

## REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

# ***El trastorno por déficit de atención con hiperactividad como síntoma infantil ante la realidad psíquica de la pérdida del objeto de amor***

**Autor: Ana Elba Sánchez Hernández**

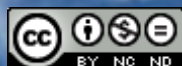
**Tesis presentada para obtener el título de:  
Maestra en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia**

**Nombre del asesor:  
Oscar Oliver Gómez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA.

**“EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON  
HIPERACTIVIDAD COMO SÍNTOMA INFANTIL ANTE LA REALIDAD  
PSÍQUICA DE LA PÉRDIDA DEL OBJETO DE AMOR”**

## **TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA  
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.**

PRESENTA:  
**ANA ELBA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ**

DIRECTOR DE TESIS:  
**MTRO: OSCAR OLIVER GÓMEZ.**

**RVOE MAES-100512**

**CLAVE. 16PSU0023Y**

**Morelia., Michoacán Septiembre del 2014.**

Director de Tesis:

**MTRO: OSCAR OLIVER GÓMEZ.**

Lectores de la tesis:

**MTRO: ENRIQUE DE GUADALUPE MURGUÍA DÍAZ MUÑOZ.**

**MTRA: LILA MADRIGAL GURIDI.**

Supervisor de caso:

**MTRO: IGOR CUEVAS DUARTE.**

Con un sentido de amor a mis tres hijos:

Carlos Rodrigo,  
Luis Damián y  
Miguel Ángel.



*El niño falla más por lo que busca que por lo que no encuentra.*

*J. Lacan.*

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. JUSTIFICACIÓN.....	7
III. MARCO TEORICO.....	10
1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD BAJO UN CONCEPTO MÉDICO.....	10
1.1. Definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	10
1.2. Historia del T.D.A.H. ....	12
1.3. Características diagnósticas. ....	16
1.4. Etiología y manifestaciones clínicas. ....	19
1.5. Intervenciones de tratamiento y su objetivo. ....	21
2. LA TRIADA SINTOMÁTICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD BAJO UN CONCEPTO PSICOANALÍTICO.....	24
2.1. Determinantes de la Hiperactividad.....	24
2.1.1. La falta materna.....	27
2.1.2. La lucha contra los deseos mortíferos.....	35
2.1.3. La falla en la constitución de actividades fantasmáticas y oníricas. ....	39
2.1.4. Mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores. ....	52
2.1.5. El fracaso de la pasividad a la actividad. ....	54
2.1.6. Trastorno en la constitución del superyó.....	56
2.2. Etiología de la atención en relación al objeto.....	59
2.3. La impulsividad como un devenir pulsional. ....	65
2.3.1. Déficit en las funciones yoicas. ....	66
2.4. Últimas aportaciones. ....	67
2.5. Tratamiento de corte psicoanalítico y su objetivo. ....	69
3.- TERAPIA DE JUEGO DE CORTE PSICOANALÍTICO.....	76
3.1. Precursores. ....	76
3.2. Uso del juego en la terapia de corte psicoanalítico. ....	79
4.1. Definición de la estructura limítrofe de personalidad. ....	85
4.2. Rasgos diagnósticos limítrofes en niños.....	88

IV.	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	94
1.-	Tipo de estudio.....	94
2.-	Tipo de muestra.....	95
3.-	Ejes temáticos.....	95
4.-	Limitaciones.....	96
5.-	Escenario.....	96
6.-	Método de intervención.....	97
7.-	Procedimiento.....	100
8.-	Supuestos.....	103
9.-	El problema de investigación.....	104
10.-	Objetivos de la investigación.....	105
	Objetivo general:.....	105
	Objetivos específicos:.....	105
V.	PRESENTACION DEL CASO.....	107
1.-	HISTORIA CLÍNICA.....	107
2.-	PROCESO DIAGNÓSTICO.....	116
3.-	TRATAMIENTO.....	146
VI.	ANÁLISIS Y DISCUSIONES DE RESULTADOS.....	207
	Enfocados a los síntomas:.....	207
	Enfocados al modo de intervención:.....	220
VII.	CONCLUSIONES.....	233
VIII.	RECOMENDACIONES.....	238
IX.	BIBLIOGRAFÍA.....	240

## **I. INTRODUCCIÓN.**

En las últimas décadas en todo el mundo se ha incrementado el número de pacientes que llegan a ser diagnosticados con el Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (T.D.A.H.), en algunos casos la evaluación médica respalda su padecimiento basada en cuestionarios aplicados a padres y/o maestros y dependiendo los resultados se proporciona un tratamiento basado en la medicación y modificación de la conducta. Como los cuestionarios nada más se basan en la conducta visible, muchos de los pacientes suelen estar superficialmente diagnosticados, porque en la actualidad todo niño que se mueve demasiado suele ser un niño hiperactivo. Con esta sencilla evaluación la historia de vida del paciente queda ignorada, no se indaga más allá de lo que se puede observar a simple vista, por consiguiente los síntomas principales del trastorno los cuales son: inatención, hiperactividad e impulsividad quedan edificados sólo sobre algunos datos superficiales del paciente.

Adentrarse en el inconsciente y acercarse a las causas generadoras de dichos síntomas, es el objetivo de esta investigación que trata de abordar el tema del trastorno de déficit de atención con hiperactividad desde una mirada psicoanalítica, haciendo una labor interdisciplinaria donde la parte médica no se ignora pero tampoco la historia de vida del paciente que tiene mucho que decir y merece ser escuchada, y este decir, ya ha comenzado a reflejarse en los síntomas principales del T.D.A.H.

Basándose en un estudio de caso, la terapia de juego de corte psicoanalítico revelará cuales son las fallas en el desarrollo que dan origen a la manifestación de la hiperactividad, inatención e impulsividad, este método permite conocer los conflictos más profundos de la psique del ser humano que no han sido resueltos, por lo que puede ser una vía para conocer el contenido inconsciente perturbador generador de conductas específicas que tienen efecto negativo sobre los niños que las presentan, con importantes consecuencias en el ámbito escolar, social y familiar.

Los niños desatentos e hiperactivos no pueden ser unificados en un diagnóstico único bajo criterios generales, hay quienes presentan solo desatención,



otros se mueven demasiado, otros reaccionan inmediatamente a los estímulos sin pensar y esta impulsividad en ocasiones se muestra como agresividad. Debido a que cada uno de ellos tiene sus motivos particulares que se han generado dentro de las primeras relaciones objetales, este es un campo que le compete al psicoanálisis el cual tiene mucho que analizar. De este modo el T.D.A.H. agrupa múltiples expresiones del sufrimiento infantil que merecen ser consideradas en su singularidad y tratadas tomando en cuenta su multideterminación. La diferencia radica en pensar que una manifestación implica un cuadro psicopatológico derivada de una causa orgánica y que de ahí se deriva un tratamiento; o que una manifestación puede ser efecto de múltiples y complejas causas y que hay que descubrir cuáles son y, por consiguiente, cuál es el tratamiento más adecuado.

Desde la perspectiva psicoanalítica nos encontramos frente a un niño que sufre pero no sabe qué le pasa, que presenta dificultades de conducta, lo cual obstaculiza el aprendizaje y sus relaciones con los demás, esta situación merece ser investigada a profundidad para poder ayudarlo, de esta manera rescatar su propia subjetividad, tarea que ninguna otra disciplina terapéutica podría realizar.

No tiene muchos años que los terapeutas con orientación psicoanalítica han comenzado a conceptualizar los eventos del T.D.A.H. desde el punto psicodinámico, comienza Gabbard (2002) a derrumbar la idea de que a los pacientes con daño orgánico les resulta inaccesible la intervención psicoterapéutica, en estos casos "los clínicos psicodinámicos pueden ayudar mucho al paciente con dificultades cognitivas" (p.394). Para el año 2002 Maurice Berger psicoanalista norteamericano ya había analizado decenas de casos de niños con T.D.A.H. toando a este trastorno como un síntoma de la carente relación objetal a temprana edad. En el afán de seguir investigando el origen de la hiperactividad desde edades muy tempranas, en abril del año 2004 la revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente, muestra un estudio de las primeras observaciones realizadas a bebés a partir de dos meses de edad mediante el método de Esther Bick, estudio realizado en la ciudad de México por las psicoanalistas Pérez de Plá, E.; Rodríguez, M.; y Acosta, P. donde se toma en cuenta principalmente el desarrollo del vínculo materno sin olvidar el entorno

familiar, todo esto fundamentado con las teorías de Freud, S. y Winnicott, D. con la finalidad de la prevención. Este método señalado de observación comenzó en Europa en los años 50's, años más tarde Argentina lo puso en práctica y Brasil comenzó a utilizarlo en los años 80's. En septiembre del año 2005 la revista de psicoanálisis FORT-DA publicó cuatro casos de niños diagnosticados con T.D.A.H. los cuales son analizados también por psicoanalistas como Pernicone, A.; Casanova, S. y Campenella, L., los cuales emiten sus valiosas aportaciones enfocadas en una relación diádica temprana. En el mismo año en Argentina se llevaron a cabo análisis con niños con el mismo diagnóstico por la psicoanalista Beatriz Janin, lo que permitió acercarse a los determinantes psíquicos de la hiperactividad, los cuales a la fecha se han señalado seis.

Como podemos ver el área del psicoanálisis infantil apenas está dando sus aportaciones acerca de este tema donde se logran rescatar varios teóricos que dan cuenta de la construcción de la atención y del dominio motriz, así como de la impulsividad que tiene que ver con los impulsos y la construcción del yo. Aportaciones que muy probablemente modificarán a la baja el tan creciente número de casos de T.D.A.H. que se presentan en todo momento cayendo en un sobre diagnóstico muy poco sustentado.

El T.D.A.H. como síntoma infantil ante la realidad psíquica de la pérdida del objeto de amor.

**Palabras claves:** inatención, hiperactividad, impulsividad, terapia de juego de corte psicoanalítico, rasgos limítrofes.

## **II. JUSTIFICACIÓN.**

Atreverse a pensar en lo imposible me llevó a la realización de esta investigación. Llevar al campo del psicoanálisis un padecimiento recurrente y actual como el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y entenderlo bajo sus conceptos, es uno de los objetivos a alcanzar. La mayoría de las investigaciones centradas en dicho trastorno lo señalan como una afección neurológica en la que se han propuesto factores de origen genético, es decir, heredado no adquirido en el curso de la vida; aunque no se descarta la influencia de factores que actuarían durante la gestación, el parto o el desarrollo infantil. Y es éste último punto en el que me apoyo para indagar parte de la etiología de los síntomas enfocados en los factores psíquicos ya que los problemas conductuales no dependen sólo de la dotación biológica sino también del ambiente, entre ellos la calidad de relación que se tiene con la madre a temprana edad que dejan una huella imborrable en la estructura del ser humano, tomando en cuenta que cada vez más las demandas laborales y sociales absorben el tiempo de las madres y padres que no permiten una completa relación de integración para el buen desarrollo psíquico.

Este padecimiento se ha ido incrementando año con año y con cifras del 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el 5 por ciento de la población padece síndrome de déficit de atención y en la mayoría de los casos con hiperactividad. En México se calcula que entre 5 y 6 por ciento de los menores entre 6 y 16 años lo enfrentan, lo que quiere decir que alrededor de un millón 600 mil niños tienen ese problema, señaló el especialista en este tema (Arnaldo 2007, junio 7). Aportando a las cifras, la revista Aperturas Psicoanalíticas registra que en los países más desarrollados como España, E.U.A. y Canadá el 99% de los niños ya diagnosticados con T.D.A.H. **no están enfermos** sino que han sido víctimas de un exceso del diagnóstico y ellos no lo saben debido a que no se indaga a profundidad el síntoma (Eglée, 2007 citado en Casas, 2009).

El sobre diagnóstico es alarmante porque mucho de los niños diagnosticados con T.D.A.H. no lo padecen en realidad, sino que han sido víctimas de un exceso en el

diagnóstico, tal vez señalado por los propios padres o maestros que a veces demandan una “pastilla mágica” que acabe con las molestias que puedan dar los niños. Es tal la dimensión creciente del problema que, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han señalado que los criterios diagnósticos de este trastorno están escasamente justificados, así como los tratamientos farmacológicos asociados, sugieren que se haga un estudio más profundo para conocer otros factores causantes de los síntomas. (El sobre diagnóstico del T.D.A.H. puede poner en riesgo la salud de los niños, 2013).

Recurrir a otras disciplinas que nos permitan indagar más allá de lo que un criterio diagnóstico nos pueda decir, es necesario para poder descubrir causas generadoras de los síntomas, utilizando la observación clínica y no solamente un cuestionario, ya que los principales síntomas del T.D.A.H. pueden tener causas neurológicas, psicosociales o en relación al vínculo materno.

La investigación se considera innovadora, ya que el tratamiento de corte psicoanalítico no había sido tomado en cuenta como terapia alternativa para los niños que padecen T.D.A.H., debido a que los síntomas hasta la fecha han sido tratados con terapia cognitivo conductual o de reaprendizaje.

El conocimiento que se pretende obtener al término de la investigación, será de utilidad dentro del conocimiento psicoanalítico y se ubicará como punto de partida para ulteriores investigaciones, así como a todas las personas interesadas en el tema o como una base de consulta para aquellos psicoterapeutas que tengan casos similares que les ayude a entender el síntoma.

La justificación más relevante es proporcionar una alternativa de tratamiento terapéutico de corte psicoanalítico para aquellos pacientes que han sido diagnosticados con T.D.A.H. de manera injustificada, ya que los contenidos psíquicos en mucho de los casos aportan más elementos para justificar la conducta que suele confundirse con dicho trastorno. Esta alternativa toma en cuenta la propia vida del

paciente que en una evaluación médica no se profundiza en ella, así mismo se toma en cuenta la relación con el objeto materno desde muy temprana edad, por lo tanto los padres y maestros contarán con un enfoque distinto de tratamiento cuando el T.D.A.H. se genere dentro de la relación vincular, esto permite rescatar pacientes de una sobre medicación.

La importancia de la presente investigación recae en tres aspectos fundamentales; uno de los cuales es la prevención de patologías que se incorporen a trastornos ya heredados, el segundo tiene la finalidad de dar a conocer teorías psicoanalíticas que permitan dar respuestas a la conducta hiperactiva para tener una alternativa más de intervención clínica en el padecimiento, y por último proporcionar una orientación adecuada a todas aquellas personas preocupadas y ocupadas en la salud psíquica de los niños: psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos, educadores, neurólogos, pediatras, entre otros. Esto permitirá que de una forma adecuada se cubran las áreas involucradas de prevención, tratamiento y orientación, con la finalidad de prevenir antes de reparar.

### **III. MARCO TEORICO.**

#### **1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD BAJO UN CONCEPTO MÉDICO.**

El presente apartado tratará sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (T.D.A.H.), que afecta a las personas, especialmente a los niños, que se califican de manera coloquial como "hiperactivos". Bajo un concepto médico, se abordará la definición, la historia, las características diagnósticas así como el tratamiento y su objetivo. Todo esto con el objetivo de tener un panorama general del trastorno y poder comprender los mismos síntomas principales del T.D.A.H. bajo un concepto psicoanalítico.

##### **1.1. Definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.**

Si nos enfocamos en los resultados de las investigaciones de la neurociencia nos muestra que el origen del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, "es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil y que afecta entre un 3-10 % de niños en edad escolar" (Alda, Serrano y Ortiz, 2010, parr. 1). También se señala que "es un trastorno muy prevalente siendo unas tres veces más frecuente en varones, esta incidencia representa entre el 20% y el 40% de las consultas en los servicios de psiquiatría infantil".

De acuerdo con estos autores se trata de un trastorno del comportamiento caracterizado por:

- 1.- La **inatención** o la dificultad para sostener la atención por un período razonable de tiempo.
- 2.- La **impulsividad**.

- 3.- La **hiperactividad** (en algunos casos).
- 4.- La dificultad para postergar las gratificaciones.
- 5.- Los trastornos en la conducta social y escolar.
- 6.- Las dificultades para mantener cierto nivel de organización en la vida y las tareas personales (el estudio, el trabajo, la vida de relación).
- 7.- El daño crónico en la autoestima como consecuencia de los escasos logros que se obtienen a causa de estas dificultades.
- 8.- La agresividad (en casos específicos).

El diagnóstico de un posible desorden por déficit de atención con hiperactividad sólo podrá considerarse a partir de que estos síntomas se presenten con una determinada intensidad, afecten seriamente la vida intelectual o afectiva del sujeto y tengan una persistencia en diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) (2002) de la American Psychiatric Association (A.P.A.) señala que "habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenido o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos" (p.99). Estas situaciones pueden ser, escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas, situación que no se presenta cuando una actividad les motiva, como jugar fuera de lugares encerrados, ver televisión o jugar videojuegos. Así mismo distingue tres formas diferentes según predomine un esquema conductual u otro:

- 1.- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención.** Es aquí donde se presentan dificultades en la capacidad de atención, en la persistencia, en la realización de tareas. Con frecuencia se puede ver que el niño se cansa o se aburre si está haciendo una tarea larga o repetitiva y, como consecuencia, la abandona o cambia de actividad sin finalizar ninguna. También se distrae con las tareas que les pueden resultar más atractivas, por lo tanto, aunque se le pida atención a la hora de realizar una tarea o aunque les sea de interés son incapaces de mantenerse atento a lo que hace.



**2.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.** Se presentan dificultades de autocontrol, es el niño que no puede estar quieto, se mueve de manera excesiva, es inquieto e infatigable. Si se aburre con un trabajo se mueve continuamente para cambiar de posición, si ha de esperar se le puede ver que va de un lado a otro, mueve los pies, las manos, da golpecitos a una superficie, no está quieto.

**3.- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado.** Se presentan síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. En este tipo las dificultades de la atención y la concentración son crónicas y afectan seriamente el rendimiento intelectual del niño, quien, siendo inteligente, debe soportar una sensible disminución en sus logros. Ser inteligente y tener bajos rendimientos en las actividades intelectuales que se realizan no son los únicos inconvenientes de este trastorno. Estas dificultades promueven además serios inconvenientes en la interacción con los otros en los que el niño debe desempeñarse tal y como lo llegan a hacer la mayoría de los chicos de su edad.

Tomando en cuenta el origen y los síntomas de este trastorno, se puede pensar que las primeras apariciones de los síntomas se originan en la edad infantil y que se vuelve crónico al pasar el tiempo cuando el niño ya se encuentra en edad escolar debido a que hay mayor demanda de atención y quietud. También se puede creer que es un padecimiento reciente debido a la mayor incidencia que se presenta en la actualidad, pero esto no es así.

## **1.2. Historia del T.D.A.H.**

Haciendo un recorrido por la historia del T.D.A.H. nos muestra que éste fenómeno aparece en la literatura médica por primera vez al final del siglo XVIII y recientemente se han hecho mayores investigaciones que han aportado diferentes vías de tratamiento al grado que en el siglo XX es el padecimiento que ya ocupa un lugar en el DSM-IV-TR (A.P.A.) denominado como trastorno. Este recorrido solo se

enfoca en momentos que nos muestran un panorama general de la evolución histórica.

Es preciso destacar que este fenómeno ha existido siempre, pero en 1798 aparecen menciones en documentos médicos por Alexander Crichton quien bajo sus observaciones describe una enfermedad de "atención" en los niños que hoy se conoce como Trastorno de Atención el cual fue agrupado con el padecimiento autista. Este médico escocés la describe como "una inquietud mental que les hacía incapaz de atender con constancia" (INTEF, 2013. apartado 9, parr. 2).

En 1845 Heinrich Hoffman, psiquiatra alemán describe las características del trastorno en un poema donde Phillip no puede estarse quieto para cenar, no presta atención a sus padres, se balancea en la silla. Al parecer los síntomas molestaban a sus padres y el niño no podía controlar, síntomas que posterior mente serán agrupados en un Trastorno de atención.

En 1902, George Still y Alfred Tredgold (citado en Gratch, 2009) un médico británico, describe una enfermedad en la que los niños no podían inhibir su comportamiento y se muestran desafiantes, inquietos y desatentos. Él lo llama un "defecto de carácter moral" (p.19). Ellos se dieron cuenta que los niños eran los más afectados en comparación a las niñas, y la sintomatología más relevante del cuadro se centró en los trastornos del aprendizaje, la hiperactividad, los trastornos generales de conducta, las dificultades para mantener la atención y una labilidad emocional.

Es importante señalar que en aquella época se asoció el trastorno a malformaciones congénitas que se mostraban en diferencias de los diámetros craneanos, así como un alto porcentaje de alcoholismo, criminalidad, depresión y suicidios entre los familiares de estos niños, tratando de hallar como etiología causas hereditarias. Muchos de los niños que se describieron con T.D.A.H. en aquella época, en la actualidad los veríamos como afectados con un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial. Lo importante es que existía un determinismo biológico, descartando la probabilidad de la influencia de los factores ambientales, de crianza y

psicológicos en el padecimiento. Durante muchos años estos niños fueron considerados poseedores de un daño o disfunción cerebral mínima que provenía de una secuela posencefalítica o de un trauma sufrido durante el parto. Lo curioso es que estas supuestas lesiones cerebrales mínimas nunca se pudieron describir ni localizar.

Para el año de 1930 con el avance de los fármacos se comenzó a utilizar psicoestimulantes en los niños, ya que este tenía el efecto de un tranquilizante directamente en los chicos ahora llamados hiperquinéticos. La favorita era la benzedrina que disminuía completamente la conducta disruptiva incluyendo la inatención y la impulsividad. Con este cambio en la conducta el niño ya era capaz de poner mayor tiempo la atención en un estímulo determinado por lo que incrementaba notablemente el rendimiento intelectual.

En los años 1950, los estudiosos del fenómeno comenzaron a enfocar su atención con mayor rigor y lo clasificaron como un trastorno cerebral, donde el Ritalín fue el estimulante más usado para controlar el padecimiento, el cual fue denominado más tarde como Disfunción Cerebral Mínima. Aquí se puede ver que la farmacología ocupa un lugar importante en el control del trastorno recetados por lo general por psiquiatras. Adentrados en los años 60's se habla fuertemente de una conexión genética y por tanto, una base biológica, estaba en la raíz del trastorno por déficit de atención. Ocho años después aparece la primera clasificación y criterios diagnósticos del síndrome en el Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales conocido por las siglas DSM -II (APA segunda edición) introducido por el psiquiatra estadounidense Leon Eisengerg, por esta razón se le consideró el padre científico del T.D.A.H. (Bastida, 2013). Para esta época es preciso señalar que el Trastorno fue en incremento al igual que la farmacología muy probablemente porque todo niño que cumplía con la mayor parte de los criterios a evaluar ya era un niño con T.D.A.H. A mi parecer la clasificación del trastorno no incluye otros factores etiológicos, únicamente se basa en las cuestiones hereditarias.

Con los conocimientos y descubrimientos de este trastorno, a partir de 1970 las anfetaminas se convirtieron en la droga de elección en el tratamiento del T.D.A.H.

También se percataron que la hiperactividad no siempre se presentaba en los sujetos, a diferencia de la inatención y la falta de control de impulsos que siempre prevalecía. En 1972 se dan las primeras clasificaciones del trastorno, marcándolo como: Déficit de atención con hiperactividad, sin hiperactividad o residual. En 1980 se comienza a conocer como Trastorno por déficit de atención y finalmente en 1990 se le agrega a la clasificación por déficit de atención con hiperactividad.

En el año 2006, se estimaba que entre el 3% y el 6% de los niños en edad escolar presentaban este trastorno. En la actualidad la cifra sigue aumentando por lo que no se niega el origen genético, sino que los factores que giran alrededor del niño como familiares, sociales, psicológicos, relación con los padres pueden llegar a contribuir en el padecimiento. Tomando en cuenta los factores antes mencionados el diagnóstico del T.D.A.H. puede caer en el campo del sobre diagnóstico y catalogar a todo niño que se mueve demasiado como un niño con T.D.A.H.

En mayo del año 2013 el tema del T.D.A.H. vuelve a tomar el primer lugar en las fuentes de información, debido a que el padre científico del T.D.A.H. Leon Eisenberg declaró para el semanario alemán Der Spiegel el 2 de febrero del año 2012 que "El T.D.A.H. es un ejemplo de enfermedad ficticia" (Bastida, 2013. parr. 2). Esta declaración fue emitida siete meses antes de morir y lo que intenta decir es que no precisamente es algo inventado, sino que la enfermedad se basa en el sobre diagnóstico de dicho trastorno que se ha hecho en los últimos diez años, debido a que los criterios que se toman para evaluar la enfermedad, no tienen fundamentos válidos para emitir el diagnóstico. Por ello señala en la misma entrevista que "lo que deberían hacer los psiquiatras infantiles es tratar de determinar las razones psicosociales que pueden producir problemas de conducta" (Bastida, 2013. parr. 7).

Con esta declaración el cien por ciento atribuido a las cuestiones genéticas queda descartado, idea que se ha difundido en todo el mundo por los mismos psiquiatras y que ha venido aceptándose desde hace varios años atrás, con la finalidad de que el sentimiento de culpa no se depositara en los padres y que ellos se sintieran más tranquilos frente al padecimiento del niño y su posible tratamiento.

El indagar los problemas que causan los síntomas del trastorno es una tarea complicada que lleva más tiempo y no cualquier psiquiatra lo lleva a cabo, por ello concluye diciendo que "prescribir una pastilla contra el T.D.A.H., es mucho más rápido" (Bastida, 2013. parr. 7), sin olvidar que también es mucho más rápido ganar dinero, tanto el área farmacológica y el área de la psiquiatría se enriquecen a costa del sobre diagnóstico en niños, sin llegar a tocar la vida personal de cada paciente.

Aquí podemos ver que las disciplinas que se dedican a indagar a profundidad la vida del paciente, no están involucradas en el estudio de dicho trastorno, ya que no es, como se dijo anteriormente, un asunto genético al cien por ciento. La terapia de corte psicoanalítico es una alternativa que nos permite indagar, conocer y entender la vida del paciente en relación a sus objetos primarios y con ello acertar en algunos determinantes que puedan generar los síntomas que actualmente se encasillan en un T.D.A.H.

### **1.3. Características diagnósticas.**

Las características principales que se pueden apreciar en un niño que padece T.D.A.H. conllevan al diagnóstico a pesar de que se presentan otras características adheridas a éste; las cuales son: la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención. Es fundamental visualizar de qué manera ésta triada sintomática afecta la vida de quienes lo padecen o cómo éstos se presentan clínicamente, ya que se suelen presentarse con mayor intensidad y frecuencia de lo esperado en los niños de su misma edad.

**La impulsividad** es la incapacidad no premeditada del sujeto para controlar sus actos, muchas veces la impulsividad se expresa como agresividad, en ese caso el incremento de tensión se descarga impulsivamente con el objetivo de hacer daño o defenderse. Gratch (2009) menciona que "ser impulsivo significa ACTUAR en lugar de PENSAR, hacer antes de pensar en qué quiero hacer y por qué lo quiero hacer" (p. 13). Siguiendo las ideas de éste autor menciona que "la impulsividad se presenta de

un modo diferente según el momento evolutivo en el que un individuo se encuentre; los niños escolares lo manifiestan con problemas en el aprendizaje” (p.13). Estos chicos suelen ser impacientes, presentan dificultad para aplazar respuestas o esperar el turno, a menudo interrumpen y dan respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas. En general, se caracterizan por actuar sin pensar, no evaluando las consecuencias de la conducta, en este caso se puede decir que presentan baja capacidad de juicio. Gratch (2009) resalta que “los niños cuyo síntoma es la agresividad, también justifican sus conductas como resultado de los errores ajenos” (p.28). Con estas características del actuar sin pensar, también podemos decir que un niño impulsivo tiene muy poco desarrollado la instancia psíquica del Yo, es decir, que el Yo todavía es dominado por las fuerzas de la pulsión del Ello, sobre todo la pulsión agresiva, que se enfrenta a un Yo debilitado que por alguna razón se ha quedado fijado en alguna etapa anterior. El Yo necesita ser rescatado para fortalecerse y enfrentarse a las pulsiones naturales de cada individuo, solamente en terapia de corte psicoanalítico sería posible este avance.

**La hiperactividad** se manifiesta por un exceso de movimiento en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo y en diferentes ámbitos como la casa y la escuela. El niño tiene grandes dificultades para permanecer quieto cuando las situaciones lo requieren (se levantan del asiento, lo tocan todo, no se mantienen quietos, son ruidosos y hablan en exceso durante actividades que requieren tranquilidad, “parecen movidos por un motor” que es una expresión utilizada por muchos padres que tienen contacto cercano con el padecimiento. Por lo tanto quiero resaltar que **los niños hiperactivos tienen una actividad motora intensa sin ningún propósito en especial**, se puede apreciar que ésta sobreactividad aumenta cuando están en presencia de personas con las que no mantienen relaciones frecuentes y disminuye cuando están solos, es como si algo trataran de decir a los demás con sus movimientos. Estas conductas pueden ser en muchos de los casos sobre diagnosticadas debido a que sólo se evalúan con lo que se alcanza a percibir, pero hoy en día el enfoque psicoanalítico nos permite adentrarnos en la parte que no se puede ver e investigar diferentes causas de dichos síntomas, lo que nos permite tener una alternativa más de tratamiento para los pequeños pacientes hiperactivos. Los

conceptos psicoanalíticos de Freud (1920/1979) en "Más allá del principio del placer", nos muestra como la psique incorpora lo placentero y expulsa lo displacentero (p. 7 y sig.). El niño trata de huir de lo que causa un displacer, que en mucho de los casos se enfoca al objeto primario, displacer que se reflejará en la conducta del niño. Winnicott (1958/1993) en la "Capacidad para estar solo", también resalta que la mayor parte de introyecciones de objetos malos, hacen que el niño no se encuentre en el espacio de la quietud, estando cerca o lejos de su objeto primario tendera a huir del objeto no colmante mostrándose intranquilo (p. 36 y sig.).

**La inatención** se caracteriza por dificultades para mantener la atención en tareas que suponen un esfuerzo mental sostenido. A menudo podemos ver que el niño no escucha, le cuesta trabajo seguir órdenes e instrucciones y tiene dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y a perder objetos. Suele distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes. Las dificultades de atención suelen aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar cuando aumenta la exigencia académica. El niño con T.D.A.H. demanda una constante atención por parte de sus padres u otras personas que los cuidan, necesitan y exigen estar siempre en el centro de la escena. Lloran, patalean, gritan, interrumpen o se transforman en el centro de atención para que todos los miren, pareciera que en el fondo necesitan ser vistos, necesitan ser mirados por el otro, el otro que no se ha mostrado como parte complementaria que le dé la existencia requerida para ser sujeto y no objeto del otro. Pareciera que el niño que necesita ser mirado, se coloca en una posición narcisista, donde atrae la atención de los demás, atención que no ha sido colocada con anterioridad en su propia persona, la cual hace que la propia atención del niño evolucione y se dirija a los signos de realidad con mayor sostenimiento. Nuevamente Gratch (2009) cree que "el niño con T.D.A.H. suele buscar la valoración de los demás basada en elementos superficiales, por lo que el reconocimiento viene de afuera del sujeto" (p. 26).

Estas características principales que se reflejan en síntomas, nos hacen suponer que dependen mucho del contexto en el que el niño interactúa en su desarrollo, así como la relación transferencial que tiene con sus padres, amigos y

maestros. Esta relación transferencial no es tomada en cuenta en la evaluación del T.D.A.H., debido a que se antepone un origen neurogenético o neuroquímico. El psiquiatra León Eisenberg confesó para la revista Ciencia y Espiritu (2013) que "lo que deberían hacer los psiquiatras infantiles es tratar de establecer razones psicosociales que puedan probar determinadas conductas, un proceso que lleva tiempo, por lo que prescribir una pastilla contra el T.D.A.H. es mucho más rápido" (pág. 1, parr. 4). Esta declaración nos muestra que es más fácil administrar una pastilla concreta a un problema psíquico profundo en mucho de los casos, sin saber el verdadero origen del síntoma en ejecución, parece que pesa más la rapidez que el análisis del caso. A esta declaración yo agregaría que también se debe de indagar las razones interpersonales con los objetos primarios sobre todo en los primeros años de vida, ya que de estas depende la construcción del entramado psíquico que también tiene mucho que ver con la conducta del niño.

#### **1.4. Etiología y manifestaciones clínicas.**

A lo largo de la historia muchas fueron las teorías que han surgido para explicar los orígenes del T.D.A.H. Van desde las teorías clásicas hasta el contenido de plomo y conservantes en los alimentos que hasta la fecha no se han podido demostrar científicamente su participación en el padecimiento.

La teoría más reciente y aceptada se centra en una dificultad en un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta, y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar futuros eventos. El sistema límbico y el lóbulo frontal son las principales localizaciones anatómicas del sistema encargado de la atención, función muy importante del sistema nervioso central, ya que su participación es imprescindible en el proceso de aprendizaje. Desde allí las células nerviosas envían sus proyecciones a diferentes áreas del cerebro, por lo que una gran parte de éste participa en las tareas de atención y aprendizaje. La interacción entre esos grupos neuronales es mediatizada por la intervención de los neurotransmisores



(dopamina, noradrenalina, acetilcolina y la serotonina), de esto depende que la atención requiere la estimulación o la inhibición de diferentes áreas del cerebro según sea necesario.

Las últimas investigaciones de La Hoste (1996 citado en Armstrong, 2008) involucran la participación de genes en el trastorno, un gen específico (el gen receptor de la dopamina D4) asociado con la conducta de "buscar lo novedoso", "búsqueda de emociones fuertes" o "disposición a correr riesgos" (p.18), pero hay muchas dificultades inherentes al intento de fundamentar el origen genético del T.D.A.H., debido a que no es posible reducir la compleja conducta de un individuo a un único gen o inclusive a decir que hay varios genes que participan con éste. Como quiera que sea la contribución de la genética es objeto de estudio, que apunta al desarrollo de una prueba genética para el diagnóstico del T.D.A.H., discriminando en este caso también por completo la historia de vida del paciente.

En estas teorías recientes también se puede apreciar que la base del trastorno se enfoca en lo neurológico o neuroquímico. Ir tomando en cuenta el contexto en el que el niño se desarrolla podría ser un detonante para el grado de aparición de los síntomas, un niño que presente T.D.A.H. bajo un contexto familiar armonioso, contenedor, cooperativo, podría minimizar el síntoma, en cambio un niño que vive en constante agresión familiar podría acrecentar el síntoma o ser la única causa generadora de la conducta disruptiva. Con esto se saca en conclusión que no hay un solo factor generador de los síntomas diagnósticos que conforman un trastorno, sino que pueden ser diferentes causas que lo generan o a la vez varias causas en común produciendo el mismo síntoma.

Se puede apreciar que los niños hiperactivos posiblemente, aparte de la genética, podrían tener un ambiente anómalo a su alrededor. Las características genéticas no son necesariamente factores inmutables insertados con firmeza en nuestro carácter desde el nacimiento en adelante. Muchas investigaciones indican que el ambiente puede jugar un papel mucho más importante del que se creía posible en cuanto a modificar el material genético.

### **1.5. Intervenciones de tratamiento y su objetivo.**

La finalidad del tratamiento del T.D.A.H. en niños y adolescentes tiene por objetivo reducir los síntomas nucleares de la enfermedad, los cuales se centran en el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, así como a prevenir la aparición de otros síntomas frecuentemente asociados a dicho trastorno. A la fecha existen diversos tipos de tratamientos indicados en este trastorno, sin embargo el que presenta mayores niveles de eficacia es el tratamiento combinado o multimodal que señala Gratch (2009) el cual incluye el tratamiento psicológico, el farmacológico y la intervención psicopedagógica ya que estas tres áreas son las más afectadas, él menciona que "nadie debe de recibir los beneficios de un tratamiento parcial" (p.235), porque no se estaría resolviendo el problema de forma totalitaria, él incluye la psicoterapia psicoanalítica para indagar problemas interpersonales del paciente.

Dentro de la comunidad científica, existe evidencia respecto de los beneficios claros de la terapia con estimulantes y, en particular, de su eficacia y seguridad, respaldando la evidencia provista por muchos años de investigación, un número elevado de estudios controlados han demostrado que la medicación estimulante es un recurso efectivo para tratar el T.D.A.H. Los medicamentos que se pueden encontrar y que son más comunes en el mercado es el metilfenidato, comercializado con el nombre de Rubifen (efecto inmediato) o Concerta (liberación prolongada). Otro fármaco disponible es la atomoxetina conocida como Strattera, los médicos se apoyan con instrumentos como la tomografía por emisión de positrones para el diagnóstico del T.D.A.H., ya que aporta información decisiva para la validación del esquema farmacológico. Se ha podido ver que estos estimulantes modifican positivamente los síntomas mientras están en uso, incluyendo una serie de riesgos y complicaciones cuando las dosis no son bien administradas.

Al parecer los fármacos disminuyen los síntomas del T.D.A.H., mejorando el rendimiento escolar y el comportamiento del niño y las relaciones tanto en casa como en la escuela. Al mismo tiempo, facilitan el efecto de las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas.

El tratamiento farmacológico puede ir en conjunto con el tratamiento psicológico que normalmente busca una reducción de las conductas disruptivas del niño en los diferentes ambientes, familia, escuela y sociedad, mediante terapias enmarcadas en corrientes cognitivo – conductuales centradas en las conductas visibles. Lo invisible es lo que no se explora, que en la mayoría de los casos es la causa inicial del reforzamiento del padecimiento.

Podemos ir viendo que en la actualidad la terapia psicológica se basa en un análisis funcional de la conducta. Se identifican los factores que mantienen la conducta inadecuada, se detectan las conductas que se desean incrementar, disminuir o eliminar, llevándose a cabo la observación y registro de éstas. Dentro de este tipo de terapia, el control del comportamiento es externo, la conducta se modifica en función de las consecuencias del comportamiento.

