el hijo Toño.

Este niño le tiró a su abuelita y abuelito su te y su mamá lo castigó y el niño estaba llorando y se escapó y un tigre se lo comió y su mamá salió por él y el tigre estaba esperándolo y luego su mamá dijo ven y dijo ven te acompaño y se comió a la abuelita y el señor, el viejito se salió a ver a otro chango y se lo comió y todos se murieron.

Antes: estaban platicando. Su papá, su abuelita y su mamá y su abuelito.

Lámina 9

¿esto qué es?. El conejo enojado. Se enojó porque cerró su puerta y su hijo abrió su puerta y dijo, “papá quiero agua” y dijo “ahorita vengo voy por agua”. Papá, una lombriz, voy por ella. Papá le grita “qué quieren”. Ya me dormí. Era muy enojado y se peleaba con todos los demás conejos porque le decían burro y a él no le gustaba que le dijera y que le peguen y un día fueron a quemar su casa todos los conejos y él salió y su hija salió quemada y el señor se hizo más bueno y ya.

Antes: estaba durmiendo.

Después: y su hija estaba muerta, se había quemado, el señor estaba triste. El conejo enojado era el papá.

Lámina 10

Son unos perros que van a baño, se están peleando porque uno quería ir al baño y el otro también, su mamá les pegó y los castigó una semana sin comer. Su papá también les pegó y los castigó también sin comer. El perro mordió a su hermano, les pegó su mamá y otra vez están castigados, le dijo el perro hermano déjame de estar molestando si no vamos a estar castigados todo el día, el hermano le hizo burla y le dijo “si voy a estar castigado todo el día” y mató a su hermano. La mamá le dijo vete y se fue y lo agarró la perrera, luego lo mataron porque no fueron por él. Su mamá y papá estaban tristes porque no llegaba, fueron a buscarlo y preguntaron y les dijeron acaban de matarlo. Y se pusieron a llorar y ya fin. Y su mamá tuvo otro hijo y su papá estaba triste porque quería todavía a sus hijos. La mamá estaba contenta porque tenía un hijo.

Antes: no sé, estaban corriendo en el baño los hijos.