Alda, J., Serrano, E. y Ortiz, J. (2010) mencionan varias técnicas que se utilizan para incrementar las conductas adecuadas, las cuales se basan en el **reforzamiento positivo**, utilizando un estímulo que hace que aumente la probabilidad que se repita dicha conducta. También se utiliza el **reforzamiento negativo** que incrementa la conducta deseada negándole algo. Mientras existen técnicas para incrementar la conducta, también hay técnicas para reducir o eliminar la conducta, de las cuales la **extinción** consiste en ignorar el comportamiento inadecuado para evitar que este incremente por la atención que se le ofrece al niño. También mencionan el **tiempo fuera** que permite aislar al niño inmediatamente después de realizar la conducta perturbadora a un lugar aburrido durante un periodo de tiempo. El **coste de respuesta** permite retirar una cantidad específica de reforzadores positivos obtenidos previamente debido al comportamiento inadecuado. El **castigo** consiste en proporcionar un estímulo aversivo después de la conducta inadecuada con el objetivo de eliminarla.

La **economía de fichas** consiste en entregar un estímulo (fichas, vales, puntos), inmediatamente después de la conducta deseada, que será canjeada por un refuerzo ya sea un premio previamente pactado (parr. 13).

Por lo que se acaba de mencionar la terapia cognitiva tiene por objetivo enseñar al niño con T.D.A.H. estrategias para mejorar el control de las emociones mediante la concienciación de los procesos de pensamiento, la disminución de las respuestas impulsivas inmediatas, y la aplicación de estrategias de resolución de problemas, se reduce a un control interno de la conducta con el entrenamiento en técnicas de auto instrucciones, autocontrol y solución de problemas.

Estos mismos autores hacen énfasis en que el entrenamiento de habilidades sociales no se puede olvidar en la terapia psicológica, ya que permite el aprendizaje de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales en un grupo en común (parr. 18). Debido a que el niño con T.D.A.H. presenta a menudo problemas de relación con la familia, dificultades en habilidades sociales y problemas de relación con los iguales. El inconveniente es que el paciente es tomado en cuenta de forma grupal y aún a estas alturas queda eliminada su historia personal.

Finalmente puedo decir que el objetivo de proporcionar una terapia psicológica a este tipo de pacientes, es la modificación de la conducta a partir de formas controladas y superficiales que logran hacerlo, pero siempre deben depender de del estímulo para lograrlo. Uno de los objetivos de esta tesis es proporcionar la terapia de corte psicoanalítica a aquellos pacientes que han sido diagnosticados con T.D.A.H. y que a la vez muestren tener dificultades en la relación objetal donde haya muchas razones para creer que los síntomas tengan mayor sustento dentro de una relación madre-hijo basada en una relación carente de maternaje. También puede ser aconsejable en los casos que así lo requieran una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte en los niños con T.D.A.H., con el objetivo de incrementar el rendimiento académico mediante la búsqueda de nuevas formas de aprendizaje y mejoras en la adaptación escolar.

Con toda esta información se puede concluir que la complementariedad entre terapias cognitivo conductuales y el apoyo farmacológico en caso de ser estrictamente necesario, parecen ser hoy en día el mejor tratamiento para el T.D.A.H.

## **2. LA TRIADA SINTOMÁTICA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD BAJO UN CONCEPTO PSICOANALÍTICO.**

Dentro de la teoría psicoanalítica hay muy poca investigación centrada en el T.D.A.H., los síntomas más relevantes y que engloban el concepto son estudiados en forma aislada. La inatención, la impulsividad y la hiperactividad, son síntomas que presentan una relación entre sí y que el psicoanálisis les ha asignado un origen desde muy temprana edad, dentro de la relación diádica entre madre e hijo. Se cataloga como una falla que se encuentra en diferentes momentos del desarrollo en relación con el objeto primario, que genera un conflicto psíquico no resuelto el cual viene a repercutir en un exceso de motilidad llamado ahora hiperactividad. En este capítulo se expondrá los orígenes de la hiperactividad, el surgimiento de la inatención y la impulsividad tras una mirada psicoanalítica.

### **2.1. Determinantes de la Hiperactividad.**

Dentro del T.D.A.H. el síntoma predominante es la inatención y aunado a esto está la hiperactividad y la impulsividad, pero cuando se trata de observar la conducta en un niño, lo que primero que resalta o mejor dicho lo primero que molesta a los demás es la hiperactividad, motivo por el cual los padres y principalmente los maestros de clase canalizan al niño a consulta, y por esta sencilla razón se abordará como primer concepto.

Los movimientos corporales le permiten al ser humano desde su nacimiento conocerse e interactuar con todo lo que le rodea. Correr, saltar, caminar, tocar, patear, abrazar han sido siempre expresiones de los diferentes estados emocionales, el movimiento conduce al niño a descubrir nuevos mundos con los que va a interactuar y dentro de ellos se encuentran los objetos primarios donde surgirá una relación determinada, la cual ira introyectando, así mismo se identificará como sujeto con la finalidad de alcanzar su propia identidad. Con esta idea se puede deducir que

el movimiento conduce al buen desarrollo psíquico y es sinónimo de vida, pero se ha descubierto que no todo movimiento corporal se dirige al bienestar, en algunas ocasiones este propio movimiento es perturbador y en vez de favorecer al desarrollo psíquico lo detiene, centrándose en una posición de muerte.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (2002) de la Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A.) se puede ver que el concepto hiperactividad forma parte del criterio diagnóstico del T.D.A.H. (p.106), por lo mismo se puede considerar patológico caracterizándose por una intensidad desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo, por ello no podemos encasillar a todo niño que presenta una sobre actividad como un niño hiperactivo. Existen niños que se mueven mucho, pero con objetivos claros, en un despliegue motriz ligado a metas, es un niño que se cataloga como vital, debido a que la acción que ejerce predomina sobre la palabra, pero el pensamiento prevalece. Estos niños suelen ser confundidos como niños hiperactivos dentro de un contexto exigente en la conducta sobre todo en lugares donde deben de pasar mucho tiempo dirigiendo la atención a la palabra del otro o viviendo con padres poco tolerantes. En cambio otros niños manifiestan movimientos desorganizados se les puede ver que sufren, son aquellos que a través del despliegue motriz quieren decir algo que no pueden expresar en palabras o simplemente satisfacer lo que no satisface el otro significativo. Son niños que no pueden parar, pareciera que están conectados a un motor imparable que los excita cada vez más. El movimiento no funciona como acción específica de descargar la tensión o de producir placer, sino que el mismo movimiento se les torna desadaptativo. Ellos mismos no pueden detener el movimiento, por lo cual necesitan de una contención externa, que en el mejor de los casos, el analista es el que debe de proporcionarla, ya que la madre es el objeto generador del movimiento en exceso y las perturbaciones psíquicas que el niño despliega. La diferencia radica en que la hiperactividad se maneja como patología mientras que la sobreactividad es una inquietud, vitalidad que el niño utiliza para relacionarse con todo lo que le rodea. Debido a esta falta de conocimiento se estima que hay un sobre diagnóstico de esta conducta en los pequeños pacientes.

Un acercamiento al concepto desde la perspectiva psicoanalítica la proporciona Janin et al. (2005) donde menciona que "la hiperactividad muestra diferentes tipos de funcionamientos psíquicos" (p.74). Esto quiere decir que nos encontramos frente a una conducta desorganizada, que es el reflejo de conflictos no precisamente evidentes, sino que debemos indagar el contenido de lo inconsciente relacionándolo con la historia del niño y sus relaciones objetales, para llegar a entender la etiología de la hiperactividad.

Acabo de señalar que la relación objetal, sobre todo la materna es el objeto generador de la hiperactividad y reafirmo "hiperactividad" ya que dicho movimiento entra en lo patológico. La madre y el niño entran en una relación diádica desde el comienzo de la vida por lo que el dominio de la motricidad el manejo del propio cuerpo, se construye en una historia, historia que en muchas ocasiones deja marcas que corresponden a diferentes momentos de la estructuración psíquica, estos momentos son determinantes para dar inicio a la hiperactividad del niño, por ello conocer su historia de vida, nos permite ubicar la falla generadora del exceso de movimiento que nos lleva a la elaboración de un buen tratamiento.

Janin et al. (2005) muestra que bajo un concepto psicoanalítico se pueden encontrar seis determinantes de la hiperactividad que se originan en diferentes etapas del desarrollo (p.90).

- a) La falta materna.
- b) La lucha contra los deseos mortíferos.
- c) La falla en la constitución de actividades fantasmáticas y oníricas.
- d) El mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores.
- e) El fracaso del pasaje de la pasividad a la actividad.
- f) Trastornos en la constitución del superyó.

De esta misma forma Berger (1999) plantea solo cuatro hipótesis teóricas del surgimiento de la hiperactividad relativas al particular modo de funcionamiento psíquico y corporal (p. 85).

- a) Las relaciones entre pensamiento y movimiento.
- b) Una falla en la relación con el objeto primario.
- c) Una especie de dificultad para estar sólo en presencia del otro.
- d) La hiperactividad y pulsiones sexuales.

Ambos autores han hecho uso de la observación clínica con grupos de niños que presentan T.D.A.H. y coinciden en que los determinantes se pueden presentar de manera aislada o conjunta pero que uno siempre va a prevalecer más que los otros, por lo que es el determinante que da origen al conflicto psíquico que desata la conducta hiperactiva. Así que cada niño tiene algo que mostrar dependiendo el caso:

Los determinantes de la hiperactividad serán sostenidos bajo teorías psicoanalíticas enfocadas en la relación diádica madre-hijo. Los conceptos teóricos de Donald Winnicott, Margaret Mahler, Otto Kernberg, Sigmund Freud, entre otros citados serán la base para comprender el origen de dicha conducta.

### **2.1.1. La falta materna.**

Cuando un bebé registra displacer, intenta desprenderse de la tensión que lo acosa, pero si no hay otro que realice la acción específica, el malestar insistirá y se tornará desesperante, llevándolo a un movimiento cada vez más intenso. Si no hay una conexión empática entre madre e hijo, el niño no podrá diferenciar estímulo y pulsión, yo y no-yo. No registrará las necesidades y los deseos como tales sino que supondrá que provienen del exterior. Por consiguiente, tenderá a huir de ellas, en lugar de realizar las acciones que podrían aliviarlo. Estas sensaciones o deseos, lo llevan a moverse en forma descontrolada, buscando escapar del displacer recurriendo a los modos más primitivos de huida.

Janin et al. (2005) contribuye diciendo que "la tensión interna se tramita por la vía más rápida, la de la descarga indiscriminada, sin hacer uso del pensamiento mostrándose impulsivo. Son niños que aparentan portarse mal, cuando están desesperados por aplacar los estímulos internos-externos que los acosan" (p.80).



Podemos ver que son niños que no pueden parar de moverse, se encuentran en una huida intentando encontrar el **objeto faltante** que permita detectar lo que el niño necesita. Sin la diferenciación no podrán ser un individuo autónomo, siempre van a estar en busca de algo faltante, sentirán con su cuerpo el terror y la desesperación frente al vacío de respuestas, en esta desesperación coinciden angustia y dolor, no hay esperanza de que lo esperado llegue.

Berger (1999) lo llamó "Una falla en la relación con el objeto primario" (p. 88). Él piensa que la falla genera un malestar continuo que tiene que ser expulsado hacia el exterior confundiendo con hiperactividad. Se ubica en un holding defectuoso en el periodo pre-verbal, se puede decir que la hiperactividad es una defensa primitiva del bebé ante un estado de angustia muy grande comparándola con la proyección. La hiperactividad se piensa como una defensa maniaca ante la depresión del mismo niño, depresión inconsciente al fantasma de **pérdida del objeto**, reactivado por el encuentro con el psicoanalista. La hiperactividad en este caso contiene la negación de los afectos dolorosos y de la angustia, por ello, el niño pasa de un juego a otro sin continuidad ignorando la figura de toda persona que se encuentre cerca para no ser remitido a su propio dolor.

Este primer determinante se puede encontrar dentro de las "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico" de Sigmund Freud (1911/1979), donde resalta que al comienzo de la vida del ser humano el proceso primario reina en la psique, el cual obedece al principio del placer por lo que tiende a la consecución del mismo, y la actividad psíquica se retrae de aquellos actos susceptibles de engendrar displacer, por ello se tiende a huir de las circunstancias displacenteras manifestándose en una excitación psíquica que conduce a un movimiento descontrolado cargado de angustia tratando de salir de él para buscar el placer nuevamente. El sentimiento de displacer tiene que ver con el incremento del estímulo interno y el de placer con su disminución (p. 224-226). Se puede entender que la excitación motriz constante es un síntoma que esconde un incremento del estímulo interno que no ha sido satisfecho, atendido, o calmado. Los niños pequeños necesitan

de otro significativo para calmar dichos estímulos y para ello las funciones maternas son esenciales.

Centrándonos en el concepto de placer y displacer la evolución del Yo tiene mucho que ver para Freud. El yo es una instancia que se desarrolla a partir del ello por un proceso de maduración y por influencia del mundo exterior. Al principio no hay una diferencia entre yo (sujeto) y no yo (objeto) y a medida que se va desarrollando, el yo pasa por tres momentos. En "Pulsiones y destinos de pulsión" (1915/1998) afirma que la función de este primer **yo real inicial**, es la de orientarse en el mundo con la diferenciación de los estímulos internos y de los externos. De los estímulos internos no se puede huir solo buscan su satisfacción, de los estímulos externos si se puede huir representándose en una primitiva orientación que utiliza el yo real inicial, valiéndose de la actividad muscular, pero a pesar de que el estímulo viene del exterior, en esta etapa, el niño aún cree que todo estímulo interno como externo se experimenta como auto producido (p. 114, sig.).

En un segundo momento en "La Negación" (1925/1998), Freud alude que el yo comienza a distinguir las dos clases de estímulos, y se convierte en un **yo de placer purificado**, el cual incorpora como propio todo lo que le da placer y expulsa lo que le produce displacer. El objeto es depositario de lo displacentero y se constituye en lo odiado, frente al cual tiende a huir para preservarse (p. 254, sig.). Si ese objeto no corresponde a las necesidades del niño se entiende que se generará un punto de patología en el desarrollo. Ya lo había mencionado en "Pulsiones y destinos de Pulsión" (1915/1998), cuando el objeto es fuente de sensaciones placenteras, se establece una tendencia motriz que quiere acercarlo al yo, incorporarlo a él, hay una "atracción" generada por el objeto dispensador de placer. A la inversa, cuando el objeto es fuente de sensaciones de displacer una tendencia de huida surge para aumentar la distancia entre él y el yo, hay una "repulsión" del objeto y se odia (p.131). Vemos que la motricidad con que opera este yo, es el resultado de la retirada de los estímulos externos displacenteros, que se puede entender hoy en día como hiperactividad.

También en "La negación" (1925/1998), se encuentra el **yo de realidad definitivo** que es capaz de discriminar el mundo interno del externo, se instaura el principio de realidad haciendo uso de la función del juicio, ya no se hace uso del principio de placer, sino del principio de realidad, el niño se apodera de los objetos por que se encuentran fuera de él. Se hace uso del pensar que tiene la capacidad de volver a hacer presente los objetos reproduciéndolos en la representación algo que una vez fue percibido (p.255). En este tercer momento del yo, el pensar toma la primacía frente a la acción motriz donde se involucran las funciones principales: percepción, atención, memoria, pensamiento, dominio motor, represión, resistencia y examen de la realidad. Logros que solamente son alcanzados cuando la evolución del yo no se obstaculiza y se puede decir que el pensar es el último desarrollo del yo.

Basándonos en esta teoría de la evolución del yo, se puede pensar que un niño denominado hiperactivo no alcanza las funciones que se generan dentro del yo de realidad definitivo, su desarrollo se detiene acentuándose en el yo de placer purificado, tratando de huir de las situaciones displacenteras y del objeto odiado generador de las mismas, reflejando un déficit en la atención, escasa memoria, poco dominio motor, no hace uso de la represión por lo que se muestra impulsivo y en ocasiones agresivo. La libido tiende a generar una regresión cuando no encuentra un desarrollo equilibrado comparándose a esa huida que el niño realiza para fijarse en un punto de la vida donde la angustia es menor. Este yo que se encuentra poco evolucionado no permitirá que se instaure el superyó adecuadamente por lo que no habrá uso de la represión. Todo esto se da dentro del proceso de diferenciación del yo y no yo que comienza a finales de la etapa oral continuando en las etapas ulteriores. En los primeros años de vida el displacer que se experimenta debe ser colmado por la madre o sustituto materno que logre acoplarse a las necesidades del niño, por lo que la falta materna física o emocionalmente tendrá repercusiones psíquicas.

Winnicott citado en Bleichmar, N. y Lieberman, C. (2010), dice que "los niños dan señales de padecer alguna anomalía en su desarrollo emocional durante la primera infancia, incluso cuando sólo son unos bebés" (p.262). Siguiendo el esquema de desarrollo emocional primitivo de Winnicott (1979), resalta que en una primera

etapa, el bebé nace con potenciales heredados que podrán desplegarse según los encuentros que se vayan desarrollando con los primeros objetos del medio ambiente, lo denominó "yo autónomo" que no solo abarcan las funciones perceptuales sino también las funciones de motilidad y los instintos (p. 202). Esta teoría considera al objeto materno inmerso en una relación por lo tanto es el centro de estudio, el cual tiene funciones específicas. El medio será facilitador del desarrollo propulsado desde el potencial hereditario del bebé, y es a partir de este encuentro bebé – medio en el que podrá emerger y crecer, si todo va bien, el gesto espontáneo del nacido será la expresión de su creatividad. Medio y bebé constituyen una unidad inicial, por lo que al principio el bebé no existe como entidad debido a la inseparable ligazón con el objeto maternante, que permitirá el desarrollo de potenciales heredados, a través de un lento tránsito hacia la independencia.

El bebé necesita de sus objetos para integrarse, para vivir en su cuerpo (personificarse) y para tomar contacto con la realidad (realizarse). Frente a estas necesidades del bebé, es el objeto maternante quien cumple las funciones de sostén (holding), manipuleo (handing) y presentación del objeto (object presentation). Posteriormente Winnicott (1963/1993) describe el crecimiento emocional en términos del recorrido de la dependencia absoluta hacia la independencia, pasando por una dependencia relativa, logrando la integración de sí mismo y de sus objetos, la personalización y los inicios de la relación con el otro (P. 108). Estos logros se posibilitan por las funciones de sostén, de manipulación y de presentación adecuada de la realidad, que haga la madre ganándose el término de una madre suficiente mente buena. Estas respuestas del medio ambiente permitirán al bebé la vivencia de omnipotencia de haber creado él al objeto, en la medida que fue necesítandolo lo crea y lo destruye cuando ya no lo necesita. La función de la madre permitirá esa creencia que pronto irá cambiando a partir de la transicionalidad y con la incorporación de otros objetos de la realidad transformándose en omnipotencia de manipulación de los objetos. Este proceso pone al niño en la capacidad de crear y esta vivencia de creación es central en el desarrollo de su self. Podrá sentirse auténtico creando sus ideas personales originales y propias. Esto permite que el niño sea y se instale en su propio cuerpo y dejar de creer que él mismo inventó los objetos. Winnicott denomina

“madre medio ambiente” a la función de la madre que satisface las necesidades elementales y “madre objeto de la pulsión” a la función materna que da cuenta de las necesidades instintivas.

Los objetos transicionales tienen una realidad material que permiten la primera posesión del no-yo. Poseer al objeto permite ir diferenciando, en un movimiento dialéctico, el self de aquello que lo rodea. El jugar, expresión de la creatividad y no derivado de los instintos, permitirá el despliegue de estas nuevas adquisiciones del bebé, en su vínculo con la realidad. La simbolización va de la mano de la separación gradual del primer objeto maternante.

En una segunda etapa poco a poco se van integrando la madre medio ambiente y la madre objeto de la pulsión y aparece la inquietud como una nueva sensación del bebé, alrededor de los ocho meses de edad, esta inquietud es equiparable al sentir culpa, donde comienzan sus primeros sentimientos depresivos donde registra su agresión primitiva, sin intención, hacia los objetos que lo rodean y que ya son no-yo, y en consecuencia se siente responsable de ella. Comienzan sus sentimientos de culpa y sus intentos reparatorios.

En los diversos momentos la madre deberá sobrevivir al odio (agresión) de su bebé. Agresión necesaria, que forma parte inseparable del gesto creador. A partir de estas primeras experiencias, el niño podrá soñar y crear fantasías. Si la madre falla reiteradamente en estos momentos, su hijo se reprimirá o se instalará en la omnipotencia, generando diferentes patologías.

Con las ideas de Winnicott se resalta que la continuidad hacia la independencia implica movimiento con fines específicos, pero si hay una falta materna para Winnicott se reflejará en que el niño reaccionará interrumpiendo su continuidad existencial, la interrupción de la continuidad se vivirá como traumática, llevándolo a un estado de no existencia incorporando un falso self, donde **la excitación motriz se incrementa con la finalidad de escapar de la presencia ante el objeto no colmante y lograr existir.** Las potencialidades heredadas no podrán desplegarse frente a una

falta de la madre suficientemente buena, habrá una falla en la integración del sí mismo y de los objetos, la falta materna no permitirá la ilusión y la desilusión por lo que no llegará a poseer un objeto de transición que lo encaminará a la diferenciación del self y el objeto, el niño no se sentirá auténtico, no creará ideas personales, originales y propias manifestándose en mucho de los casos en una falla del aprendizaje. El niño no logrará llegar a la fase de la inquietud por lo que a su vez no mostrará intentos reparatorios.

Si la madre se ha presentado como una madre suficientemente buena, el niño desarrollará la capacidad para estar solo. Winnicott (1958/1993) dice que "la capacidad del individuo para estar solo, constituye uno de los signos más importantes de madurez en el desarrollo emocional" (p.36). Esta madurez sólo es posible de lograr gracias a las primeras experiencias vividas en la infancia, previas al paso por el complejo de Edipo. El estar solo es un logro de la vida temprana y constituye la base de la soledad refinada, cuya insuficiencia materna impedirá el desarrollo de esta capacidad. La experiencia de estar solo se trata de mantenerse tranquilo y relajado mientras alguien más está presente (la madre), ya que se encuentra una madre suficientemente buena en la realidad psíquica del niño, lo que lo lleva al menos por el momento a sentirse confiado acerca del presente y el futuro. Berger (1999) lo señala como "Una especie de dificultad para estar sólo en presencia del otro", y dice que "el niño siente una incapacidad para estar solo en presencia del otro, en el sentido de que no tolera la presencia de un objeto, ni siquiera discreto, porque la presencia del objeto le resulta potencialmente traumática, siente el objeto como algo tiránico, amenazador, imposible de dominar, ya sea porque es intrusivo o porque corre el riesgo de abandonar al sujeto y ausentarse (p. 103).

Las experiencias agradables del niño con sus objetos internos proporcionan una suficiencia de vida, el niño puede mantenerse satisfecho, incluso en ausencia de objetos y estímulos externos. Llegado a este punto el niño se encuentra a lo que llamó Winnicott un "ambiente benigno" que proporcionó la madre suficientemente buena que llevó al niño a la integración de su persona y a poder diferenciar lo interior

de lo exterior, del yo – no yo. A pesar de poseer una organización débil del yo puede estar solo gracias al yo auxiliar confiable.

Sin la construcción de un ambiente interior benigno el niño no tendrá como adaptarse y aceptar los acontecimientos que le esperan en la vida; tales como el hallazgo de los límites y normas que ofrece a cada instante el mundo social y que en muchas oportunidades conllevan al encuentro con la frustración y falta materna. Esta situación de los límites también es muy vista dentro de la clínica y que nos lleva a pensar que detrás de todo esto también hay un **objeto perdido** que debe ser encontrado. Según esta idea de la capacidad para estar solo requiere de los cuidados maternantes para satisfacer las demandas del niño, pues sin éste, el niño no tendrá como construir sus propios deseos y a quien dirigir sus actos. La madre suficientemente mala se presentará como un objeto persecutor que no permitirá que el niño experimente el espacio de la quietud lo cual se manifestará en su conducta inquietante que entra en el concepto de hiperactividad, Berger (1999) lo llamó "La presencia flotante de un objeto amenazador" (p.100), que muy frecuentemente surge en el comportamiento y escenarios de los niños con hiperactividad.

Siguiendo con Winnicott (1958/1993), en este caso la alternativa patológica es una vida falsa basada solo en reacciones a los estímulos externos. El niño se muestra no integrado, vacilante y permanece en un estado que no hay ninguna orientación, no dirige su atención hacia lo externo, no presenta interés y movimientos dirigidos, por lo tanto es un marco ideal para que los impulsos se manifiesten y sean fructíferos representados en la impulsividad (p. 43). Por ello es recomendable que exista alguien disponible, alguien que esté presente, aunque sin exigir nada, para que los impulsos se vivan como experiencias reales y no se presenten sin ser tramitados por el yo. Ese alguien es la pieza esencial para ir formando el yo del niño, una madre colmante que permite dentro de toda su interacción materna el despliegue yoico del niño, marca la diferencia entre él y su madre, fortalece la instancia psíquica yoica.

Analistas contemporáneos han apoyado este primer determinante de la hiperactividad y dicen que:

El bebé nunca puede considerarse aislado: todo lo observado ocurre en relación con ese "otro" primordial que es la madre o sus sustitutos, que va impregnando sus registros corporales con sus cuidados, su historia, su fantasía e inscribiendo, a nivel inconsciente, representaciones que se organizan como realidad psíquica del bebé. En este proceso se está construyendo el psiquismo del niño del que tenemos una infinidad de pequeños signos, siempre de manera capital en el registro del cuerpo y con el tiempo en acciones, juegos, palabras. (Pérez de Plá, Rodríguez y Acosta, 2004, p.76)

Tomando en cuenta lo anterior se puede decir que la hiperactividad del niño pequeño es una patología basada en el vínculo desde muy temprana edad, donde la madre se muestra ausente y el niño reacciona con hipermotricidad, donde se va configurando un estilo de vinculación con el mundo en el cual la actividad motriz predomina que se caracteriza como una falla en la organización psíquica. En este determinante de la hiperactividad hay presencia de un objeto flotante amenazador que no permite que el niño se mantenga tranquilo, agitándose como defensa contra el desbordamiento de la angustia.

Las autoras antes citadas descubrieron bajo el método de la observación que los bebés comienzan a mostrar síntomas de hiperactividad a partir de los dos meses de edad, ya que se considera que para la producción de síntomas se debe tomar en cuenta tanto lo constitucional (orgánico) como las vivencias infantiles.

### **2.1.2. La lucha contra los deseos mortíferos.**

La finalidad del exceso de motricidad que se da en estos casos dice Janin et al. (2005), es la de "expulsar la parte de la pulsión de muerte no tramitada" (p. 83). Ella deduce que el movimiento desordenado de algunos de los niños a los que se denomina "hiperactivos" es efecto de un intento desesperado de sostener la vida frente a la fuerza de una compulsión a la repetición mortífera, en la que el niño ha incorporado un deseo de no ser. Con esta idea se entiende que para el niño la pulsión de muerte que se manifiesta constantemente, es un momento muy



desesperante que lo lleva a buscar una salida en dirección contraria, este actuar lo hace de forma inconsciente. La muerte le representa quietud por ello su conducta exagerada lo hace sentirse aliviado por momentos, ya que este incremento de movimientos corporales solo lo llevan a una repetición constante del deseo de conducirse con la pulsión de vida. Se puede creer que sus movimientos desordenados lo alivian, pero es todo lo contrario, solo es el síntoma de una lucha entre las dos clases de pulsiones. Se puede entender que el niño está atrapado en movimientos incontrollables toda quietud representa estar muerto, por ello no puede permanecer quieto. Janin et al. (2005) afirma que este tipo de hiperactividad por lo general no deja que los niños concilien el sueño ya que este acto representa retirar las investiduras del mundo (p. 84). Apartarse de los estímulos puede suponer la muerte, por lo que el niño hará todo lo posible por no reencontrarse en un estado de quietud.

Este segundo determinante de la hiperactividad, se puede entender bajo la teoría de Freud (1915/1998) en el ensayo de Pulsiones y destinos de pulsión aclara que "la pulsión actúa como una fuerza constante que ataca desde el interior del cuerpo y lo que cancela esta pulsión es su satisfacción" (p.114). El yo tiene la tarea de dominar las pulsiones cada vez con mayor exigencia, las cuales intentan modificar el mundo exterior para que se satisfaga la fuente interior del estímulo. Existen muchas clases de pulsiones pero el psicoanálisis sólo se centra en las pulsiones de vida y las de muerte.

En el ensayo El yo y el ello (1923/1979), Freud menciona que existen dos clases de pulsiones antagónicas que se encuentran presentes en todo ser humano: la pulsión de vida y la pulsión de muerte. La pulsión de vida comprende la pulsión sexual y la pulsión de auto conservación que llevan a preservar la vida misma, por lo que la pulsión de muerte se encarga de conducir al ser vivo a un estado inerte (p. 41, sig.). Ambas pulsiones se encuentran activas en todo ser humano pero no en una forma igualitaria, sino que alguna de ellas toma la primacía sobre la otra, las cuales se exteriorizan al mundo exterior en especial a los objetos. Menciona que las dos clases de pulsiones se pueden sustituir por un representante de la polaridad entre el amor y el odio, ambos representantes no pueden estar separados por completo ya que se

encuentra una distancia mínima entre ellos y su operacionalidad puede oscilar de un estado a otro. Encontramos en las conductas de las personas que el amor puede mudarse al odio y el odio al amor, en los niños es muy fácil ver la polaridad cuando se relacionan con el objeto, por lo que no se pueden tomar por separado en su manifestación. Ya lo habíamos mencionado, cuando el objeto causa displacer es odiado pero cuando se revela como fuente de placer entonces es amado, estas experiencias se van incorporando al yo para su desarrollo. Se puede ver que la hiperactividad es una huida del objeto causante de displacer, es un intento motor del yo por alcanzar aquel objeto en cuanto fuente de placer. Freud (1915/1998) en Pulsiones y destinos de pulsión menciona al respecto:

Cuando el objeto es fuente de sensaciones placenteras, se establece una tendencia motriz que quiere acercarlo al yo, incorporarlo a él; entonces hablamos también de la "atracción" que ejerce el objeto dispensador de placer y decimos que "amamos" al objeto. A la inversa, cuando el objeto es fuente de sensaciones de displacer, una tendencia motriz de huida se afana en aumentar la distancia entre él y el yo, en repetir con relación a él el intento originario de huida frente al mundo exterior emisor de estímulos. Sentimos la "repulsión" del objeto, y lo "odiamos"; este odio puede después acrecentarse convirtiéndose en la inclinación a agredir al objeto, con el propósito de aniquilarlo (p. 131).

Las primeras relaciones con el objeto primario se basan en proyectar en un primer momento la pulsión de muerte y después la pulsión de vida que posteriormente van hacer unidas en una totalidad cuando ambas experiencias han sido equilibradas, se puede decir que solamente el objeto antes odiado pasa a ser amado, pero cuando las experiencias de relación entre sujeto y objeto basadas en amor y odio no han sido equilibradas, el odio puede imperar sobre el amor o viceversa, lo que lleva a la manifestación de una patología que se va a reflejar en el comportamiento y la relación con el objeto materno. Freud (1923/1979) aclara que "desde el comienzo de la vida ha existido una actitud ambivalente, y la mudanza acontece mediante un desplazamiento reactivo de la investidura, así: se sustrae

energía a la moción erótica y se aporta energía a la moción hostil" (p. 44). En algunos de los casos la actitud amorosa no tiene perspectiva de satisfacción por lo que es relevada por la actitud de hostilidad, que ofrece mejores perspectivas de satisfacción, una posibilidad de descarga, tomando en cuenta que no toda la energía libidinal se convierte en hostilidad ya que si fuera así, se llegaría a la muerte; pero sí una gran cantidad de energía se deposita en la vía donde tenga la posibilidad de descarga. Se pone mucho empeño en trasladar hacia afuera lo que desde adentro se vuelve penoso, en proyectarlo, por lo que se puede apreciar, se hace de forma natural para dar entrada a la pulsión de vida con la búsqueda de relaciones amorosas con el objeto. Con esto se puede pensar que el niño con sus exagerados movimientos busca una trasposición directa del odio al amor, un cambio puramente interno que en un principio de la vida el objeto materno lo transmite para ser aprehendido. Este intento de trasposición es un cambio de investidura que en el fondo tiene la finalidad de mantener la vida frente a la muerte y deshacerse del deseo de no ser, el movimiento hace sentir al niño que está vivo y desapegarse de esta actividad sería remitirse a la muerte. El movimiento perturbador nos dice que la mayor parte de la energía está concentrada en la pulsión de muerte que coloca al niño en una actividad incontrolable. Se puede entender que el movimiento es vida, por ello todo lo que represente quietud para el niño es sinónimo de muerte, ya que conducirse con la pulsión de muerte no tiene satisfacción alguna, por ello busca ser equilibrada con la pulsión de vida que se dirige al amor. En este caso el movimiento exagerado conocido también como hiperactividad, es solo el síntoma que genera la mayor descarga de la pulsión de muerte, que necesita ser interpretada en el tratamiento para hacerla más consciente.

Si la quietud representa muerte para los niños que luchan contra los deseos mortíferos, es muy probable que manifiesten problemas para dormir, ya que esta condición los remite a la fuerza de la compulsión a la repetición mortífera, renuncian a dormir porque temen a la quietud. El estado psíquico del durmiente significa para Freud (1915/1979) "un retiro casi total del mundo que lo rodea y por el cese de todo interés hacia él" (p.221), "se recogen todas las investiduras emitidas por el yo y establecer un narcisismo absoluto" (p.224). También se debe de tomar en cuenta que

un sueño es una proyección, una exteriorización de un proceso interior, por lo que el contenido es temido y puede remitir a situaciones de muerte en las cuales se tiende a huir.

### **2.1.3. La falla en la constitución de actividades fantasmáticas y oníricas.**

Janin et al. (2005) ha pensado también la hiperactividad como efectos de tensiones pulsionales no integradas. Hay una incapacidad de síntesis de lo bueno y malo de los objetos y del sí mismo debido a que el objeto se muestra de una forma más agresiva o de lo contrario más gratificador. Esto repercute en la capacidad para simbolizar y en consecuencia hay una falla en el uso de la constancia objetal (p. 86). Esta autora asegura que este mundo para el niño le resulta terrorífico ya que las fantasías le resultan como estímulos imparables, aterradores, no diferenciables de la realidad ya que el niño aún no ha alcanzado la diferenciación yo – no yo, seguido confunden un dentro y fuera de sí mismos. El mundo agresivo lo abrumba y no hay proceso secundario suficientemente estabilizado que le posibilite frenar el pasaje a una motricidad desenfrenada, el yo no ha evolucionado. Es imprescindible que el entorno minimice las angustias que el objeto amenazador suscita, permitiendo así la separación de un “dentro” y un “afuera” y la ligazón de las representantes pulsionales a representaciones verbales (p. 87).

Podemos deducir que este tercer determinante de la hiperactividad radica esencialmente en una falla en el Proceso de internalización de las relaciones objetales, que Otto Kernberg desarrolló, en el cual la síntesis de las experiencias positivas y negativas con el objeto primario no se ha alcanzado, lo que lleva al niño a no tener la constancia objetal por lo que se le dificulta permanecer tranquilo, representarlo así en su conducta.

Con su formación de psiquiatra y psicoanalista Kernberg ha podido enlazar la clásica teoría de las pulsiones y los nuevos aportes de las relaciones de objeto. Estuvo a favor de que las pulsiones del ser humano no están constituidas al cien por ciento

de forma genética, sino que también son determinadas en forma muy importante por las experiencias del niño con su madre y con otros objetos tempranos.

Las relaciones objetales a temprana edad son consideradas como un esencial agente organizador del Yo, y la manera en la que se den son determinantes en la estructura de la personalidad y en mucho de los casos se comienza a manifestar rasgos de ésta en la infancia.

De acuerdo con Kernberg (1977/2001) el Proceso de internalización de las relaciones objetales está constituido por una secuencia de tres aspectos relacionales:

**1.- Introyección:** Primer momento de vida donde se da la reproducción y fijación de una interacción con el objeto, inicio de las huellas mnémicas donde participan en esencia tres componentes: a) la imagen de un objeto, b) la imagen del sí mismo en interacción con ese objeto, c) el matiz afectivo de ambas partes en el momento de la interacción, este puede ser positivo o negativo según la calidad de la relación con el objeto primario (p.25).

Cuando la relación diádica está cargada de afectos positivos donde tiene cabida el impulso libidinal, tiende a fusionarse y a organizarse con experiencias gratificantes anteriormente vividas, Klein (1957 citada en Segal, 2009) lo denominó el "objeto interno bueno". Así mismo cuando las introyecciones contienen afectos negativos bajo las instancias de los instintos agresivos, suelen fusionarse con introyecciones de similar carga negativa que se organizan formando los "objetos internos malos". El resultado de este proceso es tener autoimágenes e imágenes objetales cada vez más elaboradas, por lo cual este inevitable proceso contribuye al inicio de la diferenciación entre el sí mismo y el objeto.

**2.- La identificación:** Se basa en el reconocimiento de roles en la interacción interpersonal. Estos roles se adaptan a una función socialmente reconocida que recaen en el objeto y el sujeto de una misma interacción. El componente afectivo es aún más elaborado ya que permite el moldeamiento del Yo en desarrollo y evita el

uso de la disociación. Por lo tanto el conjunto de huellas mnémicas comprenden: a) la imagen de un objeto que ha adoptado un rol en su interacción con el sí-mismo; b) la imagen del sí-mismo, más diferenciada del objeto que en el caso de la introyección y actuando un rol complementario, c) el matiz afectivo de la interacción con una cualidad más diferenciada y menos intensa que en el caso de la introyección (p. 26).

Se puede deducir que las identificaciones llevan consigo una internalización de roles, cada parte asume su labor representándola en la conducta recíproca, que conlleva a la esencia de la identificación. La identificación se puede ubicar en los últimos meses del primer año de vida, alcanzando su pleno desarrollo en la primera etapa del segundo año de edad.

**3.- Identidad del Yo:** Nivel más alto del proceso de internalización que consiste en la presencia de un concepto integrado del sí mismo, a través del tiempo y de situaciones diferentes, y al mismo tiempo un concepto integrado de personas significativas en su vida. Se puede señalar que es una organización general de las identificaciones e introyecciones, bajo el principio orientador de la función sintética del yo, con la capacidad de reconciliación de las incongruencias del medio ambiente. Para que se logre de manera satisfactoria la Identidad del Yo, debe consolidarse las estructuras yoicas, conservando un sentido de continuidad del sí-mismo; el niño debe percatarse de su propio funcionamiento en todas las áreas de su vida y el dominio de las tareas básicas de adaptación. También debe tener una coherente concepción global del mundo de los objetos y las propias interacciones interpersonales que se reflejan en la conducta teniendo mayor importancia en la identidad del Yo que en las identificaciones. Por último debe tener reconocimiento de esta coherencia en las interacciones y la percepción de ese reconocimiento que le proporciona el ambiente (p. 27).

Los distintos periodos de la infancia determinan diferentes integraciones de la identidad del yo. La integración general de la identidad del Yo, que surge de todas estas identidades yoicas parciales, se

concreta normalmente mediante una síntesis de éstas en una armoniosa estructura global (Erikson 1950, citado en Kernberg 2001, p. 28).

La identidad del Yo es el más alto nivel de organización del mundo de las relaciones objetales así como del sí-mismo. Se trata de un procedimiento puesto en desarrollo ya que cada vez los componentes se van internalizando cada vez en niveles más altos y a su vez se van diferenciando, al mismo tiempo que estas relaciones objetales van siendo despersonificadas e integradas en niveles superiores de estructuras yoicas y superyoicas, dando forma al ideal del Yo y las funciones autónomas del mismo.

Cumpliendo con los procesos de internalización y despersonificación, las relaciones objetales internalizadas se organizan formando imágenes objetales perdurables, que llegan a representar internamente al mundo externo, tal como lo vivencia el Yo en desarrollo. Sandler y Rosenblatt (1962 citados en Kernberg 2001, p.28) a este fenómeno lo llamaron el "mundo de las representaciones". Es importante señalar que este mundo interno de los objetos nunca es la copia fiel de las relaciones interpersonales con los objetos que el individuo ha tenido y almacenado, es tan solo una aproximación sustentada por influencias de las más arcaicas imágenes objetales que pertenecen a la introyección y la identificación; esto significa que las primitivas y distorsionadas imágenes objetales continúan existiendo en el inconsciente.

La finalidad de la formación de la identidad del Yo es que las primitivas identificaciones poco a poco van a hacer reemplazadas por identificaciones sublimadas, parciales y selectivas, donde sólo se van a internalizar aquellos aspectos de las relaciones objetales que concuerdan con la identidad del individuo y esta correspondencia lo va a llevar a permanecer en una hondura de bienestar emocional. Cuando no se hace el reemplazo de las tempranas introyecciones persisten y conforman una fijación patológica de tempranas relaciones objetales gravemente alteradas, esta fijación está relacionada de una manera muy estrecha con el desarrollo patológico de la escisión. Al existir la escisión se considera un obstáculo para la integración de las imágenes del sí-mismo y de los objetos, en estas condiciones llegan

a la superficie primitivas imágenes objetales no integradas, representadas dentro de una estructura yoica específica. En un primer momento la separación se debe a que el Yo es incapaz de integrar las experiencias con afectos distintos debido a la mayor presencia de alguna de ellas, más tarde esta escisión aparece como una respuesta ante la ansiedad con fines de defensa, se dice que es el origen de la escisión como mecanismo de defensa.

Así, durante toda la infancia y los años posteriores, el mundo de las representaciones objetales va cambiando acercándose cada vez más al mundo de las percepciones externas de los objetos significativos, sin llegar a ser una copia exacta del mundo real.

Con lo antes expuesto y teniendo un panorama general de la evolución del yo, se puede identificar en la teoría de Otto Kernberg (1977/2001) el surgimiento de la hiperactividad ya que se puede pensar ésta como efectos de la incapacidad del yo para integrar las imágenes de valencias opuestas tanto del objeto como del sí mismo. Esta incapacidad se debe a que el matiz afectivo que se presenta en las relaciones entre el sujeto y el objeto dentro de las introyecciones es mayormente negativo, no hay un equilibrio entre las experiencias positivas y negativas en relación con el objeto que permita hacer la integración del mismo. Como dijo Kernberg (1977/2001) La falta de capacidad de integración cargada de ansiedad, es poco a poco usada con fines defensivos por el Yo incipiente y mantiene la separación o escisión entre introyecciones de diferentes valencias. Esto con la finalidad de que la ansiedad surgida de las introyecciones negativas invada todo el Yo y contamine las pocas introyecciones positivas que se encuentran salvaguardadas en un primitivo núcleo yoico. (p. 37). El yo del niño está invadido mayormente de instinto agresivo por lo que la escisión que en un principio es un proceso natural se vuelve defensivo para preservar el poco amor del odio predominante que existe en su persona. Este mundo para el niño se le presenta terrorífico ya que las fantasías le resultan como estímulos imparables, aterradores, no diferenciables de la realidad por lo que desea escapar de él expulsando para afuera toda introyección negativa y preservando las positivas que lo llevaran a consolidar la primera organización defensiva del yo. Debido a la falta de



integración de las imágenes de los objetos y del sí mismo, no se completa el proceso de internalización de las relaciones objetales, los objetos no se logran ver en una totalidad, lo que llevará al niño a no alcanzar la constancia objetal. Su excitación motriz es muy probable que sea el reflejo de una falla de integración psíquica tanto de las experiencias positivas y negativas del objeto como las del sí mismo, que lo llevan a deshacerse de lo indeseable y a la búsqueda constante de experiencias positivas con un objeto amoroso que le ayude a la consolidación del yo.

Para Kernberg (1977/2001) "el proceso de introyección a su vez va consolidando los núcleos yoicos, que desempeñan la esencial función de dirigir la organización de la percepción, de la memoria e indirectamente de otras funciones yoicas autónomas" (p.30). Es importante señalar para fines de esta investigación, que dentro de estas funciones autónomas se encuentran el nivel general de la actividad psicomotriz, el control de las dilataciones, la orientación y el planeamiento de actividades, la flexibilidad de los desplazamientos de la atención, la diferenciación de todo tipo de estímulos, la integración de experiencia y actividad así como la capacidad de establecer huellas mnémicas. Las introyecciones se convierten en el primer agente organizador de lo que habrá de ser el Yo como estructura integrada. A falta de la consolidación del yo, las funciones autónomas antes mencionadas quedan sin ser dirigidas por el yo adecuadamente, por lo que se puede apreciar un déficit en la ejecución de las mismas.

No se equivocó Kernberg (1977/2001) al decir que "las experiencias que activan la representación gratificante y frustrante entre sí-mismo – objeto, activan la atención y motivan el aprendizaje; tanto la gratificación como un tanto monto de frustración contribuyen a la paulatina diferenciación entre los componentes del sí-mismo y del objeto, en la percepción del niño en la interacción con su madre" (p.53).

La capacidad de integración de las experiencias positivas y negativas del objeto y del sí mismo cuando no se da en relación con el objeto materno, se puede llevar a cabo en un ambiente terapéutico que le permita al niño relacionarse con una persona que cumpla con características diferentes a la de sus objetos ya

introyectados. Es una persona que va hacer presencia frente a una relación diádica, que ayudará a reactivar el proceso de integración para lograr la constancia objetal. Flesler (2007), menciona que "cuando el objeto falta en lo Real, vuelca su eficacia en la economía de los goces" (p.37), dándole oportunidad al niño de buscar nuevos objetos de goce que le permitan ubicarse frente a él y completar el proceso de internalización para continuar con el desarrollo individual.

La teoría de Margaret Mahler (1975/2002) se centra en las fases del desarrollo psicológico y también puede ejemplificar este determinante de la hiperactividad, ubicando la falla dentro del proceso de separación individuación. Este proceso consta de varias fases donde cada una tiene un objetivo a cumplir, cuando el desarrollo se ha dado en buenos términos se puede decir que el niño va encaminado a lograr la individuación para relacionarse con el mundo como una persona independiente de su madre, pero cuando no se logra alguno de los objetivos en determinada fase, las consecuencias se verán reflejadas en la conducta del pequeño sin alcanzar ese preciado momento de la individuación y el logro de la constancia objetal.

La primera fase de desarrollo Mahler (1975/2002) la llamó "Autismo normal" y comprende el primer mes de vida del bebé (p. 51). En este periodo encontramos que el niño se dedica a mantener la homeostasis. Hay una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos. El niño pasa la mayor parte del día en un estado de semi sueño y semi vigilia. Se despierta solo cuando el displacer hace presencia y su forma de manifestarlo es con el llanto, pero cuando el placer viene a sustituir al displacer, vuelve a recaer en el sueño. Se puede decir que se ha librado de una tensión en excedente. La función de este periodo gira en lo fisiológico que parece pertenecer a su propia órbita.

Es la madre y sus cuidados quien saca al niño de su tendencia omnipotente para promover la conciencia sensorial del ambiente y del contacto con él, es el comienzo de investir el mundo que le rodea comenzando por su propia madre. De un narcisismo primario absoluto donde hay una falta de conciencia del niño frente a un agente maternante, pasa a un narcisismo primario en la fase simbiótica incipiente,

donde se comienza a entender que la satisfacción viene de afuera del sí-mismo. En esta fase el equipo reflejo del niño con el que nace y los cuidados maternos se complementan para dar evolución al desarrollo psíquico.

Para Mahler (1975/2002) la segunda fase se llama "Simbiosis normal" y tanto la primera como la segunda fase son un estadio de no diferenciación. Comprende del segundo al quinto mes de vida y se caracteriza porque el bebé tiene una obscura conciencia de que un objeto satisface sus necesidades, por ello la madre y su niño constituye un sistema omnipotente, unidad dual dentro de un límite unitario común (p. 53). Aquí se encuentra que la catexia comienza a dirigirse hacia afuera hacia la periferia sensorio-perceptiva y comienza a envolver la órbita simbiótica de la unidad dual madre-hijo, la cual está altamente catexizada funcionando como un gran escudo contra los estímulos. El niño es absolutamente dependiente de su madre, y la madre muestra una necesidad relativa frente a él, por ello el término simbiosis solo se refiere a un estado de indiferenciación, de fusión con la madre, donde el Yo aún no está diferenciado del no-yo, es decir lo interno con lo externo, solo son experiencias incipientes.

El Yo del niño en esta etapa tiene que completarse con la relación emocional establecida mediante el cuidado materno una especie de "simbiosis social", destacando las experiencias contacto-perceptuales del cuerpo total. Las experiencias contacto-perceptuales están relacionadas con la primera imagen visual del rostro de la madre y ella es la que debe dejarse ver, promover el contacto visual entre ambos. Para ello se necesita de periodos cortos de atención del niño encaminados a hacer las primeras investiduras en el exterior no muy lejos de él, sin olvidar el contenido afectivo entre ese cruzamiento de la mirada. Se puede señalar que esta atención que surge del niño hacia la madre se cruza también con la atención que pone la madre en su hijo.

En esta etapa se va catexizando cada vez más el mundo, especialmente a la madre, pero como unidad dual con el Yo aún no claramente delineado, delimitado y experimentado, la madre es aún un objeto parcial. La catexia de la madre es el

principal logro psicológico de ésta fase. Spiegel y Rose (1959/1964 citados en Mahler, 2002) señalan que “cuando el placer interno y el placer externo continúan en maduración, la visión y la audición se dirigen hacia afuera , lo que **estimula la catexia de atención dirigida al exterior**, la cual oscila libremente entre ambos campos” (p.64). Al final de esta etapa el niño ha logrado establecer una relación objetal con su madre.

La tercera fase de Mahler (1975/2002) es propiamente dicho el proceso de separación individuación, se centra entre el quinto mes y los tres años de edad aproximadamente (p. 63). En términos generales se encuentra que el comienzo de esta tercera fase comienza en el apogeo de la simbiosis, donde el niño muestra una creciente capacidad de reconocer a su madre como una persona especial, tiene experiencias mayores con el mundo no materno, se puede apartar levemente y más tarde muy decididamente de la madre. Al final del primer año y comienzos del segundo, el proceso intrapsíquico de separación individuación sigue dos carriles evolutivos inter vinculados, pero no siempre en la misma proporción ni en avance simétrico, estos son:

- Carril de la separación: Lleva a la conciencia intrapsíquica la separación.
- Carril de la individuación: Lleva a la adquisición de una individuación distinta y única.

Para el logro de estos dos carriles Mahler (1975/2002) presenta cuatro subfases que son las siguientes:

Entre el quinto y noveno mes de edad se marca la primera subfase llamada “La diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal” (p.63). Aquí la atención juega un papel importante ya que es dirigida mayormente al mundo exterior con el advenimiento de la actividad perceptual, el niño explora a su madre de forma manual, táctil y visual comenzando por el rostro y luego el cuerpo, se pone tenso y se separa un poco de ella para poder contemplarla bien así como al ambiente que le rodea. Comienza la ruptura del cascarón, se aventura y permanece a corta distancia de los

protectores brazos de la madre, se separa de ella tanto como su motricidad le permita, sin apartarse visualmente de ella, ya que constantemente está verificando su presencia. Aparece la ansiedad ante extraños debido a que tiene mayor reconocimiento de lo que es madre y de lo que no es. La reacción a las separaciones breves se da en una baja de tono que a veces culmina en llanto desesperado. Comienza a disminuir la dependencia corporal total de la madre, la búsqueda de la distancia pareciera ir acompañada de una mayor conciencia de la madre como persona especial.

La segunda subfase llamada "Ejercitación locomotriz" se ubica entre los nueve y catorce meses de edad época en la que los niños comienzan a gatear y adquieren progresivamente habilidades necesarias que facilitan la separación con su madre pero aún agarrado de la mano de ella (p. 77). La reacción a la separación se da en un relativo olvido de la presencia de la madre. Avanzada la ejercitación, el niño experimenta gozo en el uso de su cuerpo caracterizado por la locomoción vertical libre. En este periodo la marcha simboliza para el niño y para la madre un logro sumamente especial, el niño demuestra tener mayor independencia por lo que ya puede incorporarse al mundo de los seres humanos bípedos, la confianza que la madre deposita en él pareciera darle mayor seguridad en sí mismo, lo impulsa a intercambiar parte de su omnipotencia por la creciente autonomía, aquí se puede decir que el movimiento que experimenta el niño favorece el proceso de separación. De lo contrario, si la madre no permite la separación del niño se muestra como una madre engolfante, el niño por naturaleza buscará los movimientos de separación mostrándose inquieto en exceso para zafarse de una demanda voraz o del capricho materno. Aquí se puede decir que se gesta el exceso motriz perturbador que no contribuye al buen desarrollo, esta conducta reasegura al niño que la madre desea atraparlo y encerrarlo en la simbiosis que anteriormente era la que reinaba.

Se puede detectar en todo su esplendor el exceso de excitación motriz que ya se considera patológico en la tercera subfase de "Acercamiento", cuando el medio ambiente no favorece al proceso de individuación. Mahler (1975/2002) menciona que en este periodo que se da entre los 15 y 24 meses de edad, el niño muestra un

intercambio de la falta de interés por la presencia de la madre a un interés constante en determinar dónde está su mamá y por una conducta activa de acercamiento (p. 89). Mahler (1975/2002) menciona que en este acercamiento el niño debe abandonar en forma gradual y penosa la delusión de su propia grandeza, a menudo a través de luchas dramáticas con su madre. Muestra una necesidad mayor de que la madre comparta con él todas sus habilidades y experiencias así como una gran necesidad de amor objetal. "Es el amor de la madre por el deambulador y su aceptación de la ambivalencia de éste, lo que permite al niño catexiar su auto representación con energía neutralizada" (Mahler, 2002, p. 90). Surgen dos características importantes en el niño:

1.- El seguimiento de la madre: El niño sigue a la madre como una sombra, con el temor de perder el amor del objeto. Surge ansiedad de separación.

2.- La huida de la madre: Es un temor de que el objeto lo reengolfe o reabsorba. El niño evita a la madre contra posibles intromisiones en su autonomía de reciente adquisición.

Es en esta fase donde la conducta de huida se manifiesta frente a un temor de ser absorbido por la madre. "Algunas madres, con su prolongada sobreprotección e intrusividad, enraizadas en sus propias ansiedades y a menudo en sus propias necesidades simbiótico-parasitarias, se transforman ellas mismas en "la sombra" de su hijo" (Mahler, 1975/2002 p.93). La madre que se muestra con temor a quedarse sola, o que su labor materna ya no tiene validez cuando el niño se aleja de ella, o simplemente utilizan al niño como un objeto de posesión con fines secundarios, son las madres que se sienten amenazadas por el alejamiento de su propio hijo, son incapaces de aceptar la gradual separación del niño, por lo tanto, hacen todo lo posible por invadir el espacio del pequeño en todo momento. Esta conducta se considera una agresión hacia el niño que pesará más como una experiencia negativa ante las experiencias positivas, por lo tanto no habrá un equilibrio adecuado para la integración de las imágenes positivas y negativas del objeto, lo que obstaculizará la síntesis de las mismas. Se puede apreciar que comienza la diferenciación del yo – no

yo, pero lo que no se logrará es la integración de las imágenes tanto del sí mismo como la de los objetos. El niño no puede tolerar los sentimientos de amor y odio simultáneamente, debido a que la madre se está presentando con mayor carga agresiva que amorosa, por lo que la madre es percibida como toda buena o como toda mala, hay posibilidad de que la madre ausente se perciba como toda buena y los de alrededor son todos malos por tanto desplaza agresión al mundo no materno y cuando la madre vuelve desquicia la imagen ideal.

Si la madre se muestra más agresiva en esta subfase del Acercamiento, puede desencadenarse tanta agresión como para inundar o barrer al "objeto bueno" y junto con él ala auto representación buena. La conducta estaría basada en fuertes berrinches precoces y de obligar a los padres a funcionar como yoes casi externos. Todo esto estropea el desarrollo hacia la constancia objetal y el cambio al narcisismo secundario, "son niños que se muestran con una tendencia a dividir el mundo objetal en "bueno y malo" debido a que la madre después de la separación se muestra frustradora y cuya regulación del auto estima es muy precaria" (Mahler, 1975/2002, p. 136). Esta misma autora concluye que:

En una relación normal entre madre e hijo el seguimiento equilibrado por el deambulador cede el paso a un cierto grado de constancia objetal hacia la segunda mitad del tercer año. No obstante cuando menos emocionalmente disponible esté la madre en la época del acercamiento, con tanta mayor insistencia e incluso desesperación el deambulador intentará cortejarla. (Mahler, 1975/2002, p. 93).

Hasta aquí podemos ver que la relación basada en un engolfamiento o en una carencia emocional de la madre hacia su hijo, produce en el niño una conducta desesperada que se reflejará en el aumento de excitación motriz con la finalidad de zafarse de ella o de mantenerla viva ante su poca emotividad, originándose en la etapa de "Acercamiento" que se centra entre los quince y veinticuatro meses de edad. Este comportamiento absorbe gran cantidad de líbido evolutiva del niño, por lo tanto no quedará suficiente para un buen desarrollo de la parte yoica que incluye la

autonomía y la interacción social. Si se observa con gran detenimiento el movimiento motor de cada niño, nos puede remitir a los problemas intrapsíquicos que le atormentan, Mahler (1975/2002) afirmó que "los fenómenos motores están correlacionados con eventos intrapsíquicos, sobre todo en los primeros años de vida" (p.22). También dedujo con esta afirmación que "el movimiento es un camino de expresión, defensa y descarga de que dispone el infante, mucho antes de que ocurra la comunicación verbal" (p. 22).

La carencia emocional de la madre hacia su hijo que menciona Mahler (1975/2002), coincide con otro de los determinantes de la hiperactividad que Janin et al. (2005) observó en clínica llamándolo "Mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores" (p. 89) que se describirá en el siguiente determinante de la hiperactividad.

Si el niño ha pasado bien las subfases anteriores llegará a la última llamada por Mahler (1975/2002) "La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional" (p.127). En este periodo la tarea principal es el logro de una individualidad definida y el logro de un cierto grado de constancia objetal, así como signos definidos de internalización de exigencias parentales, que indican la formación de precursores del superyó. La constancia objetal implica algo más que el mantenimiento de la representación del objeto de amor ausente, dice Mahler (1975/2002) que "implica también la unificación del objeto "bueno y malo" en una representación total. Esto promueve la fusión de los impulsos agresivo y libidinal y modera el odio por el objeto cuando la agresión es intensa" (p.128).

En el establecimiento de la constancia objetal también otros aspectos de maduración toman parte como los instintos innatos, la neutralización de la energía instintiva, la prueba de realidad, la tolerancia a la frustración y a la ansiedad, con este avance en el desarrollo el niño acepta nuevamente la separación de la madre, dedica más tiempo al juego sin la presencia de ella, esto es un signo de constancia objetal emocional donde el niño comienza a hacer uso de la fantasía e introducirse al mundo real, tiene mayor tolerancia a la demora de la gratificación y de soportar la



separación, en pocas palabras el yo se desarrolla a pasos agigantados para preparar el camino para la formación de la auto identidad.

Heimann (1966 citado en Mahler, 1975/2002) observó que:

Cuánto "más intrusiva" haya sido la actitud emocional del objeto de amor en el mundo externo, mayor será la tendencia del objeto en transformarse en un cuerpo extraño no asimilado –un introyecto malo-- en la economía emocional intrapsíquica. En el esfuerzo por expulsar este introyecto malo entran en juego derivados del impulso agresivo y parece desarrollarse una acrecentada proclividad a identificar la auto representación con el introyecto malo, o por lo menos a confundir ambas cosas (p. 136).

#### **2.1.4. Mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores.**

Cuando alguno de los padres queda atrapado en sus propios conflictos, esto obstaculiza la relación empática con el niño. Janin et al. (2005) ha observado que el niño "no puede registrar sus procesos internos, por lo tanto intenta sacudir a una madre depresiva con su movimiento continuo, a través de una actitud desafiante y perturbadora, la mantienen activa y en estado de alerta, funcionando como un estimulante, un "despertador" permanente" (p. 89).

Berger (1999) contribuye diciendo en este determinante de la hiperactividad que "el niño trata de adoptar una función de antidepresivo y de animar a su madre moviéndose" (p.41), también observó que las madres depresivas suelen comprometerse poco en la relación con su hijo, permanecen apáticas, pasivas, vocalizan y sonrían menos, por lo que podemos deducir que la relación carece de una relación emocional o simplemente nos podemos dar cuenta que la madre no presenta

la capacidad de relacionarse afectivamente con su hijo, esto por su propia historia de vida.

La madre que se muestran con mayor pulsión agresiva, suele sumergirse en sus propios conflictos con facilidad, esta situación la lleva a retirar las investiduras del mundo exterior incluyendo a su propio hijo. El retirar la investidura que antes estaba dirigida al niño, es conducir esa atención psíquica hacia dentro de sí, y es en este momento que se puede señalar con acierto que el déficit de atención radica en la madre y no en el propio niño. El niño detecta ese alejamiento psíquico que le brindaba seguridad, pero el niño difícilmente puede decir que es lo que está pasando, la situación no puede ser asimilada de manera verbal por el niño, por lo tanto esta inestabilidad se va a reflejar en la conducta. Bajo la idea de que "todo lo que no se dice se actúa", el niño manifestará en sus exagerados movimientos la parte inconsciente de la relación que ahora tiene con su madre. La conducta descontrolada trata de recuperar a una madre que se ha apartado, es de suma importancia ser el foco de atención para volver a recuperar la **investidura perdida**.

En el fondo el movimientos exagerado suele llevar una preocupación inconsciente de mantener a la madre viva, porque su ausencia significa para el niño muerte y si la madre se muere en consecuencia el niño también lo hace ya que depende de ella en su totalidad, mantenerla viva es mantenerse vivo también. Pero no debemos olvidar que dentro de una relación agresiva los deseos inconscientes del niño hacia la madre son de muerte, originados desde las primeras relaciones objetales de valencia negativa, por lo que dejarla caer en sus propios conflictos, es ver realizado el deseo inconsciente del niño, para ello el niño actuará de forma contraria para mantenerla viva y defenderse de su propio deseo mortífero. Con su constante movimiento logra tener un poco de contacto con ella y asegurarse continuamente de que sigue con vida, esta conducta intranquila disminuye la angustia generada por el deseo de muerte que se manifiesta todo el tiempo, por lo que se puede decir que su preocupación extrema de mantener viva a la madre, esconde toda su agresión dirigida hacia ella.

### **2.1.5. El fracaso de la pasividad a la actividad.**

Dentro de la relación madre e hijo en algunas ocasiones se puede observar que la madre no permite que el niño sea una persona independiente de ella. El niño queda sujeto a una posición pasiva y se le prohíbe el movimiento natural. Janin et al. (2005) contribuye diciendo que " la madre toma a su hijo como objeto de control y no como sujeto, todo lo hace por él y le prohíbe el movimiento, por lo tanto el chico demostrará que está vivo a través del despliegue motriz" (p. 89).

Los varones están más expuestos a caer en este determinante de la hiperactividad que las mujeres, debido a que el niño dentro del proceso edípico tiene que abandonar la posición pasiva. Ellos quedan atrapados en los mandatos maternos y una parte de su cuerpo les dice que no es así. Janin et al. (2005) afirma que esta situación "los remite al sometimiento y a la feminización (p. 89). Los niños cuyos padres hacen todo por él, es posible que supongan que su cuerpo no es suyo, que le pertenece a otro, que no pueda diferenciar quien se mueve cuando su cuerpo se mueve, por lo tanto construir la representación del sí mismo en esas condiciones es difícil.

Este fracaso de la pasividad a la actividad nos remite al Complejo de Edipo masculino, donde obedecer o quedarse pasivo frente a otro colocan al niño en una situación negativa para él. En esta posición se vería castrado por otra persona poderosa activa, esta persona es la misma madre que no ha podido ejercer la posición pasiva frente a su hijo y se refuerza en el contexto escolar frente a la maestra que es la dueña de la actividad y de la palabra en el salón. Por lo tanto se puede suponer que estos niños andan en busca de un lugar de hombres, sintiéndose desesperados frente a situaciones de exigencias que los llevan a darse por vencidos, es como entregarse pasivamente al padre o renunciar a la posición masculina. Esta lucha de poder se refleja en la conducta del niño, el cual a donde quiera que se encuentre va a manifestar su inconformidad. La hiperactividad en este caso se puede ver como síntoma, es una forma de representar el conflicto psíquico que el niño está viviendo del intento por mantenerse activo y colocarse en la posición que le corresponde. Esta posición que la madre debió fomentar en el transcurso del desarrollo, es ahora

solicitada por el propio niño de una forma desesperada ya que la relación entre madre e hijo sigue siendo engolfante, por ello es recomendable indagar con la historia clínica todas las situaciones que lo colocan en dicho trastorno.

En los primeros tiempos y en gran parte de su infancia el niño dedicará grandes momentos de energía al dominio placentero de su cuerpo, puede correr, trepar, saltar, probar destrezas serán los juegos más excitantes y un desafío constante para él. Pero ir hacia allá, supondrá no permanecer acá y en este sentido supondrá necesariamente, faltar, desconectarse de algún otro lugar, y será en este vaivén que se pondrá a prueba la angustia materna. El movimiento de ambulante en este sentido, constituye una forma de desprendimiento de lo materno.

Para que el niño logre el cambio de la pasividad a la actividad, tanto el padre como la madre deben ejercer la posición que les corresponde, el padre activo y la madre pasiva. Pero cuando esta posición está contra puesta, el niño no tendrá el ambiente adecuado para colocarse e identificarse con la actividad ejercida por el padre. Sobre esta idea Mahler (1975/2002) comenta que "son niños que tienden a buscar juegos más enérgicos con el padre, debido al temor de engolfamiento por la madre después de la separación, que estaba narcisísticamente investida pero era un peligro del cual debía defenderse" (p.137).

Se asume que el movimiento también se puede detectar en sus fallas, no solo se refiere a los momentos del intento de separación encaminados a la individuación, sino que también constituye una respuesta posible al engolfamiento materno, un intento de desasirse de allí, es decir, moverse rápidamente para zafarse de una demanda voraz o del capricho materno. Es una forma del movimiento, que en su andar ansioso, representa un intento activo de escapar del encierro en lugar de permanecer ahí.

Por lo tanto el control motor requieren de otro capaz de contener y satisfacer las primeras necesidades y demandas, pues sin éste, el niño no tendría como construir su propia imagen y a quién dirigir sus actos.

### **2.1.6. Trastorno en la constitución del superyó.**

Cuando en el desarrollo más avanzado de un niño, el Superyó, no está instalado, podemos ver que su comportamiento frene a cualquier figura de autoridad es desafiante, muestran un movimiento constante revelándose a toda norma.

Janin et al. (2005) ha observado que "más que un déficit en la estructuración yoica, presentan déficit en la internalización de normas y prohibiciones" (p. 89). Al no tener introyectado el Superyó el niño no puede distinguir a otro como una persona que le guíe, por lo que frente a cualquier mandato el niño piensa que va a quedar sometido bajo la voluntad omnipotente de otra persona que en muchos de los casos ni siquiera lo puede ver como sujeto. El niño no está familiarizado con las normas por lo que se le puede ver también en el contexto escolar emergido en constantes peleas con los maestros haciendo prevalecer su voluntad. La conducta hiperactiva que suele desprenderse de la lucha constante, es solo un camino de fuga para no ser sometidos a los deseos de otra persona, estos niños huyen de toda norma, regla y límites que se les pueda implantar. La autoridad representa mirar al padre terrorífico, cuyo poder es absoluto e irracional. La norma y quien la enuncia no son diferenciados, por ello el niño cree que las exigencias son hechas en contra de él, por lo que las peleas se tornan interminables.

Cuando un niño no está familiarizado con las normas no precisamente huye de ellas, sino que busca imparablemente límites en el exterior que le ayuden a contenerse dice (Berger, 1999 p. 86). A esta hipótesis la llamó "un fallo en el nivel de la envoltura corporal", menciona que la envoltura corporal representa los límites y cuando hay un fallo, el niño los busca imparablemente en el exterior por que el propio cuerpo no los posee (p. 29). Se puede entender en esta idea que la hiperactividad anda en busca de límites que le permitan sustentarse y poder relacionarse con el mundo exterior en cualquier lugar donde se encuentre. Un límite es una frustración para el niño y en realidad el movimiento anda en busca de aquella frustración que aún no hace presencia. Berger (1999) menciona también que cuando no hay límites las pulsiones sexuales no pueden encontrar reposo en los procesos de represión, de sublimación y de desplazamiento normales y la excitación que los acompaña se

traduce en el síntoma de la hiperactividad (p. 108). En un niño la pulsión sexual debe ser reprimida, pero no del todo, porque más adelante lo que queda será depositada en un objeto externo que le permitirá llegar a reproducirse, siempre y cuando el superyó haya cumplido su función.

Para Kernberg (1977/2001) la primera estructura superyoica se origina en la internalización de imágenes objetales que se fantasean como extremadamente hostiles e irreales y reflejan "malas" representaciones del sí-mismo y del objeto "expulsadas", proyectadas y reintroyectadas (p.59). Esto se da en una época cuando el niño trata de proteger la buena relación con la madre idealizada y vuelve contra sí mismo las imágenes maternas cargadas con agresión fusionándolas con las del sí-mismo. Este precursor del superyó se considera de origen sádico y será más acentuado mientras la frustración y la agresión predominen más en la relación madre-hijo.

La segunda estructura del superyó dice Kernberg (1977/2001) que "se da en el sí-mismo ideal y las representaciones objetales ideales del yo que forman el núcleo del ideal del yo. Por lo tanto el superyó también hace una integración de los precursores superyoicos de origen sádico y la temprana formación del ideal del yo" (p.59). Continúa diciendo Kernberg que esta unión se da alrededor de la última etapa del tercer año de edad y continúa hasta el Edipo. Este proceso lleva a utilizar menos la proyección utilizada como protección contra las excesivas presiones del superyó primitivo y resaltar la parte superyoica, constituida por las internalizaciones de demandas y prohibiciones más realistas de las figuras parentales durante la etapa edípica del desarrollo.

Kernberg (1977/2001) señala que se puede detectar dos fallas en la integración del superyó (p. 59). En primer lugar la incapacidad de integrar los precursores superyoicos preedipicos, conlleva a la falta de internalización de las imágenes parentales edípicas más realistas, conservando un superyó no integrado de características sádicas y primitivas, dificultando la integración y desarrollo de los sistemas de valores internalizados. En segundo lugar se puede dar la integración de

los precursores superyoicos preedipicos pero con predominio agresivo, por lo que las representaciones objetales "ideales" adquieren características de exigencias sádicas de perfección produciendo una excesiva represión a las necesidades instintivas.

Kernberg (1977/2001) afirmó que "la idealización así como la desvalorización de los objetos dificulta también la integración del superyó, en especial la esencial internalización de demandas reales provenientes de figuras parentales" (p. 59). En este caso la hiperactividad suele mostrarse cuando el niño se encuentra frente al padre sádico y quiere escapar de su presencia, ya que la norma y quien la emite no pueden ser diferenciados, cree que lo que se enuncia es un ataque contra sí-mismo. La huida en el fondo se debe a la escisión del superyó, una que cuida y otra que castiga, por lo tanto todos los objetos que representen al superyó están escendidos.

La teoría psicoanalítica nos permite entender que el individuo se dirige a la búsqueda de los objetos para ser catectizados de una manera constante, esta búsqueda se da desde el comienzo de la vida, por lo tanto el primer objeto investido que el bebé se apodera, es la madre. La madre o la sustituta materna, ejerce un papel preponderante ante la existencia de su hijo, de la cual se espera, en el mejor de los casos, que ejerza su labor de maternaje lo más adecuadamente con la ayuda de su intuición, amor y tolerancia; **de lo contrario el objeto materno amoroso permanecerá perdido, situación que generará una búsqueda constante por parte del niño para ser investido.**

Por lo antes expuesto, la hiperactividad no tiene un solo origen definido, suele surgir a partir de la historia de vida de cada sujeto, la cual debe de ser tomada en cuenta para una mejor comprensión de la misma. Cualquier situación que de origen al exceso de motilidad, es el niño quien lo padece, el depositario del conflicto, el representante del padecimiento, el niño que viene a adaptarse al mundo cuando el ambiente mismo lo ha trastocado.

Pernicone (2005) considera que los analistas no deberían estar ajenos a los problemas de la hiperactividad, ya que este tipo de fenómeno se presenta con

bastante regularidad en el consultorio. "Es necesario realizar nuestro aporte, allí en la dirección que la clínica de todos los días nos va señalando, e intentar dar respuestas **con nuestro decir**, así como a partir del constante replanteo de la intervención más atinada surgida de la experiencia del caso por caso" (parr. 20). Se trata de aportar desde el psicoanálisis la comprensión de las manifestaciones que no podemos dejar de pensar en un contexto dinámico complejo, basándonos en nuestros conocimientos enfocados en el inconsciente que se despliega en los encuentros con los niños. El psicoanálisis permite entender de manera profunda los síntomas hiperactivos y de inatención, en relación con el objeto materno, relación que deja huellas psíquicas de que generaran conductas en relación a estas. Creo que esta disciplina puede dar respuestas explicables al fenómeno más concurrido hoy en día en el área médica infantil, un estudio asertivo que se lleva a cabo con mayor detenimiento y profundidad, atinando con asertividad a un mejor diagnóstico y minimizando el tan creciente sobre diagnóstico.

## **2.2. Etiología de la atención en relación al objeto.**

Houzel, Emmanuelli y Moggio (2002), en el Diccionario de Psicopatología del niño y del adolescente, definen la atención como:

Un estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto. Ella permite al sistema nervioso no ser sobrepasado por el número de informaciones sensoriales que le llegan a cada instante y, por consiguiente, al ser vivo adaptar su comportamiento (p. 72).

Uno de los teóricos psicoanalíticos que habló del surgimiento de la atención fue Sigmund Freud (1895/1979) en su escrito "Proyecto de una psicología para neurólogos" (p. 323 y sigs.), en el cual de forma resumida habla de la conciencia y la atención, planteando la diferencia entre el registro de estímulos externos y el registro



de sensaciones y afectos. Señala que desde la teoría analítica hay dos tipos de atención en el individuo, una **atención refleja** que se encuentra en el campo de lo biológico, llamada también **atención inmediata** que se encuentra ligada a la conciencia primaria. La otra es la **atención psíquica** que se encuentra en el campo de lo psíquico, la cual es la consecuencia de la inhibición de los procesos psíquicos primarios (los cuales no hacen diferencia entre representación y percepción), la **atención psíquica** solo opera cuando el Yo posee una reserva de investiduras que le permita efectuar la inhibición que da tiempo para dirigir las investiduras al mundo externo, por consiguiente está ligada a la conciencia secundaria.

En este mismo ensayo para Freud estaba claro que el ser humano incluía dos líneas principales de pensamiento. Sostenía que los procesos psíquicos primarios, por sí mismos, no hacen distinción alguna entre una representación y una percepción; primero tienen que ser inhibidos por los procesos psíquicos secundario, los cuales sólo pueden operar cuando hay un Yo con una reserva de investiduras lo suficientemente grande como para proveer la libido necesaria para efectuar la inhibición (p. 372). El fin de la inhibición es dar tiempo a que los signos de realidad lleguen desde el aparato perceptual. Pero, en segundo lugar, además de esta función de inhibición el Yo también es responsable de dirigir las investiduras de atención hacia el mundo exterior, sin lo cual los signos de realidad no podrían observarse.

Con esta idea se percibe que el Yo desde el comienzo de la vida tiene la tarea de inhibir, posponer y dirigir las investiduras hacia el mundo externo, para poder conocer e introyectar la realidad. A través de la investidura del mundo externo, es el Yo el que permite diferenciar la percepción de la alucinación. Y es aquí donde la atención tiene que ver con la percepción, la conciencia, el Yo y el examen de realidad, haciendo una interacción del Yo con la realidad.

Esto nos lleva a pensar que el déficit de la atención tiene que ver con la dificultad para investir determinada realidad, o para inhibir procesos psíquicos primarios donde la escasa libido depositada en el Yo no le permite efectuar las investiduras adecuadamente.