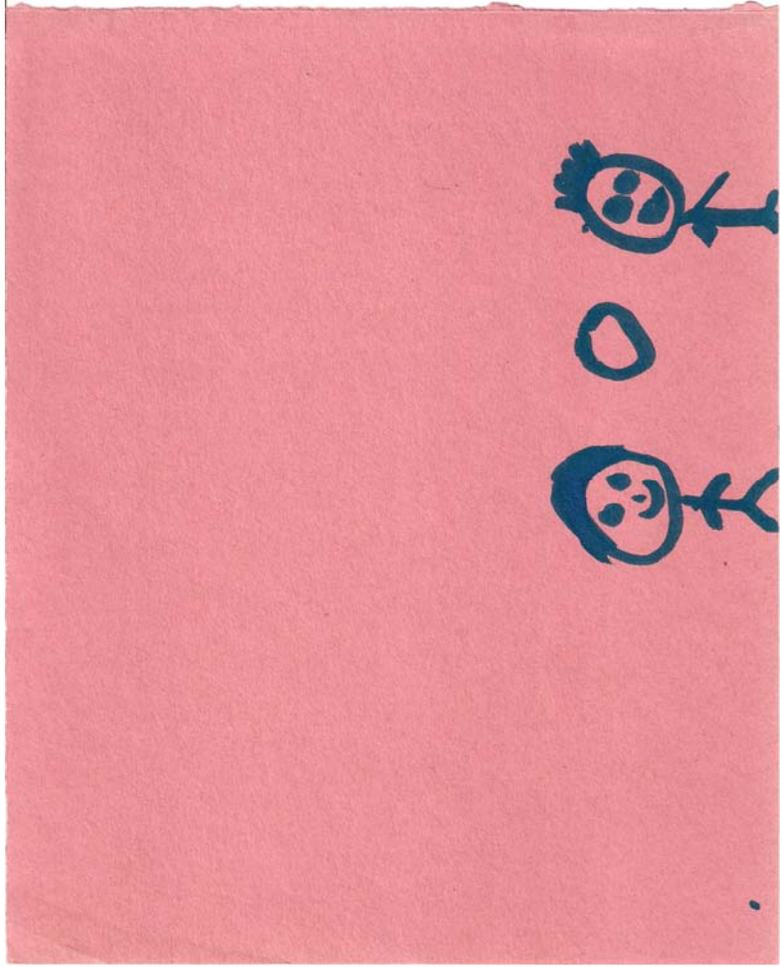


Imagen 4. Juego Configurativo, Dibujo Libre:
“Unas personas... no sé quienes son”

ANEXO 4

Evaluación Psicológica de Mere

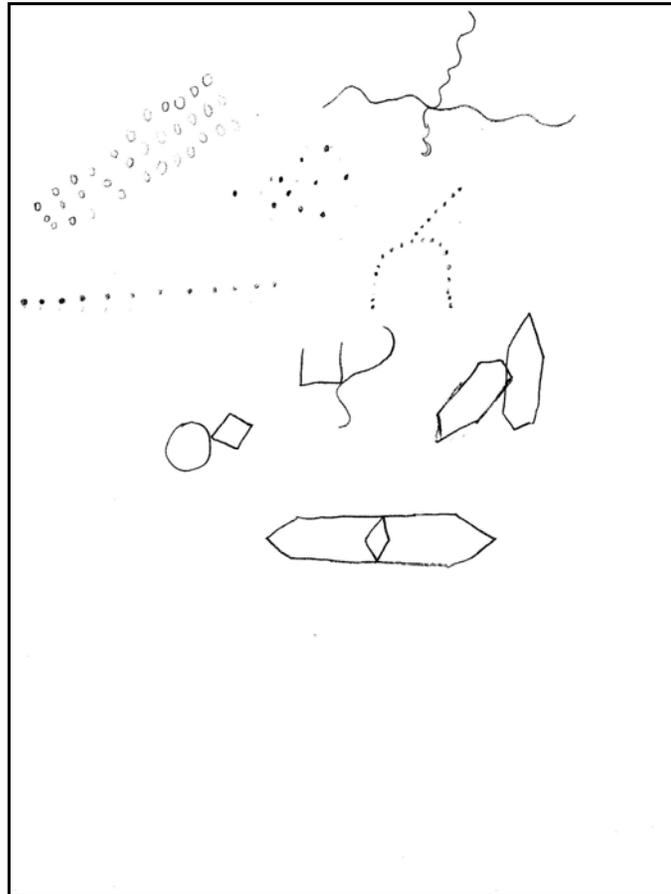


Imagen 1.
Test Gestáltico Visomotor, de Bender.