Freud hace referencia en el mismo apartado al pie de página que “la atención resta eficiencia a las acciones automáticas, que en cambio se ven beneficiadas por la distracción de aquella” (p. 443-444) poniendo freno a la impulsividad. Si esto es así, se puede decir que entre más presencia de atención se presente, hay menos presencia de impulsividad, de lo contrario si hay una inatención se abre el camino para la manifestación de los impulsos. Resumiendo a Freud dice que “la atención es investidura podemos suponer que el niño centra la atención en un objeto y lo inviste en todas sus partes, se da cuenta de las características que lo forman así como de los afectos que suele desprender con solo mirarlo” (p. 409). La atención presupone una investidura sostenida de un lugar del mundo, otorgarle valor psíquico a algo y sostener esa investidura, a pesar de los aspectos desagradables que puedan aparecer.

En su escrito de (1911/1979) “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico” (p. 219) Freud vuelve a retomar el tema de la atención, donde señala que la atención cuando está dirigida hacia el mundo externo, ya no se enfoca solamente al placer y displacer, lo que hizo que se afinaran los órganos sensoriales incluyendo la conciencia. Si la atención está ligada a la conciencia, podemos suponer que un niño que presenta déficit de atención no hace uso de su propia conciencia adecuadamente, por lo que su conducta estará basada en comportamientos sin involucrar el pensamiento. De manera general la atención la describe como un examen periódico del mundo externo, y vinculándola en particular con los órganos de los sentidos y la conciencia.

Freud afirmó en “Lo inconsciente” (1915/1979) que “el preconscious juega un papel importante, ya que los procesos de excitación habidos en él, pueden alcanzar sin más demora la conciencia, siempre que se satisfagan ciertas condiciones, esto es, que se alcance cierta distribución de aquella función que recibe el nombre de atención” (p. 189). El preconscious no solo bloquea el acceso a la conciencia, sino que dispone del envío de una energía de investidura móvil, llamada atención. Por esta razón el devenir consiente se entrama de manera íntima con la aplicación de dicha función psíquica.

Dice Freud en el mismo apartado de "Lo inconsciente" (1915/1979) que "la atención se encuentra dividida cuando el niño atiende solo una parte de la realidad" (p. 210), puede leer un texto atendiendo a la grafía, al estilo o a la dicción, esto lleva a descuidar la comprensión de lo leído. Presupone que la investidura no se realizó en su totalidad haciendo uso escaso de la atención, percepción y conciencia.

Para (1925/1998) en "Nota sobre la pizarra mágica" Freud insiste en que hay envíos periódicos de inversiones de investiduras del interior al preconscious, de este modo recibe las percepciones acompañadas de conciencia y transmite la excitación hacia los sistemas mnémicos inconscientes. Estas investiduras es una referencia en distinto término a lo que originalmente se había descrito como "atención" (p. 247). Involucra al inconsciente y no al Yo el que extiende las antenas al encuentro del mundo exterior.

Pero en "La negación" (1925/1998) Freud lleva más lejos su análisis del examen de realidad involucrando la atención, y reconduce el curso de su desarrollo hasta los más tempranos vínculos de objeto del individuo (p.255, sigs.). El examen de realidad y la atención son elementos para percibir lo real, lo que se encuentra fuera de sí, por lo tanto el objeto de satisfacción no solo debe de poseer la propiedad "buena", sino que también debe encontrarse en el exterior, y el objeto primero depositario de este examen de realidad es el pecho de la madre debido a que aún no la ve en su totalidad.

Con la idea antes expuesta se puede decir que la interacción constante y adecuada entre el niño y su madre, es la pieza clave en el exterior para que la atención refleje cambie a la atención psíquica. Ella debe hacer presencia ante el niño y dejarse investir constantemente para ir marcando una diferencia entre el mundo interno y el mundo externo. Por lo tanto la madre es el objeto depositario de la primera atención que el niño dirige al exterior, por lo que llevará la tarea de introducir al niño al mundo de los objetos y presentarle el mundo tal y como es. El dejarse investir por su propio hijo es permitirle explorarla en particular haciendo uso de los órganos de los sentidos y la conciencia ligada a la atención, el niño percibe sus ojos,

su boca, su pelo, su cuerpo, su afecto, entre otros más, que van a formar las primeras investiduras del Yo que lo llevarán a un crecimiento yoico adecuado, el cual permitirá la inhibición del proceso primario y el surgimiento del proceso secundario. Una falla en esta interacción se puede pensar como una madre ausente, o que no se toma el tiempo para colocarse frente a su hijo con detenimiento, dejarse explorar, dejarse catectizar, situación que muy probablemente llevaría a que el niño no haga uso adecuado de su propia conciencia en situaciones de la vida cotidiana.

Janin et al. (2005) señala que "para poder atender sostenidamente a la palabra de la madre y la de los demás, es necesario que opere el proceso secundario, ya que si cada gesto, cada palabra, cada movimiento, desencadena una sucesión de asociaciones imparables, es difícil seguir el discurso del otro. También, si la palabra del otro no puede ser valorizada, o predominan registros como el olfativo, el niño no podrá seguir la secuencia del discurso de ella" (p. 51). Esto nos lleva a pensar que el niño con T.D.A.H. es un individuo que se maneja con el uso del proceso primario debido a que no posee una reserva suficiente de investidura en el Yo que le permita efectuar la inhibición de los procesos psíquicos primarios para dar tiempo a registrar los signos de realidad e interactuar con los objetos. Esto se refleja en una inatención constante que se puede percibir a simple vista, conducta que guarda un conflicto psíquico generado desde muy temprana edad, relacionado con la deficiente interacción con los objetos.

Se puede señalar que al niño que no se le proporcionó el ambiente adecuado para pasar del proceso primario al proceso secundario, no podrá esperar, tolerar un tiempo entre la emergencia del deseo y su satisfacción, por lo tanto, no podrá armar sus primeros juicios, que implican operaciones representacionales más complejas y que están posibilitadas por el vínculo con otros seres humanos. Esta actividad pensante realizada con juicios, en lugar de complejos perceptivos desordenados, significa una considerable economía al aparato psíquico. Es el contacto con el otro que posibilita el poder de discernir, armar juicios, comienza a diferenciarse con el otro y a la vez reconociéndose como otro ser humano, como una totalidad. Se va estableciendo el principio de realidad y comienza a regir el juicio de existencia. Por lo

tanto la capacidad de pensarse así mismo, la estructuración de pensamientos especulativos, la génesis de la memoria subjetiva y el concepto de tiempo son adquisiciones de este proceso que llevan una elaboración compleja.

Podemos decir que para que el aprendizaje se dé deben coexistir ambos procesos, por un lado la fuerza de los deseos, lo que sería el motor de la búsqueda de conocimientos y también es imprescindible que haya una lógica de esa búsqueda, que haya caminos alternativos, que éstos vayan hacia metas cada vez más alejadas de lo primitivamente deseado. Si no hay una intersección de los procesos, la atención no es dirigida a un objeto en particular y mucho menos podrá ser sostenida. La racionalidad frena el fluir pulsional, si no se presenta así, lo que va a predominar es la exigencia de seguir el hilo de los propios deseos. Este es un proceso complejo donde es necesario que ambos sistemas se diferencien y estabilicen para que, a partir de allí, la atención sostenida hacia contenidos alejados de las urgencias inmediatas se haga posible. Esta diferenciación ya establecida es prerequisite para la construcción y el sostenimiento de la atención secundaria. Por lo tanto el déficit de atención no es una entidad única, sino que engloba diferentes trastornos por "déficit" en la estructuración psíquica referente a la relación inadecuada con el objeto materno.

El origen del concepto de atención como Freud lo expuso en "Proyecto de psicología" (1895/1979), nos permite verlo de una forma separada a otros síntomas que el individuo puede presentar. Finalmente acepta que el surgimiento de la atención se encuentra en relación con otra persona y que la interacción de ambas va hacer posible que ésta evolucione adecuadamente con los demás y el mundo exterior. Conociendo el origen de la hiperactividad y el de la atención se puede ligar ambos conceptos ya que los dos emergen de la relación objetal temprana. Por lo que se puede decir que el síntoma de la hiperactividad lleva implícito la inatención, ya que no es posible investir la realidad cuando la energía psíquica está mayormente ocupada en resolver un conflicto intrapsíquico reflejado en un exceso motor. Pero cuando se presenta en mayor instancia el síntoma de déficit de atención en un niño, no precisamente lleva implícito la hiperactividad, únicamente se remite a un déficit de

invertir, en primer lugar, el mundo de los objetos sin hacer uso de la conciencia por un yo no evolucionado.

Tanto la hiperactividad como el déficit de atención coinciden en la falta de investidura del objeto amoroso, acción que quedará pendiente de realizarse, por lo cual el niño se pasará inconscientemente buscando un objeto sustituto para ser introyectado.

Para Buxbaum (1980) el déficit de atención va de la mano con la concentración, la cual se verá afectada cuando el niño solo se relaciona con uno de sus progenitores "debido a que los impulsos sexuales se mantienen irrestrictos" (p.128). Esto provoca que se presente un retardo en el desarrollo de su moralidad y socialización; su habilidad para sublimar, la concentración y atención pueden ser pobre. El déficit de atención nos remite a un retardo generalizado del desarrollo debido a que el yo no tiene la libido suficiente para poder alcanzar su óptimo desarrollo.

### **2.3. La impulsividad como un devenir pulsional.**

La impulsividad es otra de las características que presenta un niño con T.D.A.H. la cual se puede manifestar en muchas ocasiones como agresividad. Basándonos en la línea psicoanalítica de la hiperactividad y la inatención, la impulsividad es una pulsión no tramitada por la conciencia, por lo tanto corresponde a un proceso psíquico primario. Si tomamos en cuenta que el yo es el único responsable de inhibir los impulsos, un niño impulsivo se muestra con muy poca evolución yoica que no le permite relacionarse adecuadamente con las demás personas.

Lucioni (2000 citado en Janin et al. 2005), dice que "en un desarrollo normal el psiquismo es un transformador de excitaciones en información, de estímulos en significaciones" (p. 75). De esta forma se puede pensar que se van construyendo

investiduras que van adquiriendo significado, las cuales serán utilizadas en todo contexto de la vida y servirán como mediadores de las urgencias internas. De lo contrario sucede con aquellos niños que presentan T.D.A.H., la excitación o la estimulación sigue siendo pura. Se puede creer que no hay traducción posible, su urgencia se mantiene como pura urgencia confundiendo muchas veces dentro de sí y fuera de sí. Esta confusión lo lleva a desatender lo que los demás le exigen que atienda, entra en un constante movimiento desenfrenado, por lo que reaccionan sin pensar manifestado en una impulsividad. Por ello es preciso distinguir entre los niños que su vitalidad puede ser conducida a un deporte y aquellos en los que la actividad puede tener consecuencias nefastas debido a que se presentan como exigencias no significativas.

### **2.3.1. Déficit en las funciones yoicas.**

Observando con detenimiento el marco yoico de los niños que presentan T.D.A.H., "se puede apreciar una multitud de déficit sutiles que pertenecen a las funciones yoicas específicas" (Bellak 1977, citado en Gabbard, 2002 p. 395). Este déficit se puede apreciar en la clínica, cuando el niño muestra a través del juego sus características inconscientes que lo constituyen. Gabbard (2000/2002), aseguran que las funciones autónomas primarias son las más comúnmente afectadas entre todas, en ella se encuentra la percepción auditiva y visual, la memoria, pensamiento y las habilidades motoras; la falla en esta función yoica afectara de forma significativa la habilidad del niño para alcanzar la constancia objetal.

Siguiendo con la dificultad para regular los impulsos y los afectos que se pueden manifestar por lo regular por estallidos frecuentes de mal humor, agresión y baja tolerancia a la frustración (p. 395). La función defensiva se centra en utilizar mecanismos primitivos como la proyección. Como se vio anteriormente, una de las funciones yoicas está implicada en proveer una barrera a los estímulos internos y externos que se sobre cargan con facilidad en los niños con T.D.A.H., por lo cual muestran una ineficacia en el manejo de la estimulación excesiva esto quiere decir en la impulsividad.

Si las funciones yoicas están disminuidas y se presenta un yo debilitado, se puede pensar que por consecuencia, la internalización del superyó también va a presentar dificultades, se encuentra menos integrado y es aún más punitivo que en la estructura neurótica, presentando un desvanecimiento parcial entre el yo y el superyó, se evidencia en una disminución por la capacidad de sentir culpa, así mismo con la tendencia paranoide del paciente. Gratch (2009) señala que “desde el punto de vista psicodinámico, el T.D.A.H. pareciera deberse a una débil estructuración del superyó (superyó lábil) por la poca consideración social, ética y moral” (p. 33).

Tomando en cuenta todas los déficit antes mencionados, nos podemos dar cuenta que las funciones yoicas están disminuidas en su totalidad, esta discrepancia coloca al paciente en un desarrollo yoico por debajo de su capacidad, por consecuencia se presenta un retraso en el desarrollo de forma general y haciendo una evaluación de las funciones del Yo con los lineamientos de Leopold Bellak, estas funciones se centran más en los rasgos limítrofes de personalidad que en los neuróticos.

#### **2.4. Últimas aportaciones.**

A finales del siglo XX los analistas y terapeutas con orientación psicoanalítica han comenzado a conceptualizar el contenido psíquico de los pacientes con T.D.A.H., ya que se ha enfocado este tema solo a la conducta que se manifiesta en ellos. Una de las recomendaciones que señalan Gilmore en prensa; Rothstein, 1998; Rothstein y Glenn (1999 citados en Gabbard, 2002) es “para comprender a pacientes con formas de deterioro cerebral, los clínicos deben considerar el impacto de un sustrato neuronal comprometido en el logro de las tareas normales del desarrollo” (p.395). Las contribuciones se centran en que el niño en crecimiento lucha a diario con una tensión subyacente entre la presión de las pulsiones y los afectos, por un lado, y el control cortical, por el otro. Las pulsiones no van hacer dominadas cuando el niño carece de la dotación normal de la corteza funcionante. La mayoría de los teóricos coinciden en que **hay una relación entre el déficit cognitivo y el desarrollo del yo, así**



**como en la internalización de las relaciones de objeto.** Se debe de tomar en cuenta que el desarrollo del yo depende de un intercambio recíproco de códigos entre madre – hijo que deriva de una unión empática formada por la sintonía sensitiva a las reacciones emocionales de uno y otro.

Gabbard (2000/2002) señala que “los niños que presentan una disfunción cognitiva serán incapaces de percibir con precisión o integrar efectivamente las señales afectivas de la madre” (P. 396). En esta idea no se deja de lado que la atención tiene que ver estrechamente con la percepción como lo mencionó Freud en su ensayo de “Proyecto de psicología. Por lo tanto cuando el niño no responde a la madre como ella espera, ésta puede volverse ansiosa y las interacciones con su bebé se impregnan de tensión y discordia. En este momento la madre puede experimentar que el hijo no responde como se espera haciendo una herida narcisista en su persona, es importante señalar que en este momento la madre puede rechazar al niño y expresar su sensación de desilusión y ansiedad cada vez que se vincula con él, modificando los sentimientos del niño reflejados en su autoestima. De lo contrario puede que la madre se exceda en la relación, sobreprotegiendo al niño envolviéndolo en su engolfamiento.

De una u otra forma concluye Gabbard (2000/2002) diciendo que “los niños con T.D.A.H. siguen sin alcanzar el ideal de la madre, por lo que se desencadenan sentimientos de fracaso y humillación en él. Estos niños tienen un pobre control de impulsos, que provoca más enfrentamientos con la madre, relaciones en las cuales ella se muestra enojada y punitiva, experiencias maternas que transmiten de forma inconsciente que separarse de ella es peligroso” (p. 396). Por lo mismo que estos niños con frecuencia son incapaces de relacionar la causa y efecto, no relacionan las respuestas de rechazo de los otros con su propio comportamiento, y se sienten victimizados y desamparados.

Hasta aquí podemos suponer que debido a que se presentan defectos en las funciones yoicas, son niños que difícilmente alcanzan una constancia objetal, por lo tanto, manifiestan una inquietud constante, ya que no se pueden calmar a sí mismos,

porque nunca han sido capaces de internalizar y mantener la figura materna confortante, como una imagen afectivamente significativa. Esto demuestra que hay una falta temprana, que vendrá a calmar la inquietud del niño cuando sea encontrada, mientras tanto, debe luchar para mantener una sensación del yo estable. Esta incapacidad de relacionarse adecuadamente con la madre, se reflejará en las posteriores relaciones interpersonales con los demás.

Pickar (1986 citado en Gabbard 2000/2002) observó que para compensar sus profundos sentimientos de inadecuación e incompetencia, los niños con T.D.A.H. pueden desarrollar grandiosidad defensiva, por ello se toma en cuenta en el diagnóstico los rasgos narcisistas (p.397). Algunos pacientes pueden compensar el déficit neurológico sobre desarrollando otras áreas del funcionamiento yoico. De lo contrario, cuando los esfuerzos compensatorios fracasan, la persona joven puede evitar la enorme frustración por los fracasos repetidos, buscando consuelo en la delincuencia juvenil. En vez de luchar contra la vergüenza y la humillación asociadas con el intento pero también el fracaso de alcanzar las expectativas sociales y académicas de otros, el chico puede adoptar una postura de desprecio hacia los valores de los padres, docentes y la sociedad en general.

De esta forma general las últimas aportaciones del área psicoanalítica nos muestran las dificultades que se pueden presentar en **las funciones yoicas frente a un déficit cognitivo**. Todo esto nos deja ver los puntos que se pueden tomar en cuenta en el tratamiento, para contribuir a una vida mejor estructurada.

## **2.5. Tratamiento de corte psicoanalítico y su objetivo.**

Crear que es imposible proporcionar atención terapéutica a los pacientes con daño orgánico mínimo, en estos tiempos se considera injustificado. Como señaló Lewis (1986 citado en Gabbard, 2000/2002) "La creencia descalificada de que el daño orgánico hace que una persona sea inaccesible al cambio psicológico significativo a través de la psicoterapia es erróneo y deriva de la idea falsa de que el daño cerebral

es una entidad monolítica” (p.397). Esperar grandes logros en la terapia de estos pacientes, es poner las expectativas muy alto, así como creer que la tendencia hacia el pensamiento concreto va a desaparecer, pero muchos pacientes logran un gran progreso en su capacidad para **pensar simbólicamente** o en forma abstracta. El tiempo prolongado de la terapia suele ser mayor que de lo normal, ya que las interpretaciones se van realizando en el momento adecuado cuando el paciente logra mostrar un poco de atención hacia el terapeuta, este estado se logra con mayor eficacia cuando el paciente se encuentra medicado.

Si se toma en cuenta que el niño con T.D.A.H. tiende a presentar rasgos narcisistas, las interpretaciones deben repetirse con frecuencia y hacerse con mucha paciencia y cuidado para no herirlo, debido a que puede ser un golpe en sus defectos (Kafka, 1984 citado en Gabbard, 2000/2002).

La historia de vida de estos pacientes se caracteriza por las fallas constantes en la empatía con los padres y maestros que en mucho de los casos se desconocen las limitaciones cognitivas y repetidamente esperan más de lo que estos niños pueden entregar. Las repetidas experiencias de fragmentación del self y bajo funcionamiento conectado con la falta de respuestas adecuadas de otros pueden ser abordadas a medida que estos sentimientos se desarrollan en la transferencia. Así mismo el terapeuta puede empáticamente reflejar los esfuerzos del paciente por ganar la admiración y aprobación y puede dar un significado de cómo los deterioros cognitivos han interferido con esos esfuerzos. De esta manera el terapeuta sirve como un objeto del self que ayuda al paciente a afligirse, lo ayuda para construir un self más cohesivo y estimula también la aceptación de su propia persona. Debido a este patrón de vida, (Buchholz, 1987 y Palombo 1979 citados en Gabbard, 2000/2002), han sugerido utilizar un abordaje de la psicología del self.

Rothstein (1998 citado en Gabbard, 2000/2002) asume que **“un daño orgánico no puede ser separado verdaderamente del conflicto interno y de las fantasías inconscientes acerca de uno y de otros”** (p. 398). **Suponemos que el terapeuta debería ver al T.D.A.H. como una perturbación en las**

**funciones yoicas de forma generalizada, por todas estas razones, la terapia orientada psicoanalíticamente puede ser de considerable utilidad para esos pacientes, con la finalidad de formar un yo más integrado, buscar nuevas formas de relacionarse con otros como una defensa contra la ansiedad que genera la falla en el reconocimiento de las demandas de una situación interpersonal.**

Es importante señalar que las expectativas del terapeuta hacia su paciente se deben mantener reducidas ya que con esto se rompe el círculo vicioso que venían generando los padres y maestros con demandas sobresalientes al alcance del niño, con esto el paciente desarrolla un mejor autoestima y un sentido mayor de dominio a medida que disminuyen sus episodios de descontrol y su sentimiento de fracaso. Colocarse en un lugar opuesto a los padres se considera la mejor opción para relacionarse con el paciente con T.D.A.H.

Este es el campo donde se puede colocar en un nivel privilegiado el tratamiento psicoanalítico del niño, este deberá realizarse teniendo como base un esquema referencial psicoanalítico, pues se trata de trabajar con aquellas tempranas experiencias de la historia personal en las que se sustentan la génesis de la autovaloración personal y la estructuración temprana del psiquismo. Como señala Gratch (2009) "todo daño en la autoestima proveniente del campo del aprendizaje tendrá su efecto de colapso narcisístico que el sujeto referirá a todos los otros aspectos de su vida y de su personalidad" (p. 33). Así mismo refiere que desde el punto de vista psicodinámico, "el T.D.A.H. parecería deberse a una débil estructuración del superyó (superyó lábil) por la poca consideración social, ética y moral que se manifiesta en la conducta trascendental del respeto hacia los otros" (p.33).

El tratamiento psicoanalítico a la par del tratamiento farmacológico, no deben tener como objetivo desaparecer la triada sintomática, pero al final sí se repercute en ellos. El tratamiento psicoanalítico debe tomar al T.D.A.H. como el representante de la triada sintomática de las primeras relaciones objetales que tiene el individuo sobre todo con la madre, del cual al hacer las clarificaciones, confrontaciones e

interpretaciones basadas en su propio conflicto, el paciente ira minimizando los síntomas, ira ampliando el campo de conocimiento del trastorno que padece y propiciará su mejor aceptación y convivencia con él. Abordar los casos desde una perspectiva interdisciplinaria es ideal, para que cada disciplina se esfuerce por realizar su máximo aporte al bienestar del individuo, para que la atención no se quede parcializada.

Para Janin et al. (2005), es de mucha utilidad trabajar el psicoanálisis con niños con T.D.A.H., debido a que hay una teoría sustentada que proporciona un panorama de la estructuración psíquica que es un elemento indispensable para trabajar con ellos, porque da cuenta de lo entramado de lo individual, lo familiar y lo social (p.98). No todo es acierto, también hay fracasos dentro del tratamiento psicoanalítico con niños con dificultades en la atención y la hiperactividad, esto se debe a la utilización de un mismo recurso, como puede ser la interpretación, o también a que muchas de las veces no se delimita el conflicto que determina el síntoma y quiénes generan los términos del conflicto. Por lo tanto serán diferentes las intervenciones a las que el analista deberá recurrir. Algunas veces se pone en palabras el efecto que se produce en él, el estallido psíquico y la confusión que lo dominan cuando se enfrenta a las exigencias, algunas veces hay que aclarar un mundo fantasmático vivido como terrorífico, en otros, transformar acciones en juegos y en otros la capacidad para simbolizar. Para todo esto las intervenciones tendrán que tender a producir estructuración, ser posibilitadoras de armado psíquico, que no ocurre si se deja de tomar en cuenta la historia de vida del paciente especialmente la historia con su madre.

La interpretación como intervención privilegiada, como interpretación de deseo reprimido, puede ser contraproducente en algunos niños que se muestran con tendencias impulsivas, en los que la represión primaria no se ha consolidado, aquí las palabras del analista pueden ser vividas como propiciadoras de la realización de éste deseo, la interpretación puede llevar al niño a una mayor impulsividad y a actuar lo interpretado, en tanto las confunde con mandatos. Para ello se sugiere que el análisis debe de tener dos momentos, en el primero debe prevalecer la construcción de un

espacio psíquico, posibilitando el pensamiento, el registro de afectos y frenando el pasaje al acto; y un segundo momento donde se utiliza la interpretación de deseos y en la construcción de secuencias lógicas. Esto con la finalidad de preparar al niño con un yo más fortalecido para aceptar las interpretaciones.

Pienso que llevar a cabo una buena intervención terapéutica, es necesario diferenciar el origen de la triada de síntomas que presenta el niño, para que el analista se coloque en el lugar adecuado que facilite la construcción del psiquismo, el que ayuda a construir lo no construido, el que ayuda a dirigir la atención hacia el mundo, el que marca las diferencias entre estímulo y pulsión, el que ayuda a investir el exterior, nombrándole los diferentes objetos, enfatizando y modulando diferentes ritmos y tonalidades con un tono de voz que permite la contención y el sostén, brindar la posibilidad de introducir el pensamiento. Janin et al. (2005) señala que todas estas son intervenciones posibles que se apoyan de crear una situación de juego a partir de un acto, construir ritmos, la escritura y el dibujo, diferenciar el juego de la realidad, incluir variaciones, de esta forma se podrá abordar de una forma amplia el conflicto psíquico (p.107).

No debemos olvidar que en el tratamiento psicoanalítico con niños, no se puede dejar a un lado a los padres, por ello son tomados en cuenta para el avance del mismo. Se consideran pieza clave en la intervención, por un lado también son personas que piden que alguien los contenga debido a los altibajos que han presenciado con su hijo, las diferencias y enfrentamientos que han pasado, por su derrumbe narcisista. Así que podemos ver que el psicoanalista tiene doble tarea, es el que va a contener, sostener, armar redes para que los padres se involucren en una alianza terapéutica a favor del niño. Contener el desborde permite ver los sentimientos como su angustia, sus miedos, que lo viven como disonante de sí mismos, para unificarse y tolerar sus propios afectos, pensamientos y deseos. Ahí en la clínica se abre un espacio donde la descarga afectiva se puede ir transformando en reflexión sobre ellos, se trata de enfocar una mirada diferente sobre sí mismos. Si pueden conectar su historia con la del niño, podrán ir registrando las vías identificatorias y esto abrirá el camino para que le otorguen al niño otro espacio, para

que lo ubiquen como semejante. Se interviene para que las repeticiones de vida no se continúen, de armar tramas y redes, de construir un borde allí donde reinaba el desborde. Se trata de detectar y soportar el sufrimiento en juego en el discurso de los padres, ya que éste construirá una vía para que ellos registren y soporten el sufrimiento del niño. Cambiar la idea de que tienen un niño portador de una enfermedad de por vida, y ubicarlo como alguien que tiene dificultades a ser solucionadas, también se les posibilita recobrar esperanzas, sueños, lo que va a derivar en una libidinización del niño mismo y en un resarcimiento del derrumbe narcisista. Esta idea puede ser proyectada y los cambios son posibles.

Con el niño es importante diferenciar el tipo de hiperactividad que presenta con la práctica de la psicodinámica podemos darnos cuenta donde estuvo la falla a través del desarrollo psíquico, de esta manera sabremos a partir de qué punto podemos partir para la intervención psicoanalítica, ya que el déficit de atención y la hiperactividad también se presenta como un trastorno de la estructuración subjetiva.

Janin et al. (2005), están convencidos de que la modificación a la técnica psicoanalítica es válida siempre y cuando no se abandonen los conceptos y metodología de base. La interpretación de lo inconsciente no debe ser la única forma de intervención en estos casos "los psicoanalistas tienen que seguir desarrollando teoría, afinar los instrumentos, implementar diferentes recursos y poder fundamentar nuestro propio abordaje" (p. 98).

Como podemos apreciar el trabajo en clínica con niños con T.D.A.H., se encuentra en la parte incipiente, todavía hay mucho que descubrir, que observar y que analizar, debido a que no se puede generalizar un síntoma a una etiología en particular, cada caso es un misterio, una historia que tiene que ser escuchada y analizada para descubrir el contenido psíquico causante del trastorno y que paraliza el desarrollo del mismo. En palabras de Janin et al. (2005), referente al tratamiento están de acuerdo que "la intervención psicoanalítica tendría que tener a producir estructuración, ser posibilitadora del armado psíquico" (p. 99), y únicamente el espacio analítico brinda la posibilidad de proporcionar al niño lo que a lo largo de su

corta vida no se ha mostrado, trabajo que solamente corresponde a los terapeutas con inclinación psicoanalítica ya que ellos tienen la formación de la escucha y el acercamiento con el otro de forma inconsciente.



### **3.- TERAPIA DE JUEGO DE CORTE PSICOANALÍTICO.**

#### **3.1. Precursores.**

La teoría psicoanalítica tiene su origen a finales del siglo XIX a partir de los descubrimientos de Sigmund Freud, donde se plantea el origen de la conducta humana, un sistema que consistió en hacer observaciones y formular hipótesis a partir de la experiencia clínica. Con el psicoanálisis, conformado por la teoría, por el método, y por la técnica, Sigmund Freud hizo un gran aporte a la práctica en el área clínica de la psicología.

A partir de este planteamiento hasta la fecha ha habido tendencias divergentes del trabajo analítico como la aportada por Jacques Lacan, que sin embargo muestra un aprecio esencial por la fenomenología originaria de la teoría freudiana. También el caso de la línea originada en las investigaciones analíticas en niños de Melanie Klein que generó toda una teoría del desarrollo que acentúa aspectos tardíamente atendidos por Freud como es el caso del precoz y central papel de la agresión innata en la formación de la psique humana. O el caso de analistas británicos como Donald Winnicott del llamado grupo intermedio que han dado un rol importante a los recursos que la mente posee y que promueven el desarrollo en el contexto de relaciones suficientemente buenas de crianza madre-hijo.

Desde el corazón de la tradición clínica freudiana nació después la teoría de las relaciones objetales. Este es un modelo que describe la mente como un mundo construido en el desarrollo como una red de relaciones emocionalmente significativas vividas e interiorizadas por el sujeto con otras personas llamados objetos mentales, noción sumamente útil para mirar la constitución de la relación analítica entre analista y paciente, específicamente la llamada "transferencia". Así también la psicología del yo, una de las más importantes en la comunidad analítica norteamericana, con su investigación en esta noción estructural de la mente elaborada por Freud, ha acentuado las relaciones de la mente con la realidad y el reconocimiento de los

recursos y esfuerzos adaptativos del aparato mental en el desarrollo y en el proceso de la cura analítica. Se puede entonces ver en este siglo un crecimiento de la teoría y técnica psicoanalítica en el contexto de una comunidad que investiga y cambia y diverge en la interrelación con sus objetos de estudio centrándose en un proceso analítico y entre colegas dentro de la academia psicoanalítica así como con otros sectores y actores de la cultura reflejándose en un psicoanálisis aplicado, pero que mantienen ciertas bases que desde Freud le dan su identidad: la teoría de lo inconsciente y la teoría de la transferencia.

El psicoanálisis infantil se deriva del psicoanálisis de adultos, el cual no sólo nació en Viena, en Berlín o en Londres, sino también en E.U.A. de América y América latina y en el resto de Europa. La sociedad psicoanalítica de Viena, tras la publicación de Tres ensayos sobre una teoría sexual (1905), se mostró interesada en la sexualidad de los niños pequeños. Así es como varios discípulos de Freud y de otros teóricos se inclinan en poner su atención en la conducta infantil, observando primero a sus propios hijos donde se obtienen las primeras aportaciones clínicas, por lo que se consideran pioneros en el desarrollo del psicoanálisis infantil, en la comprensión de los trastornos mentales y psicosomáticos del niño, y finalmente en un acercamiento clínico y terapéutico en todos los momentos del desarrollo: en el bebé, en el niño, en el preadolescente, en el adolescente y en el joven adulto. Estas observaciones llevaron a entender que en un niño también se podían presentar síntomas como en los adultos, tales como aversión por ciertos alimentos, aversión que corresponde exactamente con la de su madre; enuresis, rituales obsesivos, fantasías sexuales, vómitos, largas visitas al baño, compulsión por morder a los hermanos, aversión a los besos, inquietud, ansiedad, deseos sexuales por el sexo opuesto, entre otros. Freud consideró a los niños como víctimas inocentes de deseos incestuosos y sólo después muy lentamente, tras haber superado una resistencia interior considerable, acabó por reconocer lo que, desde entonces, se llama la sexualidad infantil.

En medio de este clima incipiente, aparece el análisis de una fobia del pequeño Hans (1909) que es un importante acontecimiento, debido a que viene a confirmar los puntos de vista teóricos de Freud, y porque demuestra que es posible llevar a

cabo la cura analítica de un niño pequeño en ciertas condiciones. Esta idea de llevar a cabo la cura analítica en niños ya se estaban dando a partir de ese año, pero los niños eran tratados de una forma similar a la de los adultos. No es hasta 1919 que Hermine Hug-Hellmuth señaló que el juego era una parte esencial en el análisis infantil, ella fue la primera psicoanalista en practicar curas analíticas en niños, así como otros alumnos de Freud también mostraron su interés en el ámbito infantil. Una frase de Freud de los Tres ensayos para una teoría sexual indica claramente cuáles eran las tareas asignadas a sus investigadores:

De esta manera llegamos a formular que los neuróticos conservan su sexualidad en estado infantil o han retrocedido hasta él. Por tanto, nuestro interés se dirigirá hacia la vida sexual de los niños, y perseguiremos en ellos el funcionamiento de las influencias que rigen el proceso evolutivo de la sexualidad infantil hasta su desembocadura en la perversión, en la neurosis o en la vida sexual normal (Freud 1905, citado en Geissmann y Geissmann, 1992, p.24).

En 1928 Anna Freud se inclina por el uso del juego principalmente para construir una relación fuerte y positiva entre el niño paciente y el terapeuta. También se percató que para hacer una alianza terapéutica con el niño, era necesario utilizar el juego porque las técnicas terapéuticas de la asociación libre y análisis de los sueños, eran ajenas a las formas de relacionarse de los niños, por lo tanto, le sacó provecho a las habilidades que poseen estos pequeños pacientes, "el juego" -el medio natural del niño- fue la vía principal para relacionarse con él. Los juegos y juguetes facilitaron el interés del niño en la terapia y la terapeuta y a medida que la relación se afianzaba, el juego se trasladaba lentamente a cuestiones verbales. Los candidatos a este tipo de terapia eran niños que ya poseían habilidades verbales establecidas.

Cuatro años después, en 1932, Melanie Klein propuso utilizar el juego como un sustituto directo de las verbalizaciones. Ella posicionó al juego como el medio de expresión natural del niño. Pensaba que las verbalizaciones de éste eran muy insipientes para poder expresar los afectos y pensamientos complejos que podían

experimentar. En su método no hay fase introductoria, el terapeuta sólo se enfoca en interpretar el juego desde el inicio de la terapia. Dentro de la línea Kleiniana, cualquier niño, desde el más normal al más perturbado, se podría beneficiar con su análisis del juego. Las actividades del juego era el dato principal sobre el que se basaban las interpretaciones, el juego infantil se tradujo al lenguaje de lo inconsciente basado en la transferencia. Para Klein el juego no solo es utilizado para establecer la alianza terapéutica, sino como un fin por sí mismo. Los niños más pequeños entre dos y medio o tres años podían ser analizados bajo esta línea.

### **3.2. Uso del juego en la terapia de corte psicoanalítico.**

Dentro de la terapia de corte psicoanalítico en niños el juego es la herramienta de mayor valor y se basa en el **análisis de la resistencia y la transferencia**, y que en el fondo, todas las intervenciones se adaptan a estos fines fundamentales. Es importante señalar que el juego no se utiliza como un medio para lograr abreacción dentro de la terapia de corte psicoanalítica infantil, tampoco se utiliza para proporcionar al niño recreación, ni tampoco como un medio para educar al niño. Schaefer y O'Connor (1988) señalan que el juego dentro de la terapia psicoanalítica en niños "se utiliza como un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y como fuente de información, en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa" (p.11). Para Rangel (2009) el juego tiene un papel central en la psicoterapia del niño y dice que "es el vehículo por excelencia, similar a los sueños en los adultos, considerados por Freud como la vía real al inconsciente". Además en niños "involucra una serie de funciones yóicas que cimentan y pavimentan el proceso terapéutico, como la imaginación, el pensamiento, la creatividad, la planeación, la anticipación, la función integrativa o de síntesis y principalmente, la relación con el terapeuta" (p.85).

Cuando nos encontramos frente a un niño con T.D.A.H., no se puede decir que no es candidato a la terapia de juego psicoanalítica, ya que se estaría anteponiendo su padecimiento y no se estaría tomando en cuenta al propio niño incluyendo su

historia de vida en particular. Este tipo de niños también involucran las funciones yoicas en el juego por lo tanto dejarlo jugar de manera libre es lo ideal para que su trastorno hable, es un momento donde no se le exige poner atención en un determinado tema, su hiperactividad se expresaría de forma natural, por lo que este tipo de terapia nos permite observar los fenómenos motores que se encuentran atrapados en el cuerpo del niño por medio de la transferencia y la resistencia referentes a procesos intrapsíquicos que se encuentran en el inconsciente.

Esta actividad a simple vista se puede decir que es recreativa, pero en el fondo tiene diferentes perspectivas metapsicológicas según el conflicto de cada paciente, se sabe que dentro de este espacio relacional se puede encontrar infinidad de situaciones como: enfatizar las estructuras de la mente (ello, yo, superyó), o como mediador de las demandas de las mismas, expresión del deseo inconsciente, el conflicto y el trabajo de las defensas, o como vehículo para descargar y satisfacer derivados instintivos, como una forma de sublimar y canalizar impulsos agresivos y sexuales, como una función del yo para manejar y lidiar con la ansiedad, como un ensayo ante las separaciones y pérdidas o para negar las mismas, como repetición de un trauma, como una forma de reparación, para dejarnos ver el ideal del yo, transferir lo pasivo en activo y asumir el rol de lo que se desea ser, o para relacionarse con los objetos y encontrarlos si están perdidos. Por lo tanto el juego llega a hacer una dimensionalidad en el contexto individual de cada niño y la relación con su terapeuta durante una sesión de tratamiento tenga o no un trastorno cognitivo. Las interpretaciones, señalamientos, confrontaciones, insights, surgirán de esta relación única dentro de la terapia analítica, herramientas que nos permiten reparar mucho de lo que origina el síntoma motor.

Winnicott (1986, citado en Rangel, 2009) tiene una aportación diferente del juego fuera del setting relacionándolo con el proceso creativo, y dice que "es un diálogo iniciado por la madre con su bebé y la introducción de juguetes, derivados del objeto transicional. Es el medio hacia la evolución del yo verdadero. El juego es el trabajo de la infancia, así como se convierte en el trabajo de la psicoterapia" (p.86). Aquí la madre tiene una doble función: hacer una presencia y una ausencia de forma

equilibrada frente a su hijo, la falta de la figura materna será causa del deseo, y la presencia de la figura materna lleva a un goce, por ello la madre debe de oscilar entre la presencia y la ausencia, por ello dice (Winnicott, citado en Rangel, 2009) que “de aquí surge la alternancia, el ritmo, el objeto “hace juego”, hay recreación” (p.86).

El uso del juego libre dentro de la terapia de corte psicoanalítica, muestra un alto contenido simbólico y es este el material que se debe de interpretar ya que es la representación de un objeto ausente. Esta forma de representar situaciones o momentos se repite durante el tratamiento, se puede decir que es una manera de suspender la realidad por un momento para asumir distintos personajes de una narrativa donde se revela la interacción de la vida anímica, donde se van a dejar ver cada uno de los conflictos que subyacen en el inconsciente. En este momento de interacción el niño esta indudablemente ligado a la acción, su padecimiento está expresándose de forma natural, involucra su pasado y su presente frente al terapeuta que también debe de entrar en acción analítica. El juego para el niño es la mejor forma de comunicar su padecer, ya que el solo uso de la palabra no tiene el poder de reparación.

Cuando los objetos se encuentran perdidos, señala Flesler (2007) “puede haber una elección de objeto”, gracias a perderse, el objeto puede renovarse en cualquier juego o juguete dentro de la escena lúdica. “Sin ser la fijeza de lo Real se abren las alternativas que brinda el juego de lo simbólico. Combinaciones y sustituciones significantes hacen lugar al equívoco, lo cómico desacraliza lo solemne” (p.28). Durante bastante tiempo el niño necesitará recrear la pérdida del objeto, engendrar por la vía del juego al objeto como falta, operación en la que requerirá de pequeños objetos reales y también reproducir, en la relación con el otro, la posible complementariedad. Cada niño tiene su tiempo y los recursos simbólicos con los cuales se llegará a vivenciar nuevamente los goces ya que vive en un deseo de encontrarlo.

El juego es cambiante a través del tiempo. Dependiendo en qué etapa del desarrollo psíquico se encuentre el niño, emerge un juego en particular, el repertorio

lúdico de un pequeño representa una parte de él mismo, pero también contribuye de forma única al desarrollo del mundo interno de las representaciones del niño. Dentro de la fase de separación-individuación de (Mahler, 1979 citada en Padilla, 2003), se encuentra que cada subfase tiene un juego en particular, y es ahí donde el psicoanalista puede determinar si la libido ha tenido una fijación en un momento anterior, o si va acorde con el desarrollo cronológico.

En la primera subfase de diferenciación se pueden ver juegos aún conectados a la madre, juega con sus propias habilidades ya adquiridas, la exploración de objetos inanimados y de partes del cuerpo de sí-mismo y de los demás se le hace divertido, se ensaya el espacio entre la madre y el bebé. En esta etapa el movimiento aún es en el piso, rodar, voltearse, levantar el torso, facilita al niño una mejor vista del mundo que ocupa mucho de su tiempo. Para (Mahler, 1979 citada en Padilla, 2003) el juego en esta etapa promueve la diferenciación entre el sí-mismo y el otro y entre la madre y los otros (p. 100). Aquí el juego de las escondidillas ayuda al niño a la formación de representaciones relacionadas con la separación y unión de la madre, esta práctica lleva a la representación mental de una madre gratificadora de sus deseos, al realizar apropiadamente dicho juego, por ello se deduce que la madre ocupa un papel primordial y que debe darse el tiempo de mostrarse frente a su hijo, dejarse catectizar por él, así como ocupar un lugar dentro del juego.

Los juegos en la segunda subfase de práctica se dan lejos de la madre y surge un sentimiento interno de estar con mamá, esto ocurre de los diez a los quince meses de edad. Se vuelve placentera la locomoción y los juegos funcionales, el niño ya no tiene que soportar más el ser dejado, ahora puede practicar la separación y la reunión con mamá. Juega con sus juguetes de una manera más positiva y el cuerpo materno es usado como un juguete que promueve las actividades del bebé y extiende su alcance del mundo, la madre es usada y descartada cuando se necesite, el juego del niño es la separación, la madre funciona como un punto de avance hacia el mundo y genera la ilusión de ser uno con ella. El desarrollo del sí mismo se desarrolla intensamente ya que explora el mundo por sí solo, también desarrolla las representaciones del otro.

En la tercer fase de acercamiento los juegos se inclinan en el compartir y empezar juegos de roles que se presentan alrededor de los quince a los veinticuatro meses de edad. El niño en esta etapa pasa mucho tiempo practicando y perfeccionando sus habilidades físicas y cognitivas recientemente logradas, presenta una incipiente realización de estar separado de su mamá, su necesidad de poseerla es muy grande pero no quiere ser poseído por ella, surge el **miedo a la pérdida del objeto de amor**. El niño desea que la madre se involucre en el juego de forma activa ya que el niño tiene la necesidad de compartir los objetos y actividades con ella. Esta interacción facilita que las representaciones del sí mismo, las de mamá y un afecto se den en la relación entre ambos. El juego con la madre permite establecer un puente en el vacío de la separación. Los juegos de roles permiten centrarse en ambos papeles tanto de la madre como del hijo y permitirse ejercer dichos roles donde se permite el acercamiento al otro y entenderlo desde su posición. En este juego de interacción cambiante dice (Mahler, 1979 citada en Padilla, 2003) que el niño va encaminado a la constancia objetal, y la integración de estas representaciones revelan que puede ser al mismo tiempo igual y diferente a la madre, que puede obedecerla u oponerse a ella, que puede amarla y odiarla (p. 104), y deduce que esta integración ocurre en la identificación, lo cual pone de manifiesto el sí mismo y la constancia de objeto.

La cuarta y última etapa de la individuación se centra en el comienzo de la constancia objetal que se presenta alrededor de los veinticuatro meses en adelante. Con las representaciones del sí mismo y del objeto más diferenciadas, el niño puede atender más sus propias necesidades, pulsiones, ansiedades y conflictos a través del juego, por lo que su habilidad de aprehender el mundo representacional se vuelve más notoria. El juego cambia, ya que comienza a incluir diferentes personajes del mundo exterior, esto indica que el sí-mismo está firme y flexiblemente establecido, ya que puede ponerse en el lugar del otro. A través del juego conoce más funciones de la gente que lo rodea, y su propio mundo interno. El juego de roles fortalece las conexiones con las personas que primero lo cuidaron (Mahler, 1979 citada en Padilla, 2003 p. 104).



El juego como podemos apreciar va cambiando según la etapa evolutiva cuando el desarrollo psíquico se muestra sin dificultades, pero cuando hay un problema emocional el juego que es la expresión del inconsciente, nos deja ver en qué punto del desarrollo se encuentra fijada gran parte de la libido del niño. Esto quiere decir que en ese momento ocurrió un trauma en relación a sus objetos y el juego mismo puede ser repetitivo o no acorde a la edad del paciente. A través del juego podemos ver que el síntoma baja, desaparece o se desplaza, así como la superación de las angustias y las inhibiciones, se esclarece lo incomprendible, se elimina la resistencia interior y los temores, es cuando decimos que el análisis a través del juego ha terminado Freud (1937).

La terapia psicoanalítica tiene su propio método y una instrumentación particular que le permite desarrollarse en un ambiente específico. El espacio físico no debe ser muy grande, ya que para proyectar los conflictos a través del juego se puede hacer en espacios pequeños pero bien iluminados y ventilados. Utilizar solo lo necesario sin otros estímulos que puedan distraer al niño de su juego o en su análisis. El mobiliario debe ser resistente y a la edad del niño, así como los juguetes que sólo son destinados al objetivo que se persigue sin ser tan elaborados ni sofisticados. El material es diverso según la etapa de desarrollo en la que el niño se encuentre, pueden ser amorfos que dan la posibilidad de representar figuras, acontecimientos, pensamientos y emociones dando vida a su mundo interior de fantasías. Muñecos que representan el ámbito familiar, material de construcción, juegos de tipo social que incluyen reglas que permiten conocer la actitud del niño ante sus relaciones interpersonales, conflictos con la autoridad, capacidad de demora y tolerancia a la frustración. Se puede decir que los juguetes sirven de vehículo de expresión de los conflictos inconscientes y para ello el terapeuta debe utilizar la observación clínica y poder entender e interpretar el problema psíquico.

El niño elige el juego y material que requiere emocionalmente para la expresión de su inconsciente, el cual será guardado en un cajón individual donde nadie pueda tener acceso a él, para que cada sesión sea utilizado.

#### **4. ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD LÍMITROFE Y RASGOS DIAGNOSTICOS DESCRIPTIVOS Y ESTRUCTURALES EN NIÑOS.**

En este capítulo se pretende dar a conocer bajo la teoría de Otto Kernberg (1984/1999) una de las estructuras de personalidad que se encuentra entre la neurosis y la psicosis, la cual tiene características particulares que la distinguen de las demás estructuras, y que su formación vista bajo el psicoanálisis recae en los primeros años de edad en relación al objeto primario. Paulina Kernberg (2002) asegura que los niños que se encuentran en etapa de latencia ya pueden manifestar rasgos de esta estructura que se ha ido gestando a lo largo del desarrollo y, por lo tanto, los juegos y conductas del niño tienen signos encaminados a una estructura de personalidad límite.

##### **4.1. Definición de la estructura límite de personalidad.**

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) (2002) de la American Psychiatric Association (A.P.A.) señala que el Trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (p. 790). También hay presencia de ira incontrolada e inapropiada, inestabilidad y desregulación emocional, disociación, pensamientos extremos y un gran temor al abandono ya sea real o imaginado que lleva a realizar esfuerzos enormes para evitarlo. Los rasgos de la personalidad pueden proceder de los patrones recibidos del ambiente, especialmente familiar, en la temprana infancia, en el que contribuyen distintos tipos de abuso, negligencia, abandono o invalidación. Estos estímulos ambientales interactúan con la biología del individuo, de modo que producen grados y variantes de esta personalidad, que en caso de implantarse en individuos con una vulnerabilidad biológica especial, pueden dar lugar al Trastorno límite de la personalidad (p. 792).

Otto Kernberg (1984/1999) ha sido uno de los autores que aportó gran parte de la teoría de la organización limítrofe de la personalidad. Para él esta estructura se encuentra entre la neurosis y la psicosis, en la cual se destacan características estructurales y descriptivas que nos llevan a detectarla con claridad, centrándose en los conflictos de identidad del yo, mecanismos de defensa y distorsión de la realidad, que el paciente revela en la interacción en el aquí y ahora con el terapeuta.

Las características descriptivas que Kernberg (1984/1999) señaló son las siguientes:

1.- Ansiedad.	Generalizada, crónica y difusa.
2.- Neurosis polisintomática.	Fobias múltiples. Síntomas obsesivos compulsivos. Múltiples síntomas de conversión elaborados o grotescos. Reacciones disociativas. Hipocondría. Tendencias paranoides e hipocondriacas con cualquier otra neurosis sintomática.
3.-Tendencias sexuales perverso polimorfos.	Desviación sexual incluyendo la perversión. Presencia de fantasías perversas. Relaciones objetales inestables. Agresión primitiva.
4.-Estructura de personalidad pre-psicótica.	Personalidad paranoide. Personalidad esquizoide. Personalidad hipomaniaca.
5.- Neurosis impulsiva y adicciones.	Impulso repetitivo que gratifica necesidades instintivas (drogas-alcohol).
6.-Desordenes caracterológicos de nivel inferior.	Impulsividad. Personalidad infantil. Personalidad narcisista.

Estas características son sólo rasgos diagnósticos presuntivos de una personalidad límite. El diagnóstico definitivo depende de la patología yoica característica y no solo de lo descriptivo. Para ello se toma en cuenta los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas (ello, yo, superyó), así como la estructura cognitiva (pensamiento del proceso primario – secundario), estructuras defensivas y relaciones objetales internalizadas.

Las características estructurales que Kernberg (1984/1999) señaló son las siguientes:

El T.D.A.H. como síntoma infantil ante la realidad psíquica de la pérdida del objeto de amor.

<p>1.-Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica.</p>	<p>Labilidad yoica. Falta de tolerancia a la ansiedad. Falta de control de impulsos. Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación. Cierta grado de indiferenciación entre las imágenes de sí mismo y de los objetos. Desvanecimiento de los límites yoicos.</p>
<p>2.- Desviación hacia el pensamiento de proceso primario.</p>	<p>Reactivación de tempranas operaciones de defensa, disociación o escisión que afectan la integración de los procesos cognitivos.</p>
<p>3.- Operaciones de defensa específicas en el nivel de la personalidad fronteriza.</p>	<p><b>Escisión:</b> Proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. <b>Idealización primitiva:</b> Tendencia a ver los objetos externos como totalmente buenos para poder contar con su protección contra los objetos malos y asegurarse de que no serán contaminados por la agresión predominante. <b>Identificación proyectiva:</b> Externalización de las imágenes del sí mismo agresivo y totalmente malo y las de los objetos de iguales características. <b>Negación:</b> Solo refuerza la escisión. <b>Omnipotencia y devaluación:</b> Se refleja un sí mismo grandioso en relación con una representación de los demás despreciada y emocionalmente degradante. Es una protección contra los malos objetos persecutorios. La prueba de realidad se mantiene.</p>
<p>4.- Superyó.</p>	<p>Deterioro en la integración del superyó y se caracteriza por precursores no integrados del mismo, particularmente representaciones primitivas de los objetos, sádicas e idealizadas. La imposibilidad de integración de las imágenes obstaculiza la integración del superyó. Los primitivos precursores superyoicos sádicos son demasiado dominantes para ser tolerados y por lo tanto son proyectados como objetos externos malos. El ideal del yo interfiere también con la integración del superyó. Las imágenes objetales exageradamente idealizadas y las imágenes totalmente buenas de sí mismo, solo pueden crear fantásticos ideales de poder, grandeza y perfección y no las demandas y objetivos más reales a que daría lugar un superyó integrado. La tendencia a desvalorizar los objetos dificulta también la integración del superyó, en especial la esencial internalización de demandas reales provenientes de figuras parentales.</p>
<p>5.- Patología de las relaciones objetales internalizadas.</p>	<p>Hay presencia de relaciones objetales patológicas. Incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. Sin la síntesis de las introyecciones positivas y negativas, no es posible lograr la particular disposición afectiva que se refleja en la capacidad yoica de experimentar depresión, preocupación y culpa. Agresión y frustración parecen ser los principales factores etiológicos de las deficiencias en el desarrollo de las funciones yoicas primarias y la falta de tolerancia a la ansiedad.</p>

Kernberg (1984/1999) dice que los pacientes llamados limítrofes muestran una predominancia de operaciones defensivas primitivas que se centran en el mecanismo de escisión, presentan ansiedad crónica y se conducen por lo general con agresividad e impulsividad. La prueba de realidad se conserva pero bajo estrés suele perderse (p. 12). Esto nos hace pensar que el grado de integración de la identidad del yo suele tener fallas en el proceso de individuación el cual dejará su marca en la estructura de la persona.

El trastorno límite de personalidad es el resultado de ciertos procesos de desarrollo que no se han recorrido con éxito en la temprana infancia. Para que se produzca un desarrollo sano el individuo debe conseguir la "separación" de su "Yo" de otros objetos. Además los componentes del Yo fragmentados deben integrarse en un todo. Solo entonces los seres humanos pueden reunir la fragmentación primitiva del "solamente bueno" y "solamente malo" en el mismo objeto. Esto se refiere especialmente a las buenas y malas experiencias con la madre. La madre puede, por ejemplo, ser experimentada como "buena" si se entrega a los cuidados del hijo. Si por el contrario, la madre está ausente mucho tiempo, se le experimenta como mala. Esta experiencia contradictoria provoca inicialmente una disociación. Con un desarrollo sano, el niño aprenderá que la madre existe también cuando está ausente. Se llama permanencia del objeto o constancia del objeto a esta capacidad de comprender que un objeto, en este caso la madre, permanece aun cuando no esté presente. Como dijo Kernberg (1977/2001) si no se desarrolla, la ausencia siempre significará una intensa experiencia de pérdida, puesto que el individuo no puede separar su Yo de los objetos, siente como si perdiera una parte de sí mismo en tales ocasiones.

#### **4.2. Rasgos diagnósticos limítrofes en niños.**

Cuando se habla de trastorno limítrofe de personalidad, generalmente nos referimos a adultos, adultos que muestran síntomas descriptivos o características estructurales que nos hacen pensar que forman parte de dicho diagnóstico. Los teóricos que se atrevieron a hablar de estructura limítrofe en niños, fueron Paulina

Kernberg, Alan Weiner y Karen Bardenstein (2002) ellos señalan que "en los niños, el trastorno limítrofe de personalidad se caracteriza por la persistencia de múltiples síntomas neuróticos y conductuales --incluso obsesiones, fobias, compulsiones y rasgos histéricos-- que deberían haberse superado" (p.120). Por esta razón estuvieron interesados en investigar las conductas específicas que los niños suelen manifestar en dicha estructura, así como la interacción que se presenta con sus objetos. En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) 2002 de la Asociación Psiquiátrica Americana, considera que si el niño cumple el criterio de un trastorno de la personalidad de la vida adulta, también puede ser diagnosticado como tal (p. 767, 768). Para otros autores señalar el Trastorno en la infancia es muy arriesgado ya que la personalidad no se ha terminado de integrar, por lo tanto señalan únicamente rasgos diagnósticos presuntivos encaminados a una personalidad limítrofe.

En un niño la alteración de la identidad del yo y los cambios abruptos en los niveles de funcionamiento yoico son los criterios más confiables para detectar niños con rasgos limítrofes. (P. Kernberg et al. 2002, p.125). La identidad del yo se puede evaluar en niños a partir de los seis años de edad, ya que ellos muestran tener una identidad apropiada a su corta edad aunque aún no definida y se refleja en la capacidad de expresar mediante el juego o en la verbalización un sentido de yoicidad, saben quiénes son y a qué género pertenecen. Tienen un sentido de valores culturales, religiosos y éticos, y un sentido de pertenencia a la comunidad y a un grupo, así como una idea clara de su propia continuidad a través de varias situaciones y durante el tiempo. Ellos pueden explicar de manera simple, lo que pueden hacer, lo que les gusta y cómo son.

Con estas ideas para poder ir determinando que un niño presenta rasgos limítrofes, es necesario no solamente tomar en cuenta elementos descriptivos, sino también elementos del desarrollo, elementos estructurales, relaciones objetales internalizadas y mecanismos de defensa. Este tipo de niños también recurren a mecanismos de defensa primitivos como identificación proyectiva, escisión, negación, idealización primitiva, control omnipotente y devaluación, en ellos la prueba de

realidad se mantiene pero se desestabiliza cuando se enfrentan a situaciones demandantes difíciles de controlar.

Si observamos la conducta de los niños con rasgos limítrofes de personalidad se puede decir que muestran un retraso en su desarrollo de forma general. Se puede apreciar que dentro del juego y las fantasías no mantienen un rol de género, este se muestra ambivalente y los cambios son constantes. El control de impulsos es pobre, mostrándose impredecible. Parece no disfrutar de las interacciones con sus compañeros ni de la paulatina independencia de sus padres, ni tienen el sentido de pertenencia a una comunidad a la que pertenecen. En términos generales, no han resuelto todavía el complejo de Edipo a través de canales sublimatorios y de represión, así mismo del logro de la constancia del sí mismo y del objeto, la impulsividad suele mostrarse en todo momento. P. Kernberg (2002) agrega que se pueden mostrar múltiples síntomas neuróticos y conductuales como obsesiones, fobias, compulsiones y rasgos histéricos, que ya deberían haberse superado (p. 126-127).

Así como Otto Kernberg (1984/1999) reconoce que las alteraciones de identidad y de la inestabilidad en los niveles de organización yoica en adultos pueden aportar mucha información para resaltar el trastorno limítrofe de personalidad, Paulina Kernberg et al. (2002) señala que en niños se aplica el mismo concepto enfocándose en la identidad yoica la cual muestra una identidad de género indefinida así como incapacidad para estar a solas y de mantener la constancia objetal, también las regresiones abruptas muestran su falta de juicio y su impulsividad, así como su relación perturbada con la realidad, cambian de una situación a la siguiente, no muestran placer en el juego, muestran bajo autoestima, carecen de habilidades, el tono de sus sentimientos es de apatía, y con frecuencia su depresión crónica se conjunta con el rechazo de sus padres y de compañeros, no olvidando los problemas académicos (p. 127). De forma general el niño limítrofe no transmite un claro sentido de yoicidad, estas alteraciones muestran que tiene puntos de fijación en el desarrollo, desconfianza y miedo a la desintegración.

Debido al mecanismo de la escisión que ya se manifiesta en los niños con rasgos limítrofes, la integración del superyó puede fracasar en distintos momentos, en primer lugar la no integración de los precursores superyoico preedipicos obstaculiza la internalización de las imágenes parentales edípicas más realistas, perpetuando un superyó no integrado de características sádicas y primitivas, también obstaculiza los niveles superiores de integración y desarrollo de los sistemas de valores internalizados (P. Kernberg, 2002 p. 144). Todo esto muestra como un niño con rasgos limítrofes no reconoce las reglas ni a las personas que las emiten, por lo tanto tiende a tener conflictos con las normas que se rigen en cualquier lugar, así como dificultades para asumir la responsabilidad de sus actos.

La teoría prevaleciente afirma que la fijación que muestra un niño limítrofe recae en el proceso de separación – individuación especialmente en la tercera subfase de acercamiento donde las huidas constantes de la madre no le son permitidas introyectando una madre mala (Mahler, 2002). Esta actitud de la madre de forma engolfante, no permite que el niño alcance ese preciado momento de la permanencia del objeto, por lo tanto el niño comienza a sentir que no sobrevivirá sin ella, se vive como si estuvieran enganchados, de esta forma su madre tiene que estar a su lado todo el tiempo, y en terapia en transferencia hace lo mismo con el terapeuta.

Los problemas que se dan dentro de esta tercera subfase conllevan a la persistencia de la escisión, que para el niño es un mecanismo de defensa debilitante, debido a que interfiere en la integración de imágenes buena y malas que son esenciales para proteger al niño de la angustia y la ira.

Geleerd y Mahler (1958/1949 citados en P. Kernberg 2002) hacen énfasis en que los niños que presentan una estructura de personalidad limítrofe carecen de la capacidad para internalizar la gratificación, porque no logran una constancia objetal, esto es, --la integración de una representación de una madre lo suficientemente buena.-- En cambio existe un sentido alterado del sí mismo, con desconfianza y miedo a la desintegración, resaltando la angustia y el temor a la aniquilación (p.128).



Si nos centramos en los criterios descriptivos del T.D.A.H. en cualquiera de sus tres tipos ya sea con predominio déficit de atención, hiperactividad o combinado y que resalten los trastornos de conducta, tenemos elementos diagnósticos para creer que subyacen rasgos limítrofes de personalidad, por lo tanto, es de suma importancia tomar en cuenta la historia de vida del niño para aseverar o descartar esta posibilidad. Esta relación entre el T.D.A.H. y los rasgos limítrofes ya se había mencionado por Hartocollis (1968 citado en P. Kernberg, 2002) donde menciona que "en algunas poblaciones de chicos limítrofes existe una creciente evidencia de T.D.A.H." (p. 131). En estos mismos chicos limítrofes "se ha encontrado una alteración en la relación con las funciones motoras acentuándose en la hiperactividad" (Rosenfeld y Sprince, 1963 citados en P. Kernberg, 2002, p. 131).

Las relaciones objetales que muestra el niño con rasgos limítrofes, se basa en los mecanismos de defensa que utiliza para preservar su yo, uno de ellos es la idealización primitiva con la cual tiende a ver al objeto materno totalmente bueno o totalmente malo de modo que aumenta de manera artificial y patológicamente su cualidad de bondad y maldad. Esta característica de escisión también predomina con el padre donde el niño tiende a relacionarse con él en ausencia de la madre, o con la madre en ausencia del padre. Frente a la rivalidad o la envidia fraterna el chico es incapaz de enfrentarla por ello hace uso de la impulsividad cometiendo abusos con sus hermanos. Debido a que la mayor parte de las relaciones con el objeto materno se basan en la agresividad, el niño limítrofe no ha desarrollado un sentido positivo del sí mismo en relación con un objeto de características positivas, por lo que se puede deducir que no hará uso de un objeto transicional blando y sube que le ayude a minorar la angustia de separación. P. Kernberg et al. (2002) creen que este tipo de niños tienden más a buscar objetos mecánicos, por un intento de representar la relación que llevan con su madre (p.143) Si tomamos en cuenta de que el niño con rasgos limítrofes no ha alcanzado la individuación de su persona en relación con el objeto maternante, no hay cabida para el objeto de transición, en vez de esto tienden a apegarse excesivamente a sus madres, probablemente buscando una unión de tipo simbiótica.

Las amistades o los compañeros de los niños con rasgos limítrofes también son vistos de forma idealizada, los utilizan para sus propias proyecciones en momentos los idealizan y en otros los devalúan, por ello se puede creer que les es difícil hacer amistades significativas que representen a una persona diferente a ellos. No tienen un amigo preferido, parece ser que se instalan en una aparente socialización debido al vacío enorme que sienten y finalmente terminan con un sentido crónico de aislamiento.

Como se puede apreciar el trastorno límite de personalidad, comienza a manifestarse desde los primeros años de edad, así como los síntomas que encierran el T.D.A.H. Bajo las observaciones de Paulina Kernberg al niño ya se le puede diagnosticar con dicho trastorno, en comparación a la teoría de Otto Kernberg donde señala que el trastorno limítrofe se puede apreciar en adolescentes y adultos. Tanto los rasgos limítrofes de personalidad, como los criterios diagnósticos del T.D.A.H. tienen mucho en común, en general es una desadaptación al medio y en las relaciones personales, una evaluación con los signos visibles no es suficiente para diagnosticar al niño, se debe de tomar en cuenta el contenido psíquico que mucho tiene que ver con la conducta.

#### **IV. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.**

##### **1.- Tipo de estudio.**

El enfoque metodológico **cuantitativo** fue el camino que permitió entender a profundidad el síntoma manifiesto del paciente y las razones que lo gobiernan. Con la ayuda de la observación clínica, el análisis y el contacto directo con el paciente de estudio, se logró ver el caso de forma holística despartando los prejuicios y creencias del terapeuta. Esta investigación se centró en un **estudio de caso**, tratando de entender la relación objetal y describir la realidad tal y como la vive el paciente. Esta investigación está orientada hacia un tema poco estudiado por lo que no existen suficientes estudios o bibliografía, lo cual la ubica en un nivel de **alcance exploratorio**. Existen pocos antecedentes de aplicación de la terapia de juego con corte psicoanalítico en pacientes que presentan T.D.A.H., como una forma de intervención interdisciplinaria, debido a que la historia del paciente no se había tomado en cuenta con mayor profundidad en estos casos.

Para Hernández, Fernández, Baptista (2006) "el enfoque cualitativo utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación" (p. 8). Esta forma de investigación tiene por objetivo una realidad por descubrir, construir e interpretar. La realidad es la parte psíquica del ser humano, que solo puede ser entendida desde el punto de vista de los pacientes estudiados. Por lo cual el mundo es construido por el investigador, por ello podemos decir que la realidad sí cambia por las observaciones y la recolección de datos.

La proximidad del terapeuta con el paciente permitió tener cercanía al síntoma, esto permitió ejercer un papel activo en la investigación que generó una relación entre el fenómeno estudiado (T.D.A.H.) y el terapeuta de forma cercana sin separarse.

## **2.- Tipo de muestra.**

Se centra en un estudio de caso, el cual es un niño que se encuentra en etapa de latencia, cuenta con nueve años de edad y un diagnóstico de T.D.A.H. de tipo combinado. El paciente estuvo en terapia de corte psicoanalítico para llevar a cabo el estudio de su historia de vida en relación a sus objetos primarios. La finalidad de trabajar con un solo sujeto no es generalizar los resultados del estudio, sino entender de forma individual su conflicto.

## **3.- Ejes temáticos.**

Los ejes temáticos que sustentan esta investigación y que forman parte del marco teórico fueron:

### 3.1 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad bajo un concepto médico.

Con la finalidad de comprender la evaluación, las características diagnósticas, el estudio médico y el tratamiento que deben de seguir los niños que presentan dicho trastorno, se expuso lo más relevante de las últimas investigaciones que nos dejan ver que la etiología del trastorno tiene múltiples factores de riesgo por lo tanto se puede señalar que el trastorno puede ser médico o vincular.

### 3.2 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad bajo un concepto psicoanalítico.

Los síntomas principales del T.D.A.H. vincular tuvieron explicación psicodinámica, basada en las tempranas relaciones de objeto. Tanto la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad, son síntomas que se reflejan en la conducta del niño pero en muchos de los casos en el fondo son la consecuencia de un problema psíquico no resuelto.

### 3.3 Terapia de juego de corte psicoanalítico.

La terapia de juego de corte psicoanalítico nos muestra que puede ser una alternativa de tratamiento para llevarla a cabo con niños que presentan T.D.A.H. vincular, los conflictos generados en las primeras relaciones de objeto se pueden ir interpretando dentro del espacio terapéutico, de esta manera se va haciendo consciente lo inconsciente para minimizar los síntomas.

### 3.4. Rasgos limítrofes de personalidad en niños.

Los rasgos diagnósticos y estructurales que presenta un niño con rasgos de personalidad limítrofe, muestra mucha similitud con las características diagnósticas del T.D.A.H. así como la forma de interactuar con el entorno familiar y social. En base a esta comparación se pudo entender que el T.D.A.H. esta sobre diagnosticado y que una evaluación de las conductas visibles ya no es suficiente.

## **4.- Limitaciones.**

La información recopilada en esta investigación se limitó a la poca investigación que se ha realizado acerca del T.D.A.H. y su relación con el psicoanálisis. El beneficio de los resultados solo serán de utilidad para aquellos niños que presenten T.D.A.H. de tipo vincular.

## **5.- Escenario.**

Toda la investigación se llevó a cabo en el **Centro de Atención Psicológica** (C.A.P.) perteneciente a la Universidad Vasco de Quiroga (UVAQ) ubicado en la calle Jesús Monje No. 205 en la colonia Sta. Cecilia, de Morelia, Michoacán. El C.A.P. cuenta con los servicios de atención terapéutica familiar, grupal e individual de corte humanista y psicoanalítico, así como servicio médico, dental, nutrición, estimulación

temprana, orientación educativa, pláticas específicas y diversos talleres con temas de interés. Sus instalaciones están diseñadas para brindar los servicios con una alta calidad y compromiso de los especialistas que ejercen sus servicios prácticos. Los consultorios están equipados con el material específico de acuerdo a la disciplina que se lleve a cabo. Cuenta con tres salas de entrevista adaptadas, un salón para estimulación temprana equipado, un salón de usos múltiples, un consultorio específicamente para llevar a cabo la terapia de juego, un salón audio visual, oficinas de recepción y de dirección general.

## **6.- Método de intervención.**

Para lograr penetrar en la parte psíquica de lo inconsciente del niño, fue necesario apoyarse de la **psicoterapia de juego de corte psicoanalítico**, la cual permitió con su método descubrir los contenidos del mismo, generadores de las conductas actuales. Estos contenidos fueron cotejados con su historia de vida temprana, para lo cual la madre del paciente proporcionó una gran cantidad de datos significativos a través de varias **entrevistas clínicas** iniciales. La **observación directa** fue una herramienta esencial dentro de la investigación, la cual permitió ir dirigiendo el trabajo analítico a los conflictos que se iban desarrollando durante el estudio.

### **Descripción de las técnicas de recolección de datos:**

#### **6.1. Psicoterapia de juego de corte psicoanalítico.**

El juego libre ha demostrado ser la vía más eficaz para llegar al contenido inconsciente del niño para poder entender parte del psiquismo infantil. Melanie Klein pensaba que el juego es igual a la asociación libre en el adulto, este también nos muestra cuentos, fantasías, deseos, sueños, dibujos que analizar. Esta técnica sirve para aproximarse al niño y entablar un diálogo emocional a través de cada elemento del juego los cuales remiten a un elemento simbólico. El niño reescenifica sus

conflictos en presencia del terapeuta y es la forma en la que la transferencia se muestra.

La capacidad del pensamiento abstracto es necesaria para hacer las asociaciones libres que se encuentra en la adolescencia y adultez, pero un niño se maneja con un pensamiento concreto el cual requiere de material concreto para expresar su contenido. Al entender el contenido inconsciente las interpretaciones, son válidas dentro del juego, el niño logra hacer consciente lo inconsciente que lo mantiene inquieto y se apodera de su conducta, fortalece el Yo e introyecta un Superyó. Dentro de esta dinámica el niño prefiere actuar que verbalizar y es ese actuar que tiene que ser analizado.

No debemos olvidar que un niño no es un sujeto ya terminado, está en vías de desarrollo y mantiene una interacción aún muy estrecha con sus objetos, por lo tanto un gran contenido del juego está depositado en relación a estos mismos. La relación con el analista no es exclusiva, los padres también deben de involucrarse en este juego del tratamiento quienes deben de sustituir en mucho de los casos o completar el Yo y Superyó del niño.

## **6.2. Entrevista clínica.**

La entrevista clínica es una de las mejores herramientas que se tiene para poder indagar la vida del niño en sus primeros años. Esta debe ser dirigida hacia los padres o las personas que tuvieron contacto con el niño a partir del nacimiento y mucho antes de ser concebido. Es una forma oral de comunicación interpersonal, que tiene como finalidad obtener información con relación a un objetivo.

Su principal objetivo es obtener información relevante entre la relación madre-hijo, en diferentes etapas de la vida, para lograr esclarecer el panorama de entendimiento entre los síntomas que presenta el paciente en la actualidad y su historia de vida. La forma en la que se establece la relación con el hijo nos

proporciona un dato importante no sólo de la historia del paciente sino de la madre y de su concepto de la maternidad. Aberastury (2009) indica que "es necesario que la entrevista sea dirigida y limitada de acuerdo con un plan previo" (p.76), de no ser así se puede terminar en temas que nada tienen que ver con el paciente, por ello se debe de contar por lo menos con la siguiente información: motivo de la consulta, historia del niño, un día de vida, relaciones familiares.

Podemos darnos cuenta que este método tiene por objeto recabar información significativa del individuo, con el fin de poder conocer la naturaleza de su problema y realizar un diagnóstico acertado. No siempre se puede obtener toda la información en una sola entrevista, por lo que se recomienda hacer uso de un nuevo espacio para concluirla.

### **6.3. Historia clínica.**

La historia clínica como método de recolección de datos, nos permite percatarnos posteriormente de cualquier situación que no se haya mencionado en la entrevista clínica. Es un instrumento que nos muestra la vida del paciente en diferentes contextos de su vida en relación con otros significativos y en diferentes etapas de la vida, por ello es la herramienta central para analizar los conflictos psíquicos del paciente y percatarnos en qué momento del desarrollo tuvieron origen.

La historia clínica está compuesta por una parte descriptiva que contiene todos los datos proporcionados por el paciente tal y como él percibe su vida en relación al conflicto y otra parte descriptiva donde haciendo uso de las teorías psicoanalíticas se trata de dar respuestas al porqué de los padecimientos.

Con estos datos ordenados y analizados en la historia clínica se llega a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento así como las líneas de trabajo a seguir según el caso. También incluye el proceso evolutivo dentro de la terapia que son nuevos datos que proporciona éste método.



#### **6.4. La observación directa.**

La observación directa permite percatarnos de las conductas del paciente que en un determinado momento fueron descritas por los padres en la entrevista clínica. No es mera contemplación, implica adentrarse en profundidad a situaciones personales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. La observación permitió estar atenta a los detalles, sucesos, eventos e interacciones. Hernández et al. (2006) menciona que "para ser buenos observadores se necesita utilizar todos los sentidos para captar los ambientes y a sus actores" (p.587). En psicoanálisis la técnica de la observación involucra el concepto de "observar con ojo clínico", ya que todo lo que suceda en la interacción entre paciente y terapeuta, puede ser relevante.

Isaacs (1967) colocó a la observación dentro del psicoanálisis como uno de los "principios metodológicos fundamentales que nos proporciona el material para las conclusiones sobre la naturaleza y función de la fantasía" (p.75), observando a detalle la conducta, el contexto en el que surge, y la continuidad genética dentro del desarrollo del individuo, permite una mejor comprensión de lo que se investiga. La autora concluye que éste es el medio de obtener pruebas de procesos mentales, a través de la observación de la conducta, por lo que, "el principio de observar el contexto como el de considerar los detalles, es un elemento esencial en la técnica psicoanalítica, ya se trate de adultos o niños" (p.78). Para esta investigación la observación fue puesta en todas las sesiones que llevaron a la formación de un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado.

#### **7.- Procedimiento.**

Para el estudio de este caso clínico, se realizaron tres momentos de entrevista inicial, una por semana con la duración de una hora cada una, con el objetivo de conocer a detalle la historia de vida del paciente en relación con sus objetos primarios a temprana edad, así como los principales síntomas que presentaba el paciente, los

cuales a simple vista formaban un cuadro clínico de un supuesto T.D.A.H. A dichas entrevistas asistió la madre y el padre solo a una, argumentando que no era su problema.

Terminadas las entrevistas se le pidió a la madre una evaluación médica neurológica para descartar o corroborar dicho trastorno. La madre estuvo en la mejor disposición de realizar el estudio, pero por causa de escasos recursos económicos no fue posible llevarlo a cabo. A través de la dirección del Centro de Atención Psicológica (C.A.P.) y el Testing Center México se le otorgó a la madre un precio especial en la evaluación diagnóstica computarizada del T.D.A.H., aplicándose la prueba T.O.V.A. La madre se tardó un mes en ahorrar el pago y cuando lo tuvo llevó a su hijo a la evaluación.