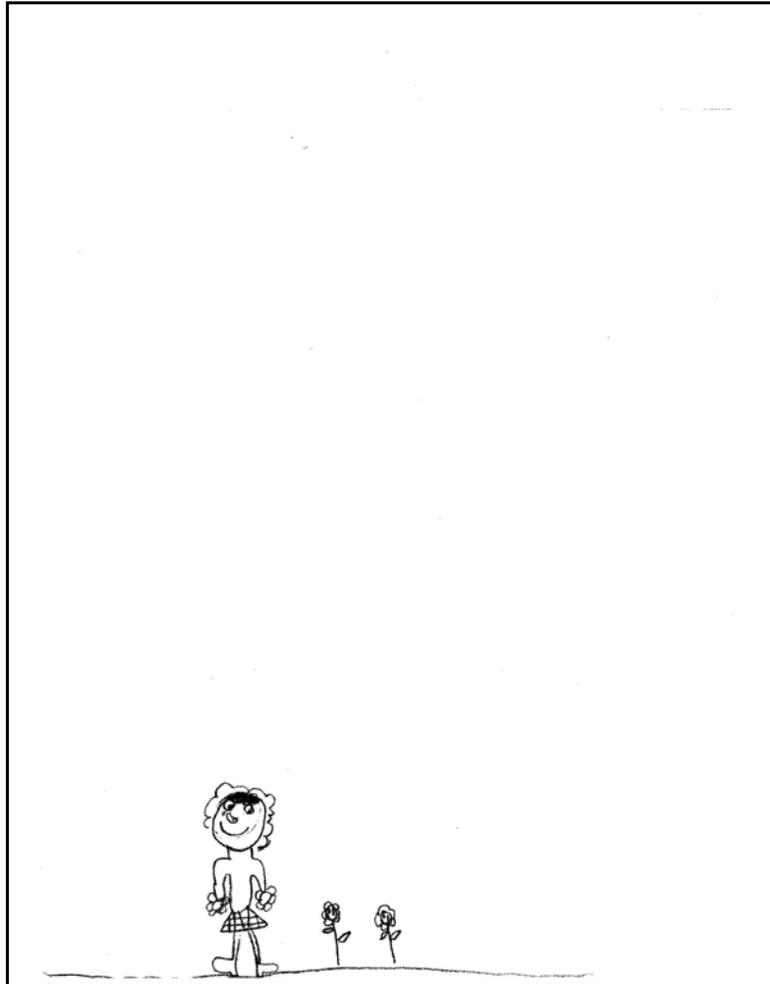


Imagen 2.
Dibujo de Figura Humana.

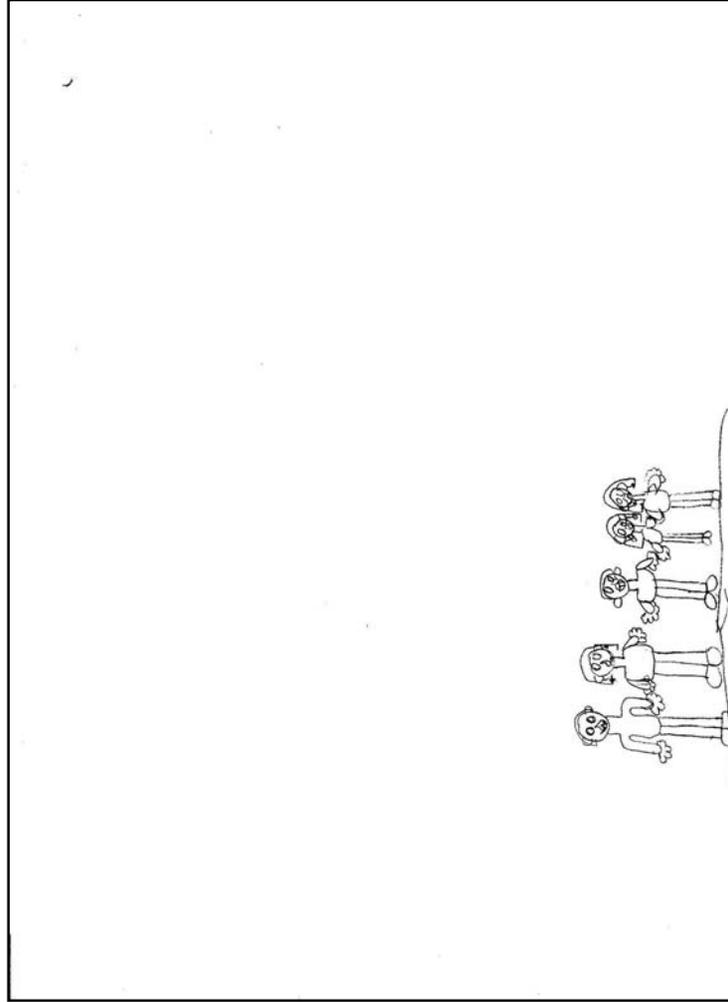


Imagen 3. Dibujo de una Familia



Imagen 4.

Juego Configurativo: “Colorea tu emoción”, en donde pintó con rojo el miedo, con azul la felicidad, con verde la tristeza, y dejó en blanco una emoción que no supo nombrar.