La prueba T.O.V.A. es un instrumento informatizado de rendimiento continuo que mide la atención de manera objetiva, fiable y precisa. Esta prueba se apoya en la Escala de Evaluación NICHQ Vanderbilt, la cual consta de 47 ítems de síntomas y 8 ítems de comportamiento, los cuales fueron contestados por la mamá del paciente. El paciente fue sometido a 22.5 minutos continuos frente a un monitor en el cual se enfrentó a una serie de figuras que tenía que ir descartando según las instrucciones del analizador.

Mientras se obtenían los resultados de la prueba T.O.V.A., se continuó con el proceso diagnóstico dentro de las instalaciones del C.A.P. Se realizaron siete sesiones diagnósticas de terapia de juego de corte psicoanalítico con el paciente, una por semana con duración de una hora, con el objetivo de indagar el contenido inconsciente, mecanismos de defensa, evolución del yo y prueba de realidad que nos dejó ver las fallas y aciertos del desarrollo psíquico, esto con la finalidad de obtener un diagnóstico en vías de estructuración muy independiente al diagnóstico de la prueba T.O.V.A.

Se realizó una cita con la maestra de cuarto año de primaria, con la finalidad de obtener mayor información de la conducta del paciente. Ya que era el lugar donde

más se mostraba el síntoma y que los adultos se quejaban de ello. La maestra proporcionó información del niño así como de los padres, la relación que lleva con su alumno y la relación que muestra con sus compañeros de clase. El niño fue canalizado a terapia por la maestra y estuvo condicionado todo el ciclo escolar a asistir, de lo contrario repercutiría en su evaluación.

Al concluir las sesiones diagnósticas se realizó una cita con la madre para la devolución de los resultados, en ella se le dio a conocer el resultado de la prueba T.O.V.A. que indicó lo siguiente: "Los resultados no entran dentro de los límites normales, por lo tanto, todos los indicadores señalan un problema severo de atención de tipo combinado (con hiperactividad e impulsividad), corroborado con las respuestas de la escala de evaluación inicial NICHQ Vanderbilt". También se le dio a conocer el resultado de la evaluación diagnóstica realizada por la terapeuta. En este momento se pudo decir que el niño medicamente presentaba un T.D.A.H. pero de forma psíquica mostraba muchos rasgos limítrofes, por lo tanto, se le informó a la madre que el tratamiento más adecuado por la edad del paciente era la terapia de juego de corte psicoanalítica, sin dejar a un lado el tratamiento farmacológico al cual era candidato. En esta misma cita se mencionó también el pronóstico, así como las líneas de trabajo que se llevarían a cabo en las sesiones de tratamiento, las líneas de trabajo que la propia madre debería de realizar, el día y hora de la terapia y los periodos de vacaciones similares al ciclo escolar, sin olvidar el consentimiento de ella para que el niño asistiera al proceso.

La madre se opuso a la medicación del niño, mencionó que ella no iba a drogar a su hijo, y que por lo tanto se atendiera de forma psicoanalítica. Las sesiones de tratamiento psicoanalítico se llevaron a cabo sin tratamiento farmacológico, asistiendo una vez por semana con duración de una hora, las cuales alcanzaron un total de 70 sesiones en un periodo de un año once meses.

Los resultados obtenidos en la valoración también se notificaron a la maestra, se mencionaron las líneas de trabajo a seguir con su alumno y la forma en la debería de tratarlo ya que se estaba relacionando con él de una forma agresiva y rechazante,

totalmente lo contrario a lo que el niño necesitaba. Se mostró en la mejor disposición de cooperar en el tratamiento y en las dos entrevistas subsecuentes que se realizaron para comentar los cambios en el niño.

Las sesiones de tratamiento se enfocaron a resolver el conflicto psíquico que mostraba el paciente, a base de la mejor herramienta psicoanalítica llamada "Interpretación". Se interpretó la agresión, el deseo inconsciente hacia la madre, se trabajó con el poder de síntesis, logro de la constancia objetal, introyección de objetos buenos, se esclareció lo incomprensible entre otros más, con la finalidad de que el paciente lograra ver en una totalidad a sus objetos, y de esta manera llevar la instancia psíquica del yo a un mayor nivel de organización psíquica.

Las entrevistas con la madre se fueron haciendo después de cada cuatro o cinco sesiones que asistía el paciente. En ellas se comentaban los aciertos o desaciertos que el niño presentaba en su conducta, así como los cambios que iban ocurriendo en casa después de aplicar las líneas de trabajo recomendadas.

El tratamiento se llevó a la fase final cuando mucho del material inconsciente se trajo al campo de lo consciente, se consideró que este material era bastante significativo para generar los síntomas de inatención e hiperactividad que el paciente presentaba. Se preparó al paciente y a la madre para la despedida.

## **8.- Supuestos.**

Por el tipo de esta investigación apegada a lo cualitativo, los supuestos permitieron obtener mayor información del origen de los síntomas que una simple comprobación de hipótesis. Estos supuestos se centran en las teorías de las relaciones objetales y el tipo de estructura psíquica del ser humano. Los cuales son los siguientes:

- El exceso de motilidad es el resultado de una inadecuada relación objetal madre-hijo basada en la agresión desde muy temprana edad.

- La hiperactividad es una conducta manifiesta sinónimo de una ansiedad crónica generada por la falta de integración de las imágenes del sí mismo y de los objetos.
- Tras la conducta hiperactiva se esconde una constante búsqueda inconsciente del objeto faltante de amor, en este caso el objeto amoroso; para ser integrado en el sí mismo y poder hacer la síntesis de las experiencias positivas y negativas.
- La inatención es el resultado de una escisión múltiple de la atención, una atención dispersa, que le imposibilita al niño poder investir en su totalidad a los objetos externos.
- La inatención tiene que ver con la poca presentación del objeto a temprana edad.
- En este caso tras el diagnóstico médico del T.D.A.H. se muestran rasgos diagnósticos descriptivos y estructurales de una personalidad limítrofe.
- La terapia de juego de corte psicoanalítico puede ser una alternativa de tratamiento interdisciplinario con niños que presentan T.D.A.H. de tipo vincular.

## **9.- El problema de investigación.**

En la actualidad el niño con T.D.A.H. está sujeto a diferentes enfoques de tratamiento como médico, psicológico y pedagógico, que lo llevarán a adaptarse a su entorno de una mejor manera. Tomando en cuenta que el área psicológica solo se centra en corregir la conducta visible (síntomas), surgen las siguientes preguntas de investigación:

1.- **¿Cómo comprender el trastorno por déficit de atención con hiperactividad como síntoma infantil ante la realidad psíquica del objeto perdido de amor?**

2.- **¿La terapia de juego de corte psicoanalítico tiene las bases necesarias para utilizarse como tratamiento interdisciplinario con niños en etapa de latencia que padecen trastorno por déficit de atención con hiperactividad?**

3.- **¿Qué beneficios obtiene el paciente con T.D.A.H. dentro de su estructura psíquica en relación a los síntomas, al ser tratado con la terapia de juego de corte psicoanalítico?**

## **10.- Objetivos de la investigación.**

### **Objetivo general:**

- **Proporcionar** una alternativa de tratamiento profundo basado en la terapia de juego de corte psicoanalítico con un paciente en etapa de latencia que presenta T.D.A.H. en relación al vínculo materno como una forma de contribuir a la mirada interdisciplinaria indispensable en dicho trastorno.

### **Objetivos específicos:**

- **Determinar** si en este estudio de caso el contenido del conflicto psíquico que se encuentra detrás del T.D.A.H., se dirige a la búsqueda constante del objeto perdido de amor.
- **Determinar** si la conducta hiperactiva es un movimiento desordenado que busca compensar lo que no satisface el otro significativo.

- **Confirmar** si el déficit de atención se origina cuando el niño vive más ausencias que presencias de la madre, lo que no permite dejarse investir por él, por lo que la atención no puede dirigirse al mundo en forma focalizada y sostenida.
- **Conocer** los rasgos de personalidad que se encuentran detrás de un supuesto T.D.A.H. en un niño en etapa de latencia.
- **Señalar** si hay similitud entre los rasgos de la estructura de personalidad limítrofe en niños y los síntomas que se presentan en el T.D.A.H.
- **Determinar** si el encuentro con el objeto faltante de amor disminuye el síntoma de hiperactividad.
- **Conocer** la evolución de las instancias psíquicas Ello, Yo y Superyó, en un niño diagnosticado con T.D.A.H.
- **Conocer** si hay otro factor que no sea neurogenético que de origen a los síntomas principales del T.D.A.H.

## **V. PRESENTACION DEL CASO.**

### **1.- HISTORIA CLÍNICA.**

#### **a) Ficha de identificación.**

Nombre:	Daniel
Edad:	9 años 0 meses.
Sexo:	Masculino.
Ocupación:	Estudiante.
Escolaridad:	4to. año de primaria en escuela pública.
Lugar de nacimiento:	Morelia, Michoacán.
Lugar de residencia:	Morelia, Michoacán.
Nivel socioeconómico:	Bajo.
Religión:	Católica.
Actualmente vive con:	Los padres y hermanos.
Referencia:	Solicitud de la maestra titular en curso.
Fuente de información:	Los padres y las maestras de 4to. y 5to. grado.
Fecha de estudio:	Del 15 de agosto 2011 al 20 de julio 2013.

#### **b) Descripción del paciente.**

Daniel es un niño cuyo físico corresponde a su edad cronológica. Es de complexión delgada, de estatura y talla adecuados, tez morena clara y cabello oscuro, corto y un poco ondulado. Ojos pequeños, nariz y boca delgada. Se presenta puntualmente a las sesiones con las manos sucias, bien peinado, con vestimenta en malas condiciones pero adecuada a su género. Expresa adecuadamente sus ideas con un vocabulario de acuerdo a su edad. Es un niño juguetón, al principio muy reservado. Su conducta se enfoca a ser



inquieto, distraído y en otras ocasiones con poca motivación, demostrando no tener iniciativa.

### **c) Motivo de consulta.**

#### **Problema actual.**

La madre remite lo siguiente: "Está comenzando el ciclo escolar y ya enviaron a Daniel a terapia. Esto ocurre todos los años desde que estaba en primer año de primaria. La maestra me dice que no pone atención cuando ella explica los temas, por ello no puede realizar los ejercicios en su libreta, y por lo tanto, no tiene ni idea de cómo hacer la tarea en casa. También se ha quejado de que el niño es muy inquieto, se levanta de su banca y comienza a caminar por todo el salón, pide ir al baño constantemente y no regresa pronto a clase, se queda en el patio perdiendo el tiempo. Se pelea constantemente con los compañeros a golpes, por lo que se le dificulta hacer amigos. También he notado que mi hijo no muestra ningún tipo de sentimiento hacia mí, no se acerca, no me quiere abrazar, no me mira a los ojos, no me hace caso alguno, pero tampoco puede estar sin mí, me sigue a todas partes y quiere que permanezca junto a él. En ocasiones utilizo los golpes o castigos para hacerlo reaccionar pero el niño sólo muestra indiferencia. Cuando se encuentra enojado se golpea la cabeza en la pared y hace berrinches, el enojo suele durarle varios días. Yo no sé qué tengo que hacer pero quiero sacar de un hoyo a mi hijo".

#### **Antecedentes del problema.**

Desde que Daniel tenía seis años de edad comenzó a tener enfrentamientos con su mamá y las maestras, debido a que no conseguía permanecer sentado en las horas de clase y enfocar su atención por lo menos cinco minutos. Las maestras han recurrido a castigos, tiempo fuera e incluso suspensiones, pero nada de esto hace que el niño cambie. Desde los siete años el niño ha estado en terapia psicológica pero ésta se suspendió debido a que la terapeuta terminó su servicio becario. Posteriormente asistió un año a terapia educativa la cual se interrumpe debido a que el niño no mostró interés ni tampoco

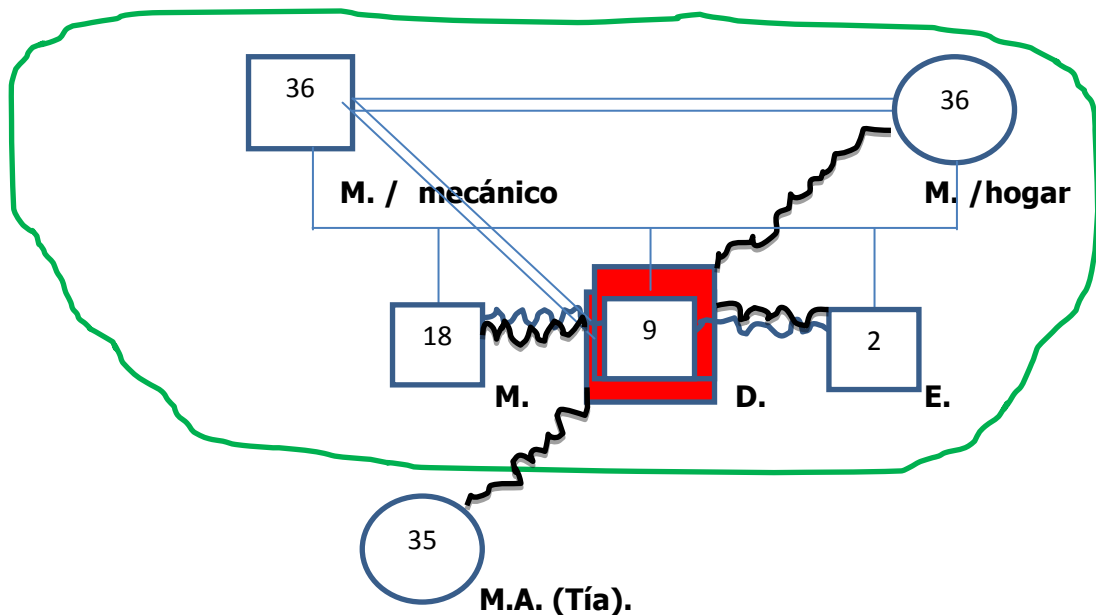
avance en el aprendizaje. Ha asistido al aula de apoyo que se encuentra en la escuela a la que asiste, pero ha sido rechazado por ser un niño muy inquieto. Todo el tiempo quiere estar jugando y corriendo no hay nada que lo detenga. En casa se muestra agresivo con su mamá y a su hermano José, siete años menor, lo hace llorar constantemente. Los avances que ha tenido han sido mínimos tanto en su conducta como en el aprendizaje. La actitud que muestra de forma general ante los tratamientos es de dependencia. Finalmente en agosto del año 2011 llega a terapia psicoanalítica donde se le hizo una evaluación a profundidad del desarrollo psíquico en relación a sus objetos, nunca antes valorada ni tomada en cuenta.

#### **Factor desencadenante.**

Al parecer el contacto con personas agresivas es el mayor desencadenante de las conductas atípicas del paciente, no muestra interés en ellas por lo que se le puede ver con una falta de atención significativa que no le permite aprender los contenidos académicos. La preferencia hacia los otros hermanos también desencadena conductas agresivas o berrinches.

#### **d) Área familiar.**

##### **FAMILIOGRAMA.**



La familia está constituida por el padre, la madre y tres hijos, los cuales han vivido siempre juntos. La dinámica parental se consideraba en un principio estable y llevadera, pero el padre señala que desde que Daniel comenzó a tener conflictos en la escuela, la madre se ocupa de él todo el tiempo, señalando que cae en la exageración. Ambos padres cumplen con su rol de género, no suelen convivir juntos con el niño, cada uno lo hace cuando tienen tiempo para él. La madre constantemente le señala al padre que Daniel se parece mucho a él en su forma de ser, el padre responde que él nunca fue un niño problema y sobreprotegido, por lo cual el que necesita ir a terapia es el niño y no él. La dinámica fraternal tiende a hacer inestable suelen pasar tiempo juntos pero terminan peleándose, cada uno quiere marcar su territorio por lo que el hijo mayor ya no quiere compartir recámara con Daniel.

La familia se considera de clase baja, la falta de ingresos económicos suficientes han limitado a la familia en muchos aspectos. Los padres hacen un gran esfuerzo por llevar a Daniel a la terapia, el padre muchas veces ha reprochado estos gastos a la madre, sin embargo el paciente asiste cada semana a sesión.

La madre de 36 años de edad es originaria de Morelia, Michoacán. Sus estudios se vieron truncados en el segundo año de preparatoria, por falta de recursos económicos. A los cuatro años de edad fue llevada a la casa de la abuela materna para que ella se hiciera cargo de la niña y de sus cuatro hermanos más, debido a que la madre tuvo que emigrar a los Estados Unidos para encontrar mejores posibilidades de trabajo. Nunca conoció a su padre. Las visitas de su madre al principio fueron una vez al año, posteriormente se desentendió por completo de sus hijos permaneciendo en el extranjero el resto de sus días. Este hecho le hizo sentir un total abandono. Su aspecto muestra poco interés en ella misma, su ropa está descuidada, su cabello maltratado, muestra un semblante apagado, poco femenina y en ocasiones se siente deprimida. Nunca ha trabajado fuera del hogar, dedica su tiempo a su casa y sus tres hijos. La relación que ha llevado con Daniel es distante

emocionalmente, agresiva, poco afectiva, se muestra interesada en ayudarlo a realizar las tareas escolares pero terminan peleando y gritando.

Su padre de 36 años de edad, ejerce el oficio de mecánico, sólo cursó la primaria, originario de Morelia, Michoacán. Desde muy temprana edad tuvo que trabajar para ayudar a afrontar los gastos de la casa. Comenta que desde que era pequeño mostraba muchas conductas como las de su hijo Daniel, por lo que a él no se le hace extraño que el niño sea así. Sus padres nunca pusieron atención a su persona por lo tanto no tenían por qué poner atención a su conducta. Se percibe como una persona distante y pasiva, no se involucra en los problemas de la casa. La relación que lleva con su hijo es distante debido al extenso horario de trabajo. Sólo algunos fines de semana lleva a su hijo al centro o le compra un juguete. Este tipo de relación ha sido desde que Daniel nació, a pesar de ello el paciente lo ha tomado como figura de identificación psicosexual, asumiendo que cuando sea grande va a reparar camiones como lo hace su papá. Se aprecia claramente que no hay convivencia con el paciente de manera afectiva por lo que el niño no encuentra dentro de la familia alguien significativo que lo valore, lo atienda y sentirse apreciado.

El hermano mayor cuenta con dieciocho años de edad, es estudiante del cuarto semestre de preparatoria, se considera buen estudiante y buen hijo. Su comportamiento es tranquilo, le gustan los videojuegos y le gustaría estudiar una carrera relacionada con la computación. En ocasiones asume el papel del padre de la casa tratando de corregir a Daniel en su comportamiento y dándole órdenes. Trata de convivir y de compartir sus videojuegos con él pero nunca se ponen de acuerdo y terminan en pleito.

El hermano menor tiene dos años de edad, se muestra controlador con la madre, es muy berrinchudo y consentido. Cuando Daniel se pelea con él, la madre siempre le da la preferencia a su hijo menor, esto enfurece mucho a

Daniel y termina pegándole a su hermanito. Frente a estos eventos la madre no muestra la capacidad de poner orden con sus hijos, solo suele gritarles.

### **e) Historia personal.**

#### **Desarrollo:**

Dentro de un matrimonio que ya contaba con un niño de nueve años de edad, Daniel fue un bebé planeado. Las fantasías de la madre se centraban en una relación madre e hija. Fue un niño inquieto en el embarazo y el estado emocional de la madre fue inestable, algunos días se sentía deprimida con llanto y otros se mostraba agresiva, presentando pre eclampsia el último mes motivo por el cual se practicó cesárea.

El nacimiento de Daniel se llevó a cabo en un hospital público. El peso y talla al nacer fueron adecuados a pesar de nacer unas semanas antes del término. Debido a la anticipación del nacimiento tuvo que permanecer bajo observación médica durante una semana. Cuando la madre se entera que es un niño y no una niña, sintió rechazo por él y se desilusionó pero después lo aceptó porque de todas maneras lo iba a querer. Cuarenta y ocho horas después del alumbramiento la madre tuvo contacto con su hijo, en ese momento sintió emoción al verlo pero posteriormente cayó en depresión postparto.

Su primer alimento fue la leche materna durante los dos primeros meses de edad, se mostraba tranquilo y dormía mucho. La madre por iniciativa propia decide retirarle la leche de forma brusca diciendo que "no era leche de buena calidad". Posteriormente alimentó al niño con fórmula presentando reflujo a los cuatro meses de edad así como una constante molestia.

A los seis meses de edad la madre acepta que su cuñada (tía de Daniel) se lo llevara todos los días a su casa y devolverlo en la noche, con tal de que el padre del niño (hermano de la tía) no se enojara, la madre aceptó, ya que la cuñada estaba deseosa de tener un hijo varón. Esta dinámica de ir y venir

duró hasta que el niño tuvo año y medio de edad. El comportamiento del niño no fue lo que la tía esperaba, el bebé solía llorar demasiado y la desesperaba, por lo que llegó a maltratarlo físicamente y dejarlo a cargo de sus dos hijas mayores de tan solo doce y quince años de edad. La madre tampoco lograba entender por qué el niño era tan llorón e inquieto, conducta que se comenzó a mostrar desde los primeros meses de edad. En varias ocasiones la tía le dijo a la madre que era muy sobreprotectora y que no era correcto educar al niño así. No hubo presencia de gateo a pesar de que se le estimulaba. Caminó al año de edad necesitando de poca ayuda para lograrlo. Al año y medio de edad el niño corría por todas partes, nadie lo podía controlar, y es por ésta razón que la tía decide ya no cuidarlo y devolverlo con su mamá.

La madre lo acepta y estando en casa el pequeño no consentía que lo tocaran los padres, pero cuando quería abrazar a alguien solía hacerlo, excepto a la madre. No tuvo objeto transicional. Se mostraba huraño con las personas desconocidas y no consentía estar solo. La madre se empieza a percatar de que el niño no le dice "mamá", se encuentra alejado de ella de forma emocional por lo que decide adoptar su papel de madre y le pide a la tía que ya no visite más al niño que ya contaba con dos años de edad.

La madre comienza a sobreproteger al niño y cuando no se le complacen sus demandas el niño se enoja, expresa coraje, llora, patalea, tiene cambios extraños de temperamento, se enoja de la nada, no da razones por las que está molesto. A partir de los tres años el niño constantemente se tropieza con objetos que no alcanza a ver o se pega en los muebles de la casa que no logra esquivar cuando corre.

No presentó problemas de lenguaje, ni de alimentación, su salud en general es buena no se enferma seguido. Frecuentemente se despertaba llorando diciendo que la madre le iba a pegar, o que le dolía la muela. La madre se levantaba para consolarlo pero seguía llorando por largo rato.

El control de esfínteres se presentó a los dos años y medio de edad, se logró por imitación del hermano mayor, la madre no se involucró en el proceso.

Ingresó al preescolar a la edad de cuatro años, mostrándose renuente. Su aprovechamiento fue bueno a pesar de que se distraía mucho y se mostraba inquieto pero las maestras nunca se quejaron de esto. Estando en la primaria sus calificaciones comenzaron a bajar debido a que las actividades de concentración eran mayores a lo que el niño podía lograr, por lo que, no le agradaban. Su exceso de motilidad ocasionó enfrentamientos con sus maestras, las cuales llegaban a los castigos y palabras agresivas para que se controlara, llegaron a rechazarlo y a no tomarlo en cuenta. El paciente comenzó a mostrar falta de interés al aprendizaje, por lo cual la adquisición de la lecto escritura se le dificultó demasiado. La escuela nunca ha sido un lugar agradable, no le gusta asistir, al parecer no le es significativa. Se encontraba solo a la hora del descanso, sus compañeros se burlaban de él porque tenía malas calificaciones, le pegaban y le ponían apodos como "el tonto", "el burro del salón".

Cuando tenía seis años de edad se presentó un periodo de enuresis nocturna que duró aproximadamente ocho meses. A esta misma edad le dijo a su mamá que se iba a suicidar porque iba a tener un hermanito, desde entonces su agresividad se intensificó con ella y también con su perrito que le jala la cola y lo patea. Un día arrojó una piedra a un gato recién nacido, acto que le quitó la vida, su reacción fue de negación.

La madre se hace obedecer utilizando el diálogo, le da las instrucciones y si no hace caso la madre grita, para que el niño la obedezca. El control de la disciplina recae en la mamá debido a que el niño pasa la mayor parte del día con ella. Utiliza los castigos para hacer reaccionar a su hijo, como prohibirle ver televisión, no dándole dinero, o no dejarlo usar la computadora, así como juegos electrónicos. La reacción del paciente ante el castigo es hacer berrinche

o pegarse en la cabeza contra la pared. El padre no se involucra en la disciplina de su hijo, se percibe ausente, dice que "eso es cosa de mujeres".

Se procura tener horarios en casa para todas las actividades, pero por lo general, no se siguen porque el niño tarda mucho tiempo haciendo la tarea, pide constantemente que la madre se siente junto con él para que la realice, ella lo hace, pero se desespera porque no avanzan rápido o desconoce el tema que se va a realizar y terminan peleándose.

Los juguetes que ha tenido son acorde a su edad, pero se enfada fácilmente del juego, quiere siempre ganar, quiere poner sus reglas, el trompo y los carros son sus juguetes preferidos, le agrada jugar con los coches y la tierra, en casa prefiere jugar con los juegos de consola, principalmente juegos de matar gente, policías y atrapar carros.

#### **f) Pautas de ajuste.**

##### **Área familiar.**

Desde que el movimiento y la inatención han controlado la vida del paciente también la familia se muestra controlada por todo lo que le ocurra a Daniel. Los padres se han alejado mucho porque la madre dedica mucho tiempo a las labores y necesidades de su hijo. Los síntomas del paciente hacen que la madre pierda la paciencia y se muestre agresiva con todos en la casa. El padre al no saber qué hacer le deja la responsabilidad a la madre que tiene que repartirse en tres hijos. Los hermanos no comprenden lo que ocurre y prefieren alejarse de Daniel. En ocasiones se orina en la cama, especialmente cuando la mamá lo regaña.

##### **Área escolar:**

Tiene un mes que ha comenzado el ciclo escolar y la maestra de cuarto grado refiere que Daniel, dice que es un niño muy inquieto que no puede controlar, le ha hablado de diferentes maneras para que le haga caso pero no ha



funcionado, no cumple con sus tareas, tiene bajas calificaciones, en ocasiones es mentiroso, hay veces que no contesta los exámenes, pierde las cosas, cree que tiene muchas posibilidades de aprender porque es listo, pero ella nota que en casa no le prestan atención. La madre se ha peleado varias veces con la maestra porque dice que siempre atacan a su hijo. El padre no asiste a las juntas. Dice que "es todo un caso" que ella está dispuesta a ayudarlo siempre y cuando se le de atención psicológica, de lo contrario llegará a ignorarlo.

### **Área social.**

El paciente muestra habilidades para socializar pero sus amistades no son duraderas, por lo regular los amigos terminan alejándose de él, esta situación le hace sentirse muy triste. El trato que muestra para con sus amigos es muy superficial, ya que no muestra sentimientos profundos o interés en conservarlos como que le da igual tener o no amistades. Actualmente convive más con sus compañeros pero sigue sin tener amigos significativos.

## **2.- PROCESO DIAGNÓSTICO.**

El proceso diagnóstico se conformó con siete sesiones de terapia de juego psicoanalítica una por semana, una evaluación profesional para descartar o afirmar la presencia de T.D.A.H., el análisis de las mismas sesiones, así como la contratransferencia que despertó en el momento de las mismas. Finalmente se integra el diagnóstico, pronóstico y tratamiento incluyendo la técnica y líneas de trabajo. Los diálogos en las sesiones están diferenciados por una (P) paciente, y una (T) terapeuta.

**22 Septiembre 2011.**

**1ra sesión diagnóstica.**

**Caso: Daniel**

El paciente llega puntual a la primera sesión en compañía de su mamá y su hermano José de dos años de edad. Trajo una bolsa de coches para jugar con ellos. El hermanito no quería dársela y Daniel se la arrebató bruscamente por lo que el bebé se quedó llorando. La madre le grita "Daniel deja a tu hermano". Daniel voltea a ver a la madre con un gesto de enojo. En cuanto tiene la bolsa de autos se va corriendo al consultorio. Estando dentro se sienta en una silla y se cruza de brazos, permaneció así aproximadamente 20 minutos en silencio. Mientras tanto se le planteó el encuadre pero el niño al parecer no escuchaba, y no miraba a la terapeuta a los ojos.

T: Sé que estás muy enojado y tienes razón en estarlo.

T: pero sabes ¿por qué estás aquí?

P: Sí, porque soy muy latoso.

T: ¿Qué es eso de latoso?

P: Doy mucha lata.

T: Yo no creo eso. ¿Sabes qué se hace en este lugar?

P: Si, hacemos trabajos como en la escuela.

T: No, eso hacías antes con la Psicóloga Educativa. Pero conmigo solo vamos a jugar.

P: Sí.

Hay un gran silencio y observaba lentamente los juguetes y cuando se percató que había coches se animó a jugar.

P: Voy a juntar mis coches con los tuyos.

T: Me parece bien.

Colocó los autos en una línea larga y le pidió a la terapeuta que tomara la mitad de ellos.

P: Ahora tú toma la mitad de los coches y yo me quedo con la otra mitad.

T: ¿A qué vamos a jugar?

P: Vamos a jugar a que yo tiraba tus carros y luego tú me tiras a mí.

T: ¿Cómo si fueran muñecos tirados?

P: Sí, con esta pelota. Tú tienes que colocar tus coches enfrente de mí y tratar de derribarlos y luego yo hago lo mismo.

T: Bien.

El chico distribuyo sus autos en el suelo pero dos de ellos los escondió detrás de las patas de la mesa.

T: No todos tus carros están a la vista.

P: Escondí estos coches porque de esta manera no podrán ser descubiertos.

T: ¿Así va el juego?

P: Si, es que no quiero que los derribes.

T: Así va hacer difícil.

Comienza el juego mostrando frustración cada vez que perdía, a lo cual cambiaba las reglas a su favor para no quedarse sin autos. Su juego se nota agresivo, avienta la pelota cada vez más fuerte y en varias ocasiones apuntaba a la terapeuta lanzando la pelota con fuerza. Cuando ganaba se llenaba de satisfacción.

P: El que tira un auto tiene la oportunidad de tirar nuevamente.

T: ¿Es como una oportunidad más?

P: Sí.

T: Ya te tiré un auto, ahora me toca tirar otra vez.

P: No, eso solo sucede cuando yo te tiro a ti.

T: Eso que haces es trampa.

P: No, no es.

P: Ya no quiero jugar esto. Mejor voy a dibujar.

Comienza a dibujar una persona, la termina en diez segundos de forma impulsiva.

P: ¡Ya está lista!

T: ¿Qué fue lo que dibujaste?

P: Este soy yo.

T: y ¿qué está haciendo ese niño?

P: Está jugando.

T: ¿con quién?

P: Solo, nadie juega con él, porque no tiene amigos.

T: Estoy segura que le gustaría tener amigos.

P: Sí.

T: ¿qué más puedes decirme de ese niño?

P: Nada.

Termina la sesión, olvida sus coches en el consultorio y se va corriendo a la sala de espera.

**Análisis:** Daniel es un niño que no tolera que su hermano demande más la atención de su mamá, muestra celos y poca tolerancia, no comparte sus cosas con él, sin importarle el sentimiento que ocasiona. Su enojo lo originó la preferencia de la madre que tiene hacia el hermano. Sale corriendo de una situación donde no es tomado en cuenta. Su postura de cruzar los brazos se entiende como una barrera que protege su persona y poca accesibilidad. El silencio es un síntoma de resistencia a algún material inconsciente derivado del pasado del paciente o de la situación de transferencia de ese primer encuentro con la terapeuta. Pareciera que el paciente está huyendo de algo, de un conflicto, pero también es cierto que el paciente se encamina hacia algo, es decir, hacia un estado en el que se siente relativamente a salvo y en el que puede hacer algo con el problema que lo fastidia o lo atormenta. Se muestra cauteloso de la situación. En el juego se puede apreciar que no respeta las reglas establecidas debido a que se le hace muy fácil cambiarlas a su favor. No muestra tolerancia a la frustración, busca hacerse notar debido a que se encuentra en un narcisismo primario, es un chico calculador del entorno, controlador, el impulso agresivo es el que dirige la mayor parte de su conducta, debido a la mayor parte de relación agresiva con la madre. No sostiene la mirada tratando de ignorar a las personas.

El dibujo de la figura humana (ver anexos), muestra bajo los lineamientos de Elizabeth Koopitz, inseguridad, retraimiento y depresión, así como impulsividad, tendencia al acting out, conducta agresiva, falta de interés social y a la timidez, así como inmadurez y control interno pobre, características que se apegan mucho a la conducta que mostró en esta primera sesión diagnóstica.

**Contratransferencia:**

Al principio de la sesión me sentí ignorada, el paciente no hacía contacto conmigo, no ponía atención a mis indicaciones. Posteriormente me sentí tomada en cuenta al introducirme en el juego. Pero cuando éste se tornó agresivo, me sentí atacada por él. En momentos me sentí burlada porque él creía que no me daba cuenta de sus trampas. Su carente y defectuosa relación con sus compañeros me hicieron sentir tristeza.

**29 Septiembre 2011.**

**2da. sesión diagnóstica.**

**Caso: Daniel.**

El paciente llega puntual en compañía de su mamá y su hermano. En esta ocasión no llegan peleando.

T: ¿Cómo te encuentras hoy?

P: Bien.

Toma un auto y cuatro soldados. Se dirige a la caja de arena y juega toda la sesión en ella.

P: Cuando estoy en mi casa juego en la arena.

T: Ya veo que te gusta jugar con ella.

P: Me gusta enterrar los autos y después encontrarlos. Pero tengo un auto perdido que no he encontrado y espero algún día rescatarlo.

T: Cuando lo encuentres ¿qué vas hacer?

P: Juntarlo con los demás.

Colocó los soldados en fila frente al auto enterrado y comenzó a lanzarles canicas, él decía que eran bombas.

P: Estos soldados son malos los voy a matar.

T: ¿Qué hicieron?

P: Siempre me dan órdenes.

T: Me parece que te quieres deshacer de ellos.

P: Sí, les voy a aventar bombas para que se mueran y enterrarlos también.

T: ¿Como el auto perdido?

P: Sí, pero no junto a él.

T: Separados.

P: Claro.

El paciente dedicó el resto de la sesión a lanzar bombas hasta que se deshizo de los cuatro soldados. Posteriormente los enterró como dijo en un lugar separado. Mostrándose tranquilo.

P: Ya terminé.

P: ¿Hoy no vamos a dibujar?

T: Dibuja lo que quieras.

P: Sí.

Se dedicó a copiar figuras geométricas, tirando las tarjetas de la mesa constantemente, no dejó de mover los pies, en poco tiempo terminó y salió corriendo del consultorio para reunirse con su mamá.

**Análisis:** Al parecer el auto representa su persona, los cuatro soldados a sus padres y hermanos, el conflicto se puede ver en la relación frustrante que lleva con ellos. El chico desea eliminarlos antes de ser eliminado. Se identifica con personajes agresivos, trata de mantenerlos lejos. Sigue conduciéndose con el impulso agresivo. Anda en la

búsqueda de objetos perdidos, para juntarlos con lo que ha posee. Esta situación se puede referir a la falta de representaciones amorosas de la madre que no se han mostrado, por lo cual anda en busca de ellas, que las necesita para integrarlas con las representaciones agresivas, para poder verla de una forma unificada. Los padres son percibidos totalmente malos, como un superyó punitivo haciendo uso de la escisión. Se ubica en un juego dentro de la etapa anal al jugar con arena.

### **Contratransferencia.**

De manera contratransferencial frente al deseo inconsciente de Daniel de eliminar a los padres, pude sentir el deseo de venganza que el paciente muestra. Frente a los momentos de agresión surge en mi persona una gran necesidad de conservarme en un lugar aparte donde me sienta a salvo. No poder encontrar lo perdido me llevó a sentir tristeza. Al final me sentí más tranquila porque la agresión se quedó enterrada bajo la arena. Su desorganización y falta de control en su juego desató ansiedad en mi persona.

**06 Octubre 2011.**

**3ra sesión diagnóstica.**

**Caso: Daniel.**

El paciente se presenta con su mamá y antes de dirigirse al consultorio pregunta si su mamá lo va a esperar, no quiere que se vaya desea que esté cerca de él.

T: ¿Qué hiciste en la semana?

P: Fui a la escuela.

T: ¿Cómo te va con tu maestra?

P: Me regañó por que perdí la guía.

T: ¿dónde la dejaste?

P: No me acuerdo.

T: Constantemente pierdes tus cosas, así pasó con la lapicera.

El paciente reflexiona dos segundos la situación pero no le pone mucha importancia y cambia de tema.

P: ¿Qué es esto?

T: Un juego de piezas para armar barcos.

P: ¿Puedo jugar con él?

T: Con lo que tú quieras puedes jugar.

Tomó la caja y como no la podía abrir, la rompió; de un solo golpe vació las piezas en la mesa, con sus manos revolvió todo hasta que encontró la pieza más grande, trató de armar el barco que estaba en la portada de la caja a partir de ésta pieza.

P: ¿Tengo que leer las instrucciones para ver cómo se arma?

T: Sí, tienes que poner mucha atención en las instrucciones.

P: No les entiendo mucho, me da mucha flojera.

T: Si prefieres, puedes seguir los dibujos.

P: Sí, es más fácil.

Fue colocando las piezas de forma acelerada sin fijarse en los detalles, varias de ellas las colocó en desorden. Pasaron tres minutos y dijo...

P: No puedo terminar porque le falta una pieza.

T: Me parece que sí.

P: Si falta una pieza ya no se puede jugar.

T: Exactamente, ya no se puede continuar. Todo se detiene.

P: Este barco así se ve muy feo.

T: A mí me parece que no está tan feo.

P: Sí, es muy feo porque no tiene timón.

T: El timón sirve para conducirlo.

P: Claro, entonces no podrá navegar.

T: Yo creo que si lo encuentras ya podrá ir a donde él quiera.

P: ¿Lo buscamos?



T: ¿quieres que te ayude?

P: Sí.

Nos dedicamos a buscar la pieza perdida pero no la encontramos. El paciente se fue triste y preguntando si su mamá estaba arriba esperándolo.

**Análisis:** El paciente a pesar de saber que la mamá permanece en la sala de espera, él necesita confirmar el hecho. Esto indica que Daniel percibe ambivalencia por parte de la madre en su conducta con el paciente, no tiene la seguridad de que la madre lo va a esperar. No hay permanencia del objeto por lo que necesita ver a la madre de forma real para sentirse tranquilo. Enfrentarse a las fallas de su persona lo desestabiliza, lo pone en evidencia y no lo tolera, por lo cual evade el tema dirigiéndose a otro. Se revela que el niño aún necesita de ejemplos concretos para realizar una actividad, las instrucciones a base de dibujos son necesarias para la comprensión de la tarea, las instrucciones escritas lo someten a un reto insuperable, donde las funciones autónomas primarias son expuestas y su capacidad de ejercerlas es baja. Se maneja de forma impulsiva sin introducir el pensamiento en la acción, por lo cual se pierde de detalles que lo llevarían a realizar con mejor desempeño una actividad. Permanece en la zona de confort, no se esfuerza por hacer las cosas lo mejor posible. Se da por vencido fácilmente. El barco representa su propia persona, faltante de una pieza esencial que es la madre que conduce la vida del niño. Al no existir desempeñando el papel materno, no tiene rumbo, anda perdido y en busca de la pieza faltante, fallando más por lo que busca que por lo que no encuentra. El juego cuando se torna complicado o demanda atención, se le hace aburrido mostrando dificultad para simbolizar, por lo que su juego es repetitivo no se interesa en algo diferente.

**Contratransferencia:**

El miedo al abandono se puede sentir cuando pregunta por su madre que genera una gran necesidad de verla y no imaginarla. Sentimiento de soledad se puede sentir en el momento de necesitar la pieza básica de la vida. La capacidad de introducir al otro en el juego y permitir que se le ayude sin que éste sea utilizado para otra cosa más que

para una actividad muy primaria me generó ternura. De forma contratransferencial se resalta en esta sesión una carencia y necesidad materna.

**13 Octubre 2011.**

**4ta. sesión diagnóstica.**

**Caso: Daniel.**

El paciente se presenta con gusto a la terapia. Decide continuar jugando con los barcos armables.

P: Voy a jugar con el barco de las piezas que se arman.

T: Me parece que sigues buscando la pieza faltante.

P: Aunque no la encuentre podemos jugar.

T: Cuando hace falta una pieza el juego está incompleto.

P: Podemos ponerle otra pieza en lugar del timón.

T: Lo que tú quieres es sustituir la pieza.

P: Mientras que la encontramos, sí.

T: Me parece bien que puedas reemplazarla por un momento. Esto te va a ayudar a salir del problema.

P: Sí.

Armó el barco y con las piezas restantes pudo armar un barco más pequeño.

P: Yo voy a jugar con el barco más grande, porque yo soy el más poderoso.

T: ¿Y tú papá no lo es?

P: Sí, pero él nunca está.

T: Así como nunca está tú mamá.

P: Mmmm.

P: Tú, vas a jugar con el barco pequeño.

T: Ya veo que no te gusta ser el pequeño.

P: No lo seré, porque yo soy el jefe.

T: Lo que deseas es ocupar el lugar de tú papá para no sentirte amenazado.

P: Sólo van a jugar dos barcos.

T: y ¿quiénes son ellos?

P: Tú y yo.

Desentendido de la situación comenzó a formar una torre con las piezas a la mitad del barco, parecía una chimenea, le añadió piezas hasta que se derrumbaran y cada vez que colocaba una le causaba mucho placer. El juego se tornó repetitivo hasta el final de la sesión armando y derribando la torre.

P: Mira mi barco tiene la torre más larga que la tuya.

T: Eso te da más poder.

P: Ya te dije que yo soy el poderoso.

T: Los hijos no tienen el poder.

P: Este barco sí, porque el tuyo es más pequeño.

T: Este barco pequeño es el bebé de la familia.

P: No, él no va a jugar.

T: Lo rechazas.

P: Él es el que pelea conmigo.

T: Ah, tú no haces nada, el otro es el que hace todo.

P: A veces le pego y lo hago llorar.

T: De la misma forma como lo hacen contigo.

P: Claro.

Cambia de juego y saca la caja de arena, mete sus manos y aprieta la arena con todas sus fuerzas. Permanece haciendo este movimiento repetitivo durante diez segundos, posteriormente tira la arena al piso puño por puño. Cambia de juego y decide jugar al memorama. Coloca las tarjetas boca abajo de forma desordenada y rápida.

P: Yo saco primero, y tú después de mí.

T: Ya veo que te gusta ser el primero.

P: Sí.

T: Lugar que no te han dado ni en tu casa ni en la escuela.

P: No. Siempre soy el último.

T: Tal parece que no te miran, que no te ponen atención.

P: Mi maestra no lo hace.

T: Por eso tratas de llamar la atención con tus constantes movimientos.

P: No lo sé.

Comienza a jugar sacando cinco veces consecutivas la misma tarjeta, que se encuentra cerca de él.

T: Esa tarjeta ya la sacaste varias veces.

P: No me di cuenta.

T: Puedes sacar otras tarjetas y conocer formas diferentes.

P: Es lo mismo.

T: No es lo mismo "adentro que afuera".

Después de esta aclaración, decide ir más allá de lo que se encuentra cerca de él, y comienza a elegir diferentes tarjetas que se encuentran al otro extremo de la mesa. Le cuesta trabajo hacer pares, debido a que no recuerda el lugar donde se encuentran las figuras. Termina el juego logrando encontrar dos pares sintiéndose orgulloso.

**Análisis:** Daniel muestra la capacidad de continuar el juego de la sesión anterior, dándole continuidad a su conflicto. La madre tiene el control del niño, está dentro de él, lo controla, no permitiendo el proceso de diferenciación yo – no yo. Frente a una madre faltante, tiene la capacidad de introducir otra persona que cumpla con la función materna, esto es bueno para la terapia. El paciente no puede aceptar una tercera persona en la relación diádica, mostrando celos. Ocupar el lugar del padre refleja el deseo incestuoso hacia la madre, así como eliminar a una tercera persona. Hay una notable unión con la madre donde no existe aún la individuación. Se denotan comparaciones entre él y el otro centradas en una omnipotencia y devaluación. Anda en búsqueda de poder debido a una inferioridad oculta. Representa un juego fálico de rivalidad edípica donde la castración no se ha llevado a cabo. La percepción está

dirigida solo a uno mismo, no se da cuenta que puede colocar su atención más allá de él, debido a que no le han enseñado el mundo. Utiliza la agresión y la proyecta en el hermano menor, poniéndose en el papel de víctima.

### **Contratransferencia.**

Me surgió la necesidad imperiosa de encontrar una pieza de goce que me permita interactuar con ella. La capacidad de sustituir lo faltante me generó tranquilidad, parece que esta disponibilidad es un punto positivo a favor de la cura. Al no ser reconocido como algo en la familia, no digamos persona aún, el sentimiento recayó en la necesidad de reconocimiento en un lugar importante en la familia. Al no ser aceptado por su mamá, me genera coraje. Su mundo es limitado por lo que me hace sentir tristeza.

### **20 Octubre 2011.**

#### **5ta. sesión diagnóstica.**

#### **Caso: Daniel.**

El paciente llega diez minutos tarde a su sesión y cuando ve a la terapeuta se sonríe y suspira mostrándose tranquilo. Sube y baja las escaleras varias veces, da vueltas en el piso, su mamá le dice que se esté quieto pero no le hace caso. Se dirige al consultorio corriendo y aventando la puerta. Inmediatamente tomó el memorama, coloca las tarjetas en la mesa, pero no juega con él, se dirige a sacar el juego de la Oca.

T: Colocaste el memorama y no jugaste con él.

P: Voy a jugar al rato. Ahora quiero el juego de la Oca.

P: ¿Tú sabes jugar a la Oca?

T: Sí.

P: Vamos a jugar. El que saque mayor puntuación en el dado comienza el juego.

El paciente mostró inconformidad por el segundo lugar.

P: No es justo, yo debo ser primero.

T: Tú pusiste la regla.

P: Sí, pero yo debo comenzar el juego.

T: Parece que no te agrada estar en segundo término.

P: No.

T: Ese lugar siempre lo has ocupado tú.

P: Sí, pero aquí yo voy hacer primero.

T: Aquí siempre has sido el primero.

El juego comenzó mostrando frustración cuando se quedaba unas casillas atrás del contrincante.

P: No quiero quedarme atrás.

T: No puedes avanzar conmigo, cada uno avanza en su turno.

P: Es que tú te vas a ir lejos.

T: Ten la seguridad que no te voy a abandonar.

T: Tú debes jugar tu juego solo. Así como lo hice yo, ahora te toca a ti.

P: Espero que caigas en la cárcel para que te quedes dos turnos ahí, y rebasarte.

T: ¡Exactamente! eso es lo que debes hacer. Tú debes alcanzarme y después rebasarme.

P: Si, lo hare.

El juego aún no termina cuando su atención la dirige a otro lugar, percatándose que hay lápices nuevos.

P: ¿Estos lápices son nuevos?

T: Me parece que sí.

P: Voy a dibujar con ellos.

T: Me parece bien.

Comienza a realizar el dibujo lo termina en poco tiempo, recoge los juegos de forma rápida y desordenada. Sale corriendo del consultorio.

**Análisis:** La posibilidad del acto repetitivo al abandono está siempre presente en sus fantasías. El exceso de motilidad muestra ser un déficit de atención por parte de la madre hacia él. La autoridad de la madre en ausencia del padre no es percibida. Su atención está repartida en todo lo que lo rodea y no en un punto en específico, por ello el cambio constante de juego se deja ver. Al parecer no hay un goce en el juego, son movimientos sin objetivos que representan una problemática interna. No hay tolerancia a la frustración, la familia le ha dado el segundo término, no es tomado en cuenta. Se aprecia dependencia a la madre, miedo a caminar solo, no hay individuación. Su dibujo denota presencia del padre y ausencia de la madre a falta de la constancia objetal.

### **Contratransferencia.**

En este encuentro me surgió una gran necesidad de ser visto por el otro, que se presenta durante toda la sesión. La inconformidad por ocupar el segundo lugar me generó la sensación de estar desplazada. Cuando el niño busca la compañía de un adulto, el miedo a la soledad se hace presente.

**27 Octubre 2011.**

**6ta. sesión diagnóstica.**

**Caso: Daniel.**

El niño entra corriendo al consultorio, baja las escaleras corriendo brincando los escalones de dos en dos, al final se tira al piso y da dos vueltas. Se levanta y entra corriendo. Cierra la puerta rápidamente, se dirige a los juguetes tropezándose con una silla.

T: Cuidado te puedes caer.

P: No vi la silla.

T: La silla está enfrente de ti.

P: Si, pero no la vi.

T: Me parece que tienes mucha prisa de sacar los juguetes, y no pones atención a lo que está a tu alrededor.

P: Lo que quiero es jugar con el rompecabezas.

T: Me parece bien.

Saca el rompecabezas de piezas grandes y lo comienza a armar en el suelo, después de tres minutos que no puede encontrar la forma de unir las piezas, cambia de juego.

P: No puedo encontrar donde va esta pieza.

T: Pon atención y encontraras su lugar.

No le agrada el comentario y desiste del juego. Deja las piezas en el suelo y saca el juego de la memoria, revuelve las tarjetas haciendo mucho ruido y las coloca en la mesa sin ningún orden.

P: Mejor voy a jugar memoria. Tú vas a jugar conmigo.

T: Siempre he jugado contigo.

P: En éste juego se necesitan dos personas.

T: Así es, uno que enseña y el otro percibe las cosas.

P: Esta vez voy a sacar más pares.

T: Para ello tienes que poner mucha atención en el juego y no distraerte.

El juego comienza, dificultándosele encontrar pares. Constantemente levanta la misma tarjeta, pareciera que no se acuerda de la figura que anteriormente ya había visto. Confunde la tarjeta de la enfermera con la tarjeta de la dentista. Él creó que son iguales sólo por que usan bata blanca, no se fija en los detalles.

P: Voy a comenzar yo. El que saque más pares, es la persona que gana.

T: Bueno.

P: Esta tarjeta es la misma que esta.

T: No, lo son.



P: Si, porque tienen la misma ropa.

T: Aparentemente sí, tienen la misma ropa, pero si te fijas en los detalles, no se dedican a lo mismo.

P: Tienes razón.

T: Por esos detalles no has podido encontrar pares.

P: Es que yo quiero hacerlo rápido y tener muchos pares.

T: Precisamente porque lo haces rápido, no lo haces bien.

Se escucha un ruido fuera del consultorio, él se detiene y se dirige a la puerta para abrir y averiguar quién está haciendo dicho ruido.

P: Hay ruidos afuera. Voy a ver quién es.

T: No necesitas saber quién es, tú estás jugando conmigo.

P: Voy rápido y sigo jugando.

P: En este juego no encuentro los pares.

T: No los encuentras por que no te concentras en él, te distraes con todo lo que pasa.

El paciente comienza a moverse en la silla, mueve las piernas de un lado para el otro. Sujeta sus manos y comienza a mover los dedos. Se le caen las tarjetas constantemente.

P: Mejor vamos a jugar otra cosa.

T: ¿Cómo qué te gustaría?

P: Quiero jugar lotería.

T: Pero dónde vamos a jugar, tienes ocupado el suelo y la mesa, ya no hay espacio para otro juego.

P: Si, si, si, podemos quitar las tarjetas de la mesa.

Quita rápidamente las tarjetas de la mesa tirándolas al piso.

T: No hay prisa.

P: Sí, porque ya se va a terminar la hora.

T: Así no se puede disfrutar del juego.

P: No importa.

Después de dos minutos termina la sesión, el paciente no se quiere ir, quiere seguir sacando juguetes, se le recuerdan las reglas y termina por recogerlos juguetes de forma acelerada.

**Análisis:** Muestra mucha actividad motora pero también psíquica, no logra poner atención en un punto de terminado y fijarse en los detalles de los objetos. La atención la tiene dispersa, fácilmente se distrae con otros estímulos que se presentan, difícilmente inhibe la pulsión, característica de un yo debilitado, que lo lleva a mostrar impulsividad. La atención se encuentra dispersa y pasa de un objetivo a otro en corto tiempo sin continuidad, muestra un exceso de movimiento. Se aprecia que no disfruta el juego, se aprecia que lo hace de forma mecanizada invadido con la pulsión de muerte. Ésta desatención que muestra lo lleva a sufrir en diferentes momentos tanto en casa como en la escuela. Las señalizaciones lo llevan a sentir ansiedad por lo que trata de dirigirse a otro tema, negando la situación.

### **Contratransferencia.**

Su desorden en los juegos me hicieron sentir desorganizada sintiendo que ninguno de los juegos satisface lo deseado ya que la relación con ellos se muestra a medias. Su forma de llamar la atención con sus ruidos exagerados hicieron que mi atención se dirigiera a él, como si hubiera una gran necesidad de figurar ante los demás. Al término de la sesión no puede evitar sentir cansancio y ansiedad por la desorganización que se mostró.

Nota: Se envía al paciente al Testing Center México, para realizar la prueba T.O.V.A. para diagnosticar o descartar la presencia de T.D.A.H.

**02 Noviembre 2011.**

**7ma. sesión diagnóstica.**

**Caso: Daniel.**

La prueba T.O.V.A. señaló que los resultados no se encuentran dentro de los parámetros esperados a su edad, por lo tanto, todos los indicadores se centran en un problema severo de atención de subtipo combinado (hiperactividad e impulsividad), corroborado con las respuestas de la escala de evaluación inicial NICHQ Vanderbilt, aplicado a la madre. Esto nos indica que la problemática del paciente al ser evaluada por el área médica, cumple con los criterios de evaluación para diagnosticar T.D.A.H. basado únicamente en las conductas visibles. Esta evaluación sirvió para que el paciente fuera candidato a la investigación debido a que es un sujeto ya diagnosticado con T.D.A.H. pero no estudiado a profundidad donde su historia de vida tiene muchos elementos para generar los síntomas característicos del T.D.A.H. Los criterios de la prueba T.O.V.A. se encuentran en el capítulo IV de método de investigación.

## EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES YOICAS.

Basados en el manual para la evaluación de las funciones del yo de Bellak, L y Goldsmith, L. (1994), la información adquirida en la entrevista con la madre y las primeras sesiones diagnósticas, se pudo obtener un amplio perfil de personalidad con información específica sobre la naturaleza y el grado de las disfunciones del Yo, y cómo pueden éstas afectar otras áreas del funcionamiento del paciente, escolar, familiar y social. Considerando que se trata de un niño sólo se presumen rasgos diagnósticos.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
<b>F U N C I O N E S  D E L  E G O</b>														<b>Prueba de realidad</b>	
														<b>Juicio</b>	
														<b>Sentido de realidad (sentido del self)</b>	
														<b>Regulación y control de impulso y afecto</b>	
														<b>Relaciones de objeto</b>	
														<b>Procesos del pensamiento</b>	
														<b>Regresión adaptativa al servicio del yo</b>	
														<b>Funcionamiento defensivo</b>	
														<b>Barrera de estímulos</b>	
														<b>Funcionamiento autónomo</b>	
														<b>Funcionamiento sintético integrador</b>	
														<b>Dominio – Competencia.</b>	
		Disturbio Extremo		Disturbio severo		Mayor disturbio		Disturbio medio		Disturbio mínimo		Normal o promedio		Extraordinari	
	<b>R. Psicótico 1-6</b>						<b>R. Límitrofe 4-8</b>		<b>R. Neurótico 6-10</b>			<b>R. Normal 8-13</b>			

- **Prueba de realidad:** Se mantiene estable, con disturbio medio en situaciones estresantes utilizando la proyección mostrando una recuperación rápida.
- **Juicio:** Se presenta en un grado de mayor disturbio debido a que la anticipación de las consecuencias es defectuosa, implica problemas en las relaciones con los iguales y en la conducta. Presenta respuestas inapropiadas al anticiparse a la respuesta de una situación por lo que tiende a hacer impulsivo bajo juicio social.
- **Sentido de realidad y del self:** Presenta muy baja autoestima, requiriendo de retroalimentaciones constantes, sino puede alterarse. En ocasiones se siente que no le importa a las personas. Esta baja autoestima proviene del trato caótico que presenta con los padres y maestras, mostrando actitudes compensatorias.
- **Regulación y control de impulsos y efectos:** Se encuentran con mayor disturbio que se manifiestan por lo regular con estallidos frecuentes de malhumor, agresión y baja tolerancia a la frustración. Tiende a caer en el acting-out tomando como salida la agresión y la proyección. Sus afectos son volubles.
- **Relaciones de objeto:** La relación que tiene con los demás se muestra caótica y de rechazo generando distanciamiento, cayendo en una conducta narcisista para lograr dirigir la atención hacia su persona. Muestra una relación fría con la madre, se siente fácilmente rechazado y las representaciones de las personas significativas no están bien internalizadas.
- **Procesos del pensamiento:** Se presenta en un grado de mayor disturbio debido a la interferencia de pensamientos intrusivos sobre todo en temas estresantes y demandantes de atención. Su memoria, concentración, atención, inteligencia, se ubican en un proceso primario mostrando dificultad para conceptualizar sin caer en el rango psicótico. Muestra cierto bloqueo en los exámenes escolares. Hay dificultad para conservar la dirección del pensamiento, incapacidad para ver más de una posibilidad.

- **Regresión adaptativa al servicio del yo (R.A.A.S.Y.):** Se ubica en un grado de disturbio medio, se aprecia el contenido del proceso primario, no hay producción creativa, necesita de la iniciativa de los otros, la regresión es egodistónica utilizando la proyección.
- **Funcionamiento defensivo:** Se encuentra en mayor disturbio debido a que presenta una inadecuación de los mecanismos de defensa, utilizando defensas primitivas como la escisión, proyección, regresión, seguidas de la formación reactiva, identificación con el agresor, la negación y desplazamiento, sin tener éxito en el uso de la represión. Se presenta ansiedad libremente flotante representada en su conducta.
- **Barrera de Estímulos:** Se presenta con mayor disturbio debido a que el paciente muestran una ineficacia en el manejo de la estimulación excesiva. Se requiere de un esfuerzo grande para mantener la atención en un punto determinado. La ansiedad está presente en un grado moderado, hay algo de tolerancia hacia ella, de modo que, algunas veces interfiere con el funcionamiento defensivo. Puede sentirse temporalmente derrumbado pero muestra algo de resistencia adaptativa en la recuperación. Muestra hipersensibilidad a estímulos externos e internos.
- **Funcionamiento autónomo:** Se presenta con mayor disturbio debido a que muestra dificultades frecuentes con la concentración, memoria, percepción, atención, etc. cuando está ansioso o estresado, o requiere gran esfuerzo para ponerse en acción, o para llevar a cabo actividades de rutina, en las que a menudo se siente muy presionado. Le gustaría hacer más pero a menudo pierde el interés y la motivación. Prácticamente no hay área libre de conflicto.
- **Funcionamiento sintético integrador:** Se ubica en un mayor disturbio debido a que muestra una tendencia de ver a los demás como los malos y colocarse en el lugar de los buenos. El concepto de la madre se centra en la mala y agresiva, no ha podido integrar las valencias contradictorias del objeto materno y las del sí mismo.

- **Dominio y competencia:** Se encuentra con mayor disturbio debido a que no se desempeña adecuadamente en la realidad por su marcada tendencia de afectar el entorno activamente. Su esfuerzo es mínimo en tareas de laboriosidad dejando la tarea inconclusa, solo resuelve los problemas cuando está presionado por circunstancias externas pero sin goce o sentimiento de logro. Se da por vencido fácilmente. Su nivel de rendimiento está afectado por su pensamiento motor, lo que lo coloca por debajo de la laboriosidad que presentan los niños de su edad.

### **PRINCIPALES FIJACIONES.**

En términos de desarrollo libidinal, la mayor parte de la libido se encuentra fijada al final de la etapa oral, debido a una constante agresión materna. La libido que siguió avanzando a las etapas posteriores, es muy débil para concretar el desarrollo saludable del paciente.

### **PRINCIPALES DEFENSAS Y RESISTENCIAS.**

- Al principio de la terapia **se resiste** al juego, encontrándolo aburrido sin disfrute, posteriormente el despliegue motor se deja ver en una constante actividad sin objetivo.
- La operación defensiva de la **escisión** se refleja en varias ocasiones, manteniendo los objetos buenos apartados de los malos. Así mismo interactúa con la terapeuta sintiéndose escendida, en ocasiones aceptada y en otras ignorada.
- Tiende a utilizar la **idealización primitiva y devaluación** donde cataloga a su madre como la mala y por lo tanto tiene que estar encerrada. Y a la terapeuta como la persona buena que no puede juntarse con su madre ni siquiera en el juego.

- En ocasiones ve en sus compañeros de clase cualidades que le pertenecen, como el ver que no lo quieren y a su vez él no hace amistades significativas, haciendo uso de la **identificación proyectiva**.
- El paciente se ha **identificado con la parte agresiva** de la madre para conducirse de igual forma porque no ha conocido otra forma de ser.

La mayoría de los mecanismos de defensa son primitivos de tal modo que nos llevan a pensar que hay una fijación al final de la etapa oral por el uso de la escisión.

### **CONTINUIDAD YOICA.**

Debido a las fallas en el desarrollo, el Yo del paciente se encuentra mayormente detenido al final de la etapa oral, por lo que cuenta con un Yo primitivo que funciona en términos generales con el proceso de pensamiento primario, manifestando rasgos narcisistas generado por una madre que tuvo inclinación a la frustración, lo que generó angustia de persecución. Uso del mecanismo de defensa de la escisión primaria que ha sido utilizada para preservar el amor del odio predominante en su persona, generada por la existencia de una agresión grave a temprana edad, impidiendo que se logre la integración de las imágenes buenas y malas de los objetos y del sí mismo, deteniendo el proceso de internalización de las relaciones objetales, reflejándose en una conducta hiperactiva. Con un yo poco evolucionado no hay líbido suficiente para que los signos de realidad se registren en la conciencia y poder dirigir la atención en ellos, por lo que el Yo presenta un déficit de atención, así como un bajo control de impulsos que llegan a dominar al yo.

### **CONTINUIDAD SUPERYOICA.**

Funciona de manera precaria a partir del primer precursor del superyó de origen sádico, donde es necesario que otra persona emita la palabra "NO" frente al



poco control de límites del paciente. El superyó del paciente no está consolidado debido al uso de la escisión, por lo que la norma y quien la enuncia no pueden ser diferenciados, por ello hay una pelea constante con el superyó aún personificado, ya que las exigencias las siente en contra de él y no para él. Muestra una dificultad para integrar los precursores superyoicos preedipicos, que le han llevado a la falta de internalización de las imágenes parentales edípicas más realistas, conservando un superyó no integrado de características sádicas y primitivas, dificultando la integración y desarrollo de los sistemas de valores internalizados. La desvalorización que utiliza el niño ante su objeto materno también dificultó la integración del superyó y la internalización de demandas reales proveniente de la figura parental, hay una escisión del superyó por lo que todo objeto que represente al superyó, está escendido.

La ley del padre no fue implantada debido a que el mismo se encuentra en una pasividad frente a su hijo. No muestra interés en el padecimiento del menor ni tampoco en su persona, muy pocas veces se involucró con él presentándose como figura de autoridad. Se ha mostrado como un padre ausente.

El engolfamiento de la madre también dificultó la integración del superyó, el engolfamiento también se muestra como agresión materna, por lo que el niño estuvo en contacto constante con sentimientos agresivos provenientes del exterior. El superyó desde su primer precursor no fue lo suficientemente fuerte para introyectarse, hay una carencia del él.

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

El diagnóstico clínico basado en el DSM - IV nos indica que el paciente cuenta con los criterios de desatención e hiperactividad-impulsividad que se han presentado desde la primera infancia. Por lo que se diagnostica "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo combinado". Estos resultados fueron corroborados con la aplicación de la prueba de las variables de atención (T.O.V.A.). Para el psicoanálisis el diagnóstico clínico no lo es todo, solo engloba una serie de síntomas que hay que analizar a profundidad en relación a los objetos primarios. Por ello el diagnóstico

estructural sería una alternativa para indagar las causas en relación con el otro que podrían estar fomentando los síntomas en el paciente.

## **DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL.**

Basados en la teoría de Otto Kernberg el paciente cuenta con elementos de diagnóstico descriptivo y estructural de una incapacidad de síntesis del objeto y del sí mismo, que lo conducen a una organización limítrofe de la personalidad enfocada al nivel inferior de las patologías caracterológicas, con una fijación al final de la etapa oral y rasgos narcisistas. Debido a la corta edad del paciente los elementos se toman sólo como rasgos diagnósticos presuntivos de una organización limítrofe de la personalidad y se reserva dicho diagnóstico.

De acuerdo con la teoría de Margaret Mahler el paciente presenta una falla en proceso de separación individuación ubicada mayormente en la subfase de Acercamiento presentando una fijación en la incapacidad de síntesis del objeto materno y del sí mismo con tendencia a huir del objeto agresivo con rasgos narcisistas que no le permiten alcanzar la constancia objetal.

## **PRONÓSTICO.**

En caso de ser atendido de forma interdisciplinaria, el paciente tiene las posibilidades de disminuir los síntomas más relevantes del T.D.A.H., (inatención, hiperactividad e impulsividad), así como reparar las fallas del desarrollo que presenta su propia historia de vida con la atención terapéutica, e incrementar el nivel de aprendizaje con la terapia psicopedagógica.

En caso de no ser atendido, los síntomas permanecerán presentes, dificultándosele la interacción con sus iguales, y familiares, teniendo problemas del aprendizaje y conducta en los lugares que así se le demanden. Con el funcionamiento de un yo débil y un superyó precario, hay muchas posibilidades de que el paciente sea

propenso a caer en condiciones de riesgo como conductas delictivas, debido a que en ese lugar encontrará la aceptación del otro que ha estado buscando. Con el paso del tiempo hay posibilidades de que deserte de la escuela para dirigirse a realizar alguna actividad que no le demande esfuerzo cognitivo, ya que esta situación lo enfrenta a su déficit el cual seguirá siendo egodistónico, conduciéndose con el proceso de pensamiento primario y rasgos narcisistas sin olvidar la tendencia a la agresión.

## **TRATAMIENTO.**

### **TÉCNICA DE TRABAJO:**

Tomando en cuenta la patología de las relaciones objetales internalizadas basadas en una incapacidad de síntesis de los objetos y del sí mismo, su debilidad yoica, la falta de integración del superyó, la relación patológica con otras personas y su edad cronológica, demuestran que es un caso para la terapia de juego psicoanalítica que estudiará el reforzamiento de los síntomas y las configuraciones conflictivas. A base de interpretaciones, confrontaciones y señalamientos se irán revelando contenidos inconscientes para hacerlos conscientes y de esta forma comprender mejor el entorno y su propia existencia de una manera profunda.

### **LINEAS DE TRABAJO:**

De forma general se busca:

- Disminuir la sintomatología.
- Retomar el desarrollo y la integración de la personalidad.

En el paciente se busca:

- La resolución de patrones defensivos primitivos.
- Establecimiento de representaciones del sí mismo y objetales integradas y estables que faciliten la separación (autonomía) y la

individuación (individualidad) para resolver la adherencia patológica. Basadas en introyecciones, identificaciones para dar surgimiento a la identidad del yo.

- Con el logro de la individuación se fortalecerá el Yo.
- Logro de la constancia objetal.
- Incrementar el juicio de realidad en el acting-out.
- Incremento de la adaptación externa.
- Posibilidad de investir con mayor detenimiento los signos de realidad.
- Interpretar el origen de las tendencias agresivas.
- Introyección del superyó.
- Interpretar el miedo al abandono, a la pérdida total y a la aniquilación.

Cuando el paciente es menor de edad y su conflicto está relacionado con la madre, esta misma cumple un papel importante en el tratamiento, debido a que el niño tiene una interrelación muy estrecha aún con sus objetos primarios, los cuales suelen ser en la mayoría de los casos los generadores de la enfermedad psíquica del niño. La madre debe apegarse a los cambios indicados en beneficio de su propio hijo, de esta manera se coloca en un papel participante. Ackerman (1994) señala que "no es posible lograr la curación de una persona sin alterar simultáneamente su sistema familiar" (p.56). Es por esto que se dieron las siguientes indicaciones terapéuticas a la madre, al padre y a la maestra en curso del paciente que ayudaron a ejercer un tratamiento completo.

En la madre se busca:

- Interés en las habilidades en desarrollo del niño.
- Dirigir y sostener la atención hacia su hijo.
- El lado amoroso debe prevalecer frente a la agresión.
- Distribución de significado a las actividades del niño.
- Compartir el poder, manteniendo un rol de interacción.
- Afirmación del creciente sentido del sí mismo y de la identidad del niño.
- Validación de la importancia continua que tiene el niño para la madre.
- Aceptación y manejo de las necesidades del niño.

- Estar disponible cuando se le necesita.
- Tolerancia a la agresión del niño con una respuesta amorosa.
- Tolerancia a la creciente autonomía del niño.
- Ser el canal primordial para la investidura primaria.
- Proporcionar más tiempo para las tareas escolares sin desentenderse de ellas.
- Proporcionar un horario específico para cada actividad.
- Asistir por lo menos una hora por semana a psicoterapia psicoanalítica, centrándose en la agresividad que proyecta a su hijo.

En el padre se busca:

- Introducirse en la relación diádica.
- Mostrarse en la posición activa frente a su hijo.
- Proporcionar tiempo de calidad y atención con el niño sin tener distractores e involucrándose de manera emocional.
- Interesarse y conocer el padecimiento del niño, entendiendo que no solo es una entidad única sino de todo un entorno parental.
- Intentar introducir la ley del padre mirándolo a los ojos y colocándose a su altura.
- Cuando marque límites al niño, indicar que es una muestra de cariño y no un ataque a su persona.
- Los límites marcados por el padre brindaran seguridad al niño, lo cual incrementará su autoestima.
- Mostrarse poco a poco como figura de autoridad para ser internalizado sin caer en una posición sádica.
- El lado amoroso debe de prevalecer frente a la agresión.
- Fomentar la relación tríadica para no caer en escisión parental.

En el salón de clases se busca:

- Comprender el padecimiento del niño y su apoyo en el aula.

- Que los maestros respondan a la agresión del niño con amor, debido a que son devaluados tal y como lo hace el niño con el objeto materno.
- Las reglas, normas y límites deben ser firmes e introducidos poco a poco ya que el déficit de atención no permite ejecutar varias reglas a la vez.
- El niño debe permanecer cerca de la vista de los maestros, así su atención estará dirigida hacia él la mayor parte del tiempo.
- El contacto corporal y visual, permitirá que el niño se sienta tomado en cuenta para otros significativos, por lo que la conducta hiperactiva tenderá a disminuir.
- Fomentar el trabajo en equipo, asignándole el papel de capitán del equipo.
- No utilizar el tiempo fuera ni castigos, enfocarse a las consecuencias.
- Dar mayor tiempo para contestar exámenes y ejercicios de clase.
- Enaltecer sus talentos.
- Involucrar a los padres en las necesidades educativas de su hijo.

En el aula de apoyo se busca:

- Comprender el padecimiento del niño y su participación en el aula de apoyo.
- Dar encuadre al niño.
- Brindar flexibilidad, compromiso y voluntad para trabajar con el niño en las horas que asiste al aula de apoyo.
- Prestar atención específica todo el tiempo que se necesite sin distractores.
- Trabajar con el niño de forma individual por periodos de tiempo no más de 10 minutos seguidos, dar descanso de 3 minutos y continuar trabajando.
- Estrategia de enseñanza activa y creativa que se centren en el interés del niño.
- Mantener la paciencia frente a sus actividades, ya que requiere de mayor tiempo para realizar una tarea.

- Ayudarle a estudiar encontrando la forma más fácil de hacerlo.
- Incrementar la memoria, atención, retención, comprensión y análisis.
- Realizar acomodamientos ambientales y curriculares en caso de ser necesario.
- Mantener la comunicación estrecha entre padres, maestra, psicólogo escolar y terapeuta.

### **3.- TRATAMIENTO.**

El siguiente material ha sido seleccionado para mostrar los eventos más significativos en el transcurso del tratamiento que nos muestran la patología, el desenvolvimiento y los cambios que se han logrado con el paciente, a través de los señalamientos y comentarios comunes, aclaraciones y confrontaciones, sin olvidar las interpretaciones de la transferencia.

#### **Sesiones significativas en la fase inicial del tratamiento.**

Las sesiones en la fase inicial del tratamiento siguen mostrando todos los síntomas que el paciente presenta como la escisión, impulsividad, agresividad, inatención, exceso de motilidad, sentimiento de abandono, rechazo, dificultad de disfrute del juego, juegos cambiantes sin razón aparente, sin olvidar la hiperactividad. Durante los primeros meses de tratamiento, intenté respetar y reconocer la necesidad de estar próxima a él, jugar con él, estar pendiente sólo de él, eso es lo que reclamaba; es decir, reconocer su permanente inseguridad del vínculo materno, ya que ha estado en constante rechazo por una madre que muestra dificultad para sintonizarse con las necesidades afectivas de su hijo, en comparación de la gran necesidad de aceptación y afecto que el paciente necesita y que sus padres, sobre todo la madre por alguna razón no ha podido proporcionar, solo vincularse con agresividad, castigos e identificarlo como "**mal portado**".

## **Sesión no. 1**

El paciente llega puntual a la sesión con una bolsa de carritos. Menciona que es su tesoro y que no se lo presta a nadie. Su mamá se sienta a un lado del consultorio y permaneció ahí durante toda la sesión.

P: Traje mis carritos para jugar con ellos.

T: Esta muy bien. Puedes jugar con ellos a lo que tú quieras.

P: Voy a formarlos uno tras otro hasta hacer una línea larga, larga. Esto me gusta.

T: y ¿hasta dónde va a llegar esa línea?

P: hasta donde dejé a mi mamá.

T: es como si estuvieras conectado con ella.

P: sí, un cordón largo, largo.

Comienza a colocar los autos uno tras otro hasta llegar a la puerta. Intenta abrir la puerta para continuar la línea. Se le recuerda el encuadre, diciéndole que no puede salir del consultorio, hasta terminar la sesión. Se regresa del otro lado de la línea y comienza a colocar más autos. Cuando termina admira su trabajo y pregunta:

P: ¿Cómo me quedó?

T: Te quedó muy bien. Es el primer trabajo que haces sin interrupciones.

P: ¿Me ayudas a colocar los demás carros?

T: Tú dijiste que tú tesoro no se lo prestabas a nadie.

P: Sí, pero a ti sí te lo presto.

T: ¿A mí sí? y ¿a quién no?

P: A nadie, estos carros nada más los uso yo.

T: Entonces si me los prestas a mí, es como si yo fuera tú.

P: Si, pero nada más cuando estoy aquí.

T: Bien, si somos uno entonces juguemos.



Colocamos los carros restantes en la línea. Cuando terminamos comenzó a caminar con pasos cortitos a un costado de la línea, de un extremo a otro. Este movimiento lo repitió varias veces, mostrando un poco de ansiedad acelerando el paso cada vez más rápido. Después de un rato se detuvo inesperadamente, volteo a ver la espada que se encontraba en el otro extremo de la línea, se le quedó viendo un rato y sin pensar más, la tomó entre sus manos y comenzó a partir en varios pedazos la línea de autos mostrándose agresivo.

P: Esto ya no me gusta.

T: Pero si acabas de decir que sí te gusta.

P: Pero ya no más.

T: Entiendo que te sientes atado y ya no quieres estar así.

P: Es como una cuerda que amarra.

T: ¿Qué te amarra?

P: Sí.

T: Recuerda que del otro extremo está tu mamá.

P: No importa.

Termina de cortar la línea en varios pedazos, los autos se revolvieron, los de él y los del consultorio. Esto se muestra como una fusión con la terapeuta.

T: Mira los autos se revolvieron, ahora ya no sabes cuáles son los tuyos y los míos. ¿Crees que puedas identificarlos para separarlos?

P: Sí.

T: ¿Por qué estás tan seguro?

P: Porque mis carritos son más chicos y tienen las llantas rotas.

T: ¿y los míos?

P: Los tuyos son más grandes y sirven para construir carreteras.

T: Eso quiere decir que realizan diferentes trabajos.

P: Pues sí.

T: Muy bien, acabas de identificar lo que tú eres y lo que es el otro.

Termina la sesión complacido.

**Análisis:** Me parece que la bolsa de autos representa a su persona, es su tesoro, no quiere relacionarse con nadie debido a que ha sido agredido en muchas ocasiones. La mamá no tolera estar distanciada del hijo, por lo que no se aleja demasiado de él, permanece fuera del consultorio. La línea de autos simbólicamente representa la unión que tiene con la madre, la cual le está incomodando y de manera tajante quiere deshacerse de ella. Es un juego muy representativo donde ambos están unidos. Es necesario recordarle las reglas del consultorio debido a que se le dificulta interiorizar las reglas, y por lo tanto se tiene que reforzar la parte superyoica. Al señalarle su primer trabajo sin interrupciones hay un reforzamiento del yo debido a una introyección positiva del objeto y la interacción con este mismo basado en la respuesta afectiva flotante. Al reforzar al yo del paciente, permite que el otro pueda introducirse en lo máspreciado de su persona, permite un acercamiento emocional. Esta parte se concluye como una introyección de la imagen del objeto y la del sí mismo en un intercambio de afectos positivos. Se aprecia todavía la confusión entre él y el otro. Al parecer cuando observa la línea que representa su conflicto, comienza a manifestar ansiedad. De alguna manera quiere terminar con ello, por lo que busca un instrumento que le permita deshacerse de la unión sofocante. Muestra la agresión dirigida al objeto materno. Este evento lo regresiona y se muestra escindido, al negar el gusto por el juego que antes le agradaba. De cualquier forma quiere deshacerse de la unión materna, no importándole perder a la madre en su totalidad. La unión de los autos del él y los del consultorio representan en una parte la fusión con la terapeuta similar a la madre, donde trata de identificar sus autos y los del consultorio, trata de hacer una identificación de su persona con la del objeto, esto ayuda a reconocer roles en del sí mismo y del objeto para llevar a cabo la identidad del yo. Me parece que logra acercarse a la identificación debido al acto anterior de cortar el cordón que lo une con la madre.

### **Contratransferencia.**

La sobre protección materna la sigo sintiendo en el momento que la madre no se aparta del niño, me incomoda y molesta en el sentido de obstaculizar el desarrollo.

Este actuar lo siento como una amenaza constante, este sentimiento solo disminuyó en el momento del rompimiento del lazo psíquico que los unía. El rechazo de la madre hacia su hijo me hace sentir de forma contratransferencial que presenta una falta de reconocimiento de la afectividad del niño.

## **Sesión no. 2.**

Llega puntual el paciente con su mamá. La señora emite el siguiente comentario: "La maestra de grupo me dijo que Daniel le cuesta trabajo integrarse con otros compañeros, y permanece muy apegada a ella", "le digo esto para ver que puede hacer". En ese momento me acordé de las sesiones pasadas donde el mismo comportamiento suele mostrarse. Realmente ésta es una conducta que la manifiesta en todas partes. Me parece que es el miedo al abandono que se presenta cuando está en frente de figuras femeninas que muestran agresividad, este es el miedo que ha sentido con anterioridad el cual le permite apegarse a alguien a pesar de ser agredido.

En sesión el paciente entra pidiendo los autos con los que jugó unas sesiones anteriores. Para mi sorpresa los autos no se encontraban en el consultorio.

P: dame los autos.

T: ¿cuáles?

P: todos los autos con los que yo juego.

T: ese no lo tengo.

P: dame los juguetes.

T: ¿Cuáles?

P: todos.

T: ya dije que ese no lo tengo. ¿quieres algún otro?

El paciente seguía insistiendo de forma imperativa que se le diera lo que pedía, así mismo se le seguía preguntando ¿cuál?, hasta que se percató que no iba a cambiar de opinión, se decidió preguntar por uno en específico.

P: Se supone que los autos se quedan aquí y no se van.

T: ¿No se van? me parece que te da miedo que te dejen solo, así como lo ha hecho algunas veces tú mamá, ella sí se fue.

P: Quiero los autos.

T: ¿cuál?

P: ¿tienes la grúa roja que lleva coches en la parte trasera?

T: Búscala tú, por ahí debe de andar.

A partir de este momento se inició un tiempo de preguntas. Preguntaba por los objetos que no estaban, por aquello que no se veía, por lo ausente. De esta forma comenzó a interesarse en indagar por lo que quería tener. Me parece que es una forma de estar interesado en conseguir lo faltante, una forma de contribuir al propio tratamiento. Comienza a darse cuenta de que algo falta en el campo de lo real y preguntarse por ello, es un avance.

Comienza a sacar varios juguetes pero no juega con ellos, estos mismos no cumplen su carencia. Se nota que va dirigido específicamente a buscar un objeto en particular que le agrada y le haga sentirse bien.

T: Se nos terminó el tiempo.

P: Pero yo quiero seguir buscando la grúa.

T: Algún día la encontrarás. Ahora es momento de recoger todo los juguetes.

P: No me gusta hacer esto.

T: Es la regla, ¿lo recuerdas?

P: No me gustan las reglas.

T: Eso ya lo sé, te cuesta trabajo seguir las ordenes de los adultos. Te parece bien si lo hacemos juntos.

P: Sí.

Los últimos minutos fueron para recoger los juguetes, lo hizo con agrado a pesar de que no quería realizar la actividad. Pero en compañía y ayuda del otro, le resultó más fácil.

**Análisis:** El miedo al abandono se refleja con aquellas personas que pueden representar de forma real a la madre, teme ser abandonado por ello no tolera su alejamiento, ese temor al abandono lo ha seguido desde muy temprana edad, por lo cual teme que se repita. Esto me hace pensar que mi presencia como terapeuta no debe de fallar en ningún momento, para comenzar a hacer la diferencia entre el trato materno que ha tenido y el trato terapéutico que se le ha brindado. Preguntarse por lo faltante en lo real lleva a darse cuenta de lo que ocurre, por lo tanto comienza a entender que algo le falta y de forma inconsciente lo busca, simbolizándolo en el juego. El superyó aún se encuentra débil, debido a un yo debilitado y en su desesperación trata de ponerse arriba de los adultos, dando órdenes o exigiendo lo que desea. La presencia de un adulto que se involucre en su mundo, hace que el niño se sienta guiado, entendido, lo cual permitirá que en un primer momento la terapeuta se adapte al niño para que después el niño se adapte a la terapeuta y posteriormente al entorno. Debo de reconocer que esto sería un gran logro. En esta interrelación de hacer algo juntos, se involucra la relación primaria madre-hijo que conlleva a las introyecciones con una carga de afecto positivo.

### **Contratransferencia.**

Puedo sentir la incapacidad de involucrarse en los asuntos de su hijo, cuando busca que los problemas que presenta el niño en la escuela los resuelva la terapeuta. Ella no mostró deseos de participar en la búsqueda de una solución. Percibo la ambivalencia de la madre, por un lado trata de seguir los cambios indicados en el tratamiento y por el otro no se involucra en las necesidades de su hijo, sin percatarse de su propia ambivalencia. Esto lo voy entendiendo como una conducta de su propia estructura. La exigencia del paciente me hizo sentir molesta, me da la impresión que es la forma en la que se conduce su madre con él, debido a la falta de control que tiene sobre su hijo. Ahora entiendo por qué los compañeros de clases no se quieren juntar con él.

### **Sesión no. 3.**

El paciente llega puntual con la idea de jugar a la tiendita. Saca todos los artículos que va a vender, los acomoda en la mesa y dice:

P: Estoy acomodando las cosas que voy a vender. Tú serás la señora que vende las frutas y yo te voy a decir lo que tú vas a decir.

T: Muy bien.

P: Pero necesitamos que entre mi mamá para que ella sea la señora que compra las cosas.

T: ¿Estás seguro de que tú mamá entre en el juego?

P: Sí, quiero que venga.

T: Bien.

La madre no muy convencida entró en el consultorio. El niño le dio las instrucciones de lo que tenía que decir.

P: Tú eres la señora que compra los autitos. Primero debes ir con ella para que le digas "quiero un autito" ¿tiene? ---- le indicó a la madre.

P: Después tú le vas a contestar "no tengo". ---- le indicó a la terapeuta.

P: Tú te ponías triste. ---- le dijo a la mamá. Lloro. ---- le ordenó.

P: Ahora tú le decías a mi mamá que no se preocupe, que puede ir con el otro vendedor. ---- le dijo a la terapeuta.

P: Ahora tú me preguntas si tengo un autito. --- le dijo a la madre.

M: "quiero un autito" ¿tiene?

P: ---- Con mucha emoción abrió sus ojos y le dijo con gran gusto "sí tengo".

Este juego se repitió varias veces con diferentes objetos, los cuales el niño escondía en un plato para que la madre los deseara y así poder ofrecerle su propio deseo. Hubo un momento en que la madre se quejó de repetir el juego varias veces, a lo cual se le señaló que no era lo mismo, que él tenía cada vez más cosas para ofrecerle. Solo tiene que dirigir su atención hacia él y mirarlo. La madre se tranquiliza y sigue jugando.

Al terminar la sesión el niño le pregunta a la madre.

P: ¿seguimos el juego afuera?

M: Sí, me gusto.

**Análisis:** El esconder y desear, me da la impresión que es un juego representativo del deseo de la madre, el niño obliga a la madre a desear lo que ya está escondido, por lo tanto el niño ofrece lo deseado. Lo que indica que en el inconsciente del paciente hay un deseo de ser deseado por la madre, debido a que ha vivido en constantes momentos la falta de respuesta empática materna. Este juego tan repetitivo indica el conflicto del paciente que tiene que ser expuesto para ser interpretado.

La palabra "afuera" fue lo más representativo de ésta sesión, el niño quiere seguir jugando con la mamá afuera, lo que simboliza que su mundo está comenzando a hacer diferenciado, lo cual permite dirigir la atención hacia afuera y comenzar a investir el cuerpo materno. Este es el camino para poder sostener la atención en algo específico, primero investir a la madre y después todo lo que se desee.

### **Contratransferencia.**

Las sensaciones que surgieron en este encuentro se pueden considerar de gran significación. Pude sentir ternura al ver que hay muchas cosas que el niño puede ofrecerle a su madre, esto me hace pensar que dentro del niño hay una esperanza de encontrarse con el objeto bueno. Esto es algo relevante. La reacción de la madre me desconcertó un poco, necesita de ayuda para poder mirar a su hijo y tener la capacidad de investirlo. La necesidad de investir a la madre por parte del niño me generó una gran alegría, solo hace falta que la madre se coloque frente a su hijo y lo mire.

### **Sesión no. 4**

En esta ocasión el paciente llegó más ansioso de lo que se había mostrado con anterioridad. Llegué cinco minutos antes de la consulta y el niño ya estaba adentro del consultorio. Su mamá sólo me hace una mueca y alza los hombros. Me da la

impresión que se estaba disculpando de la impronta conducta del niño y de su incapacidad de autoridad.

T: ¡hola! ----le dije con gusto.

P: Hola, ya saque algunos juguetes para jugar con ellos.

T: Me parece bien. ¿Cuáles fueron los que escogiste ahora para jugar?

P: La lotería. Este juego me gusta.

T: Sí, es divertido.

El chico comienza a preparar el juego en la mesa, cuando de repente pasa junto a un bote de lápices y sin percatarse los tira al suelo.

T: Ya tiraste los lápices.

P: No, yo no fui.

T: Nadie ha pasado por ahí, solamente tú.

P: Seguramente me vas a regañar por eso.

T: Sé que te han regañado mucho hasta por cosas insignificantes. Pero, no tengo porque regañarte.

P: ¿tú no me vas a regañar? Mi mamá lo hace siempre.

T: Lo sé, siempre lo ha hecho, así como tus maestras también. Claro está que has sido un niño regañado toda la vida.

En este momento parece que se desactivó su movimiento y se sentó un rato, sin emitir palabra alguna. Volvió a preguntar.

P: ¿Entonces no me vas a regañar por lo que hice?

T: Claro que no. Es solo un accidente y se puede remediar. Lo que tienes que hacer es levantar los lápices y ponerlos en su lugar.

Rápidamente se levantó y en un instante recogió los lápices para dejarlos en el lugar donde se encontraban. Después de este evento comenzó a jugar lotería más tranquilo hasta que terminó la sesión, pasando de la escisión a la reparación.



### **Análisis:**

Es evidente que la madre no tiene el control del hijo debido a que no se ha mostrado como una madre amorosa, por lo que el niño no tiene la necesidad de hacerle caso, ya que no tiene amor materno que perder. Ante sus fallas el niño espera un castigo o un regaño, por lo que se sorprende que alguien reaccione de forma contraria ante esta situación comienza a darse cuenta que hay personas diferentes a su madre. En automático se coloca en el papel del culpable debido a que así lo han tratado con anterioridad. La responsabilidad radica en su persona sin percatarse de que la responsabilidad de su conflicto es la madre. Una madre que prefiere culpar que asumir las consecuencias de sus actos.

### **Contratransferencia.**

Comienzo a sentirme alegre y tranquila al percatarme que los buenos tratos le agradan al paciente, por lo cual tengo que lograr que el niño me internalice no como un objeto engolfante y agresivo, sino como un objeto bueno. Estoy segura que de esta manera se puede ir compensando el proceso incompleto de internalización de las relaciones objetales tempranas. Comienzo a sentirme como el objeto bueno, el que promueve buenas relaciones objetales que mucha falta le hacen.

### **Sesión no. 5.**

Sin amigos.

El paciente se presenta con un semblante de tristeza. En esta ocasión no se muestra hiperactivo. Pasa al consultorio bajando las escaleras con tranquilidad. Emite el siguiente comentario.

P: Mis amigos en la escuela, no se quieren juntarse conmigo.

T: Por qué crees que no se quieren juntar contigo.

P: No lo sé, cada vez que me junto con ellos, ellos se van.

T: ¿Es como si te rechazaran?

P: Sí.

T. Es evidente que es el mismo rechazo que has sentido desde que eras muy pequeño.

P: Creo que sí.

El paciente se dirige a los juguetes, saca los soldados y los coloca en la mesa. Uno por uno va poniéndolos en fila como si fuera un batallón de infantería. Para esta actividad no se mostró ansioso, se tomó el tiempo necesario para terminar de colocar todos los soldados. En esta ocasión no los derribó uno por uno, sino que tomó la caja del rompecabezas y la dejó caer encima de los soldados. Los dejó ahí y se puso a jugar canicas solo, volteando a ver a los soldados varias veces.

### **Análisis.**

Su comportamiento muestra una escisión entre lo hiperactivo y lo tranquilo que se puede llegar a mostrar en diferentes momentos. Se vive rechazado no nada más por parte de su mamá, sino también por los compañeros de clase. Su conflicto toca otros campos de interacción que lo llevan a tener problemas con otras personas. Sentirse rechazado es sentirse no querido, no aceptado, por lo que tiene que hacer todo lo posible para que lo quieran y lo acepten. Después de la interpretación del rechazo, el paciente se vengó de lo sucedido. Los soldados representaron a sus amigos y de un solo golpe los eliminó de la misma forma que lo eliminaron a él, descargando así su furia contra ellos. Furia que es desplazada desde el origen materno al conflicto representativo. Después de descargar su furia de origen, se da una progresión y opta por jugar un juego de un solo jugador, donde no tiene la necesidad de introducir a otro, ya que los demás muestran rechazo hacia él. Ya no necesitó defenderse a través de la manía (hiperactividad), sino que pudo aceptar que este rechazo lo deprimió, que se considera un avance en su persona para dirigirse a la posición depresiva.

### **Contratransferencia.**

El rechazo me colocó en la posición de sentirme basura, algo que apesta y que los demás no quieren. Me sentí como flotando en el aire, esperaba que alguien viniera a darme sustentabilidad. La venganza en primer lugar me generó placer pero después

entendí que era una forma de identificarse con la agresividad que ha recibido el niño desde temprana edad.

### **Sesión no. 6.**

Me veo como me miran.

El paciente se presenta un poco desaliñado, con las manos sucias, las uñas crecidas y mugrosas, el pantalón roto y el cabello despeinado. Me sorprende su condición y me remití a pensar que realmente es un niño desatendido. Él hacía verdad aquello que dice "dime cómo te miraron y te diré cómo te ves". Su primer juego de esta sesión escenificó una escuela donde se encontraba una maestra buena y una mala que acusaba a los niños con la maestra buena de todas sus fallas académicas y de conducta que tenían. Lo relevante del diálogo fue lo siguiente:

P: Me fue mal en la prueba.

T: ¿Qué paso?

P: No presté atención.

T: Pero ¿dónde estaba prestada tu atención que no se la prestaste a la prueba?

Esta pregunta le sorprendió mucho, a lo cual riéndose, francamente respondió.

P: Estaba imaginando que coleccionaba los camiones de Coca Cola.

T: Esto significa que tú atención estaba dirigida hacia dentro de ti y no hacia afuera donde debe de estar.

P: Sí.

T: Así es como te has conducido desde hace mucho tiempo, por ello tienes problemas académicos.

P: Esto va hacer revelado por la maestra mala.

T: ¿Le tienes miedo?

P: Sí, mucho.

T: Ese mismo miedo surge cuando tú mamá te va a castigar.

P: Creo que sí.

Termina la sesión con un poco de tensión por la angustia de aniquilación que se presentó.

### **Análisis.**

La desatención de la madre hacia su hijo se muestra en la apariencia del niño, si esto es así ¿cómo podemos esperar que se interese por él en cuestiones más profundas? realmente hay otra contradicción, ella quiere sacar de un hoyo a su hijo, cuando no muestra el deseo por hacerlo. La forma en la que lo ha mirado es la forma en la que el niño se muestra ante el mundo, poco atendido, desinteresado, olvidado. La escisión de los objetos buenos y malos se sigue presentando, enfocándose a resaltar el lado malo donde radica su conflicto o simplemente con el que se identifica, al cual le teme debido a que puede ser eliminado por él. Este objeto malo lo enfrenta a su problema que es la conducta y el bajo rendimiento académico, situación central de su problema que lo pone en una posición reveladora y lo señala como la persona quien carga con la culpa. Se conduce más con el instinto de muerte, se identifica con lo malo, con la agresión a pesar de tenerle miedo y huirle.

### **Contratransferencia.**

La apariencia del paciente me generó sentimientos encontrados como, tristeza, frialdad, desolación, rabia hacia la madre por su ambivalencia y desatención que revelan una madre deprimida. Frente al objeto malo sentí miedo, ganas de huir.

### **Sesión no. 7.**

La furia narcisista.

El paciente se presenta puntual con un cambio radical en su esmero personal, creo suponer que la atención de la madre hacia su hijo es ambivalente cayendo en los extremos, en algunas ocasiones se presenta aseado y en otras sucio. Me remito a pensar en las aportaciones de Paulina Kernberg (2002) donde señala que la mayoría

de los niños limítrofes viven en contextos familiares limítrofes. El paciente se presenta con la misma bolsa de coches que ha traído en constantes ocasiones.

T: Ya veo que trajiste la bolsa de coches que te gusta.

P: Pues claro, yo sólo juego con mis coches.

T: Así es, tú sólo con nadie más.

P: Nadie juega conmigo.

T: Yo he jugado contigo.

P: Bueno, sí pero los demás no.

Pide una hoja de papel y un lápiz para dibujar un coche en ella. Cuando termina dice:

P: Es horroroso. ----con sus manos se deshace de la hoja arrugándola y tirándola a la basura.

T: A mí me parece que te quedó muy bien. Es un auto muy bien hecho.

P: No es verdad, está muy feo.

T: Lo que tú quieres es que este auto esté muy bonito para que los demás se fijen en él, y como no lo hacen te enfadas y ya no lo intentas otra vez.

T: Puedes intentarlo de nuevo.

P: La próxima semana voy a dibujar un auto mejor que éste.

T: Yo sé que sí, va hacer mejor que ahora, de esta forma conseguirás que te volteen a ver.

P: Sería genial.

Termina la sesión dejando la representación de su persona en un dibujo como algo pendiente de hacer posteriormente.

**Análisis:** Se aprecia que de forma inconsciente se percibe como un niño solitario, manifestándolo en el discurso. La terapeuta le significa nada aún, tomándola como parte de su propia persona y separándola de los demás. Lo que la madre señalaba como una conducta agresiva, parece referirse a una rabia narcisista ante un desempeño que lo deja insatisfecho. Parece que desearía hacer todo "bien", gustar a

su madre, complacer a los demás. Cuando falla en algo no quiere volverlo a intentar, teme fallar y prefiere no hacerlo por el momento, como compensación a su herida narcisista. Se sigue presentando la escisión.

### **Contratransferencia.**

De forma contratransferencial me siento dentro de un mundo ausente de adultos, donde la recreación es de forma aislada, donde la interacción se realiza con objetos cosas y no con objetos humanos. Puedo sentir que la identificación recae más en los coches que con su propio objeto materno. Comienzo a ocupar un lugar en el juego, ya no me sigo sintiendo tan anulada al reconocermelo como una persona que interactúa con él. Al final de la sesión me sentí como un niño que quiere agradar a sus padres pero no puede y que tiene que ver con el proceso de diferenciación yo – no yo, donde uno no puede agradar al otro por la falta de individuación.

### **Sesión no 8.**

El hermano incómodo.

Llega el paciente muy puntual a su sesión afirmando lo siguiente:

P: Todas las veces que vengo estas tú aquí sola.

T: Ahora estoy contigo y podemos jugar.

¿A ti te preocupa estar sólo?

P: No me gusta estar solo.

T: Es por eso que buscas la compañía de alguien siempre, porque temes no ser mirado.

P: Me pongo triste a veces.

Se presenta un silencio y esconde la cabeza entre los hombros. Posteriormente corre hacia la silla, no para de moverse, se va a la colchoneta, se tira en el suelo se arrastra por él.

T: Otra vez a moverte sin sentido. Es la insoportable ansiedad que no te deja parar.

P: Por eso mi mamá dice que "me porto mal". Es que a veces discuto con mi mamá porque mi hermano se mete en medio de los dos cuando hablo con ella y ella no hace nada. Yo me enojo y le pego a mi hermano.

T: Lo que pasa es que te fastidia que tú mamá no te dedique todo el tiempo a ti solo, y si viene alguien te molesta y te enfadas. Pero eso no es portarse mal, es que te sientes enojado por no ser el único.

P: Sí estoy enojado con ella.

T: Ese enojo ha estado contigo desde que eras un bebé. Y ese enojo suele salir con un golpe que diriges a tú hermano o hacia ti mismo golpeándote la cabeza.

P: Pues claro, ya te lo dije, mi hermano se mete en todo.

T: Se ha metido en todo hasta ocupar el lugar que te pertenece a ti frente a tus padres.

Se produce un silencio.

T: Es normal que estés enojado, pero puedes hacerlo de otro modo que no sea golpeando, por ejemplo, diciéndoselo.

P: ¿Tú crees que me va hacer caso?

T: ¿Lo has intentado alguna vez?

P: Bueno no, mejor vamos a guardar todo lo que sacamos.

**Análisis:** Tal parece que el paciente entra en ansiedad cuando se enfrenta a su conflicto una ansiedad que lo conduce a un estado de excitación motriz, movimientos sin sentido sin objetivo. La madre sigue señalándole al niño que se porta "mal", esto es un golpe narcisista de forma superficial para el paciente con la identificación de malo, pero de una forma más afondo para la misma madre que tiene relación estrecha con él. Negación o no reconocimiento de su temor a no ser exclusivo. El paciente evade la confrontación de verse actuando diferente, le causa desestabilización, se resiste a hacer diferente a un otro. La conducta de la madre donde pierde el interés del diálogo con su hijo porque algo o alguien se puso en

medio de la relación, es la misma que presenta el paciente, cuando todo lo que pasa alrededor del punto de interés es causa de distracción, ambos hacen lo mismo, reflejo de la indiferenciación.

### **Contratransferencia.**

Siento rabia al pensar en la madre por no darle un lugar exclusivo a su hijo, rabia que radica en el paciente y que ahora ya verbaliza diciendo que está enojado con ella. El miedo se encuentra presente frente a la soledad, por lo que una necesidad imperiosa de sentir compañía surge inmediatamente. El lugar de Daniel está siendo parte de su madre, no hay lugar todavía para la diferencia.

### **Sesión no. 9.**

Cada vez que pasa el tiempo me cercioro más que la pasión de Daniel son los autos. He llegado a pensar que parecen **figuras de protección primaria**, las cuales fue dejando poco a poco mientras transcurrían las sesiones. Los autos se han prestado como herramientas importantes para la separación que marcan la diferencia entre el género masculino y femenino, así como una identificación psicosexual con el progenitor del mismo sexo, el padre es mecánico.

P: Nuevamente traje mis autos.

T: Lo sé, son los autos que te dan seguridad, por ello los llevas a todas partes, y no quieres que nadie juegue con ellos.

P: Los traigo aquí porque tú sí los puedes usar.

T: ¿Sólo yo puedo acercarme a ti?

P: Si.

T: Es una forma de acoplarme a tus demandas.

P: A tí si te hago caso.

T: ¿y a quien no le haces caso?

P: A los que no me quieren.

T: Los que no te quieren son los que te regañan, te pegan y te ignoran.

P: Si, esos.



T: Lo que tú haces (síntomas), es una forma de ignorarlos también. Haces exactamente lo mismo que ellos te hacen a ti.

Se presenta una pausa.

T: Tal parece que tratas de evadir las relaciones agresivas y escapar de ellas.

Corre a meterse al túnel que se encuentra en la sala de estimulación temprana, lo recorre todo gateando.

T: En este lugar no hay peligro, puedes salir.

P: ¿Podemos jugar en el túnel la próxima vez que venga?

T: Trataré de pedir la misma sala.

**Análisis:** Los autos son una parte que puede dominar, controlar y sentir que algo se encuentra vinculado con él, necesidad primaria. Al poder tener la capacidad de prestar sus autos a la terapeuta, es una oportunidad de vincularse de forma diferente con él, que sirve para las introyecciones e identificaciones del objeto bueno, es una forma de ir acercándose al objeto perdido. Acoplarse a las demandas del paciente es una característica de la madre en los primeros meses de vida, que posteriormente llevará al niño a acoplarse a las exigencias de la madre. Se sigue presentando una escisión de personas buenas y malas, donde a las malas las rechaza y las buenas las acepta. Suele estar identificado con el agresor, hace exactamente lo mismo con él, ignorarlo. Al percibirse frente a la agresividad en forma psíquica, su reacción inmediata es huir, ésta huida suele durar hasta sentirse seguro, se puede interpretar como una regresión al útero, un lugar donde se encontraba seguro antes de nacer.

### **Contratransferencia.**

Me sentí aceptada, importante, más tomada en cuenta cuando el paciente me consideró una persona especial en su vida, la que puede acercarse a él e interactuar con sus pertenencias. Me sentí como una madre buena donde el niño trata de protegerme y apartarme de las personas malas, es como una forma de preservar el

amor del odio predominante en el que se encuentra, el cual me hace sentir miedo y necesidad de apartarme de ese odio. Este sentimiento es diádico donde ambos sentimos lo mismo, desde esta parte se puede llevar al paciente a la individuación.

### **Sesión no. 10.**

La siguiente sesión se basa en el vínculo materno, la cual revela que la aceptación de la madre por parte del paciente aún es nula, así como la falta de la constancia de objeto.

P: No me gusta estar con mi mamá.

T: Lo sé, tú mamá te ha agredido mucho. Y la relación que llevas con ella no es agradable.

P: ¿Puedo ir al baño? ---- preguntó.

T: No es la primera vez que pides ir al baño o a tomar agua. Lo que necesitas es pasar por la sala de espera y cerciorarte de que tú mamá te está esperando allí.

P: Puedo hacer las dos cosas.

T: Si realmente tienes la seguridad de que tu mamá está esperándote, no tienes la necesidad de ir al baño.

P: Bueno, aquí me quedo.

**Análisis:** Se revela una ambivalencia de sentimientos, por un lado existe un rechazo a la madre y por el otro no tolera su alejamiento. No hay constancia del objeto aún.

### **Sesiones significativas en la fase intermedia del tratamiento.**

Las sesiones que se muestran en la fase intermedia del tratamiento se centran en la aceptación de la terapeuta en el juego, en el sostenimiento de la mirada con el otro, lo cual no se había dado anteriormente. Este hecho es significativo en el momento en el que la mirada del paciente se cruza con la de la terapeuta, el

sostenimiento de la misma muestra que hay alguien que lo escucha, lo comprende y lo toma en cuenta, a pesar de sus dificultades que todo el mundo le señala. Por primera vez puede dirigir con detenimiento su interés en alguien, en una persona que puede ser la conexión y la vía por la cual se fusionan los sentimientos, la persona quien puede llevarlo a la individuación. A partir de este cambio los síntomas se manifiestan con menos frecuencia, lo cual le ha permitido al paciente ir concretando la atención dispersa en menos actividades displacenteras. El juego se ha ido transformando de tener sentido como una expresión de su propia ansiedad, a algo con sentido dirigido al disfrute del mismo, el cual poco a poco fue dejando de ser perturbador.

En las sesiones intermedias, al estar emocionalmente disponible y dispuesta al contacto, no apareció la hostilidad ni la forma de hacerme sentir que no existo, esta nueva forma de vinculación es la que el paciente necesita, podría decirse que es un contacto intersubjetivo permanente, factor que lleva al cambio. Poco a poco se fue reduciendo su carencia de reconocimiento y por ello parecía que se iba sintiendo seguro de ser tomado en cuenta y de ser importante para alguien. La agresividad no se volvió a manifestar frente a los buenos tratos, pero la demanda de atención persistía bajo sus síntomas en una menor escala, debido a que todavía no ha logrado del todo la constancia objetal.

### **Sesión no. 22.**

Reforzando el proceso de internalización con una forma superior de introyección donde se reconocen roles en la interacción interpersonal. Aparece la característica anal que pertenece a la etapa final de la latencia.

P: Traje mis coches otra vez.

T: Ya tenía tiempo que no te acompañaban a la sesión.

P: Los tenía escondidos en mi recámara.

T: Me parece que no quieres que nadie los toque, así como lo han hecho contigo, por eso los escondes, para que nadie pueda usarlos.

P: Exactamente, nadie los puede usar, solo tú. Ya te había dicho eso.

T: Es una forma de sentirte diferente, porque nadie tiene unos coches como los que tú tienes.

P: Ninguno de mis amigos tiene la colección que yo tengo.

T: Y nadie de tu familia tampoco. Solamente tú.

P: Sí. Unos coches los tengo enterrados en la arena de mi casa. Otros los traigo conmigo, y otros los tengo en mis juguetes.

T: Y ¿por qué has decidido separarlos?

P: Los que tengo en la arena son camiones de construcción. Los que traigo aquí son autos de carreras, y los que tengo en mi casa son autos deportivos.

T: Que bien. Sabes distinguir la función de cada auto. Así como la que tiene tu mamá y la que tienes tú, lo único que hacen es que se complementan.

P: Mí mamá está allá afuera esperándome.

T: Y ¿tú dónde estás?

P: Aquí.

T: Eso quiere decir que no estás allá.

P: Sí.

**Análisis:** En esta sesión se muestran roles específicos con una imagen del sí mismo más diferenciada del objeto sin olvidar un rol complementario. Esta situación se puede centrar en el segundo paso del proceso de internalización, que permite que el paciente se vaya identificando como un ser separado de la madre comprendiendo que cada uno tiene una vida propia pero que la madre estará a su lado. Una de las características de la parte final de la etapa de latencia, es mostrar rasgos de la etapa anal, donde las colecciones son una de las actividades más significativas. Todo esto viene a reforzar el Yo. El paciente muestra interés en ellas, por lo tanto deja ver que una parte de la libido avanzó adecuadamente conforme a su desarrollo.

### **Contratransferencia.**

El saber que el paciente había logrado separarse por periodos largos de sus autos y que había logrado interesarse en otras cosas que había a su alrededor, me hizo

sentirme más liberada, así como la forma de reconocer los roles del sujeto y el objeto me refieren una mayor independencia mayor individualidad.

### **Sesión no. 25.**

El paciente entra a sesión muy decidido a jugar con el juego de la oca. Es un tablero que tiene varias casillas enumeradas consecutivamente y en cada una de ellas una imagen. Este juego fue el centro de atención durante ocho sesiones consecutivas.

P: Este juego me gusta mucho.

T: ¿Ya sabes jugarlo?

P: Sí, solamente tienes que tirar los dados y avanzar por los cuadros hasta llegar a la meta.

T: Me parece divertido.

P: ¿Quiero jugar contigo?

T: Me estas incluyendo.

P: Así es.

Con entusiasmo coloca el juego en la mesa, saca los dados y pone dos fichas en el área de salida.

T: Ya veo que colocaste dos fichas de diferente color.

P: Sí, una eres tú y la otra soy yo.

T: Así como dos personas separadas.

P: Claro.

El juego comienza y me percato que no soporta quedarse atrás de mí.

P: No voy a dejar que me ganes.

T: Tú tienes mucha fuerza para no dejarte vencer.

P: Espero que caigas en la cárcel para encerrarte ahí y poder rebasarte.

T: Lo que tú quieres es encerrarme ahí, así como lo ha hecho tu mamá contigo todo el tiempo. No te deja ser otra persona.

P: Me puedo escapar.

T: Yo sé que sí.

El juego avanza y efectivamente caigo en la cárcel. Los ojos del paciente se iluminaron y su deseo hacia la madre se hizo realidad.

P: Ya vez, te dije que ibas a caer en la cárcel.

T: Tú deseo se hizo realidad, ahora yo voy estar encerrada y tú vas a avanzar.

P: Eso es lo que yo quería.

T: Lo que tú quieres es que cada uno cumpla con su rol, la mamá hace sus labores y el hijo las suyas. Así tú podrías avanzar sin tanto movimiento.

Después de esta interpretación se levanta desesperadamente a buscar otra ficha, y la coloca en la línea de salida.

P: La ficha que cayó en la cárcel ahí la vamos a dejar. Y esta nueva ficha eres tú.

T: Ya veo que la estas sustituyendo, y voy a comenzar desde el principio.

P: Sí.

T: Voy a jugar de una manera diferente para que no me encierres también.

P: Muy bien.

**Análisis:** El paciente busca desesperadamente un espacio para la separación con su madre, sintiendo en el más profundo de los deseos encerrarla, inmovilizarla para que no interfiera en su desarrollo, tal vez cambiando el papel del control que siente demasiado asfixiante. El paciente busca también los movimientos de separación. No tolera la ausencia materna, busca un sustituto que reemplace ese papel con características diferentes, se puede señalar que anda en busca del objeto perdido. Comienza a aceptarme más en sus juegos, comienza a tener la noción de que hay alguien que le presta atención, le brinda un espacio y lo escucha. Me parece que son buenas introyecciones de una relación positiva que vienen a compararse con las ya

internalizadas anteriormente. Muestra su interés en la terapeuta donde se refuerza la alianza terapéutica.

### **Contratransferencia.**

Me dio gusto que cada vez me tome más en cuenta en sus juegos, tal parece que nuestra relación va encaminada en una interacción de dos personas que pueden darse la existencia una a la otra, en una forma de reconocerse como diferentes. Me sentí agredida y rechazada cuando me dejó encerrada en la cárcel, sentimientos que no son ajenos a su persona, tal vez una forma de venganza que hace que baje su angustia frente a una mamá que no puede tolerar su inquietud ni contenerlo.

### **Sesión no. 26.**

Nuevamente el paciente vuelve a jugar con la oca.

P: Voy a continuar el juego de la oca. ¿Sabes dónde quedó? --- Pregunta con preocupación.

T: No te preocupes, debe estar por ahí. Las cosas permanecen aquí y no se van.

P: Ya lo encontré. --- sonrío.

Coloca las piezas en su lugar y me invita a jugar nuevamente. Recuerda que una ficha estaba encerrada en la cárcel y la coloca nuevamente en ese lugar. Saca dos fichas más para poder jugar con ellas.

T: ¿Por qué pusiste esta ficha en la cárcel?

P: Acuérdate que es la ficha que está encerrada ahí.

T: Eso significa que esa ficha está ahí y tú acá. Ya no están juntos.

P: Sí, por eso ya podemos jugar.

T: Solamente así te sientes seguro.

P: Sí.

El juego comenzó y mientras iba avanzando se tornaba placentero, hasta que le toca detenerse en la casilla no. 31 que corresponde a el "pozo".

P: No es justo, caí en el pozo. Ahora debo de estar afuera del juego hasta que alguien me saque de aquí.

T: Te quedarás fuera del juego, así como te encuentras fuera de tu grupo escolar, afuera del aprendizaje, afuera de tu grupo familiar, y esperas a alguien que te ayude a introducirte.

P: No me gusta estar aquí.

T: Yo sé que no te gusta, pero algo se tiene que hacer.

El jugador que cae en el pozo no puede salir, hasta que otro llegue a rescatarlo y supla su lugar, por lo que el paciente se queda fuera del juego varios turnos. Esta situación no le fue agradable, se mostró inquieto y pidió cambiar de juego.

P: Yo ya no quiero jugar. Hay que jugar otra cosa.

T: Tú escogiste este juego.

P: Sí, pero estoy en el pozo y no puedo hacer nada.

T: Me parece que haces mucho, para que todos se fijen en ti, aun estando fuera del juego.

P: La única que me puede rescatar eres tú porque nada más somos dos jugadores.

T: La única que te escucha y te comprende, la única que te puede rescatar de un hoyo.

Continúa el juego y después de varios turnos caigo en el pozo. El paciente es liberado y sigue jugando.

**Análisis:** A partir de estas sesiones el juego cambiante comienza a disminuir y el paciente se va centrando en un solo juego, juego que ahora le resulta con mayor sentido el cual disfruta y no le resulta perturbador. Ahora muestra la capacidad de continuar el juego de una sesión a la otra, los cortes se van presentando cada vez



menos. El niño comienza a tomar en cuenta una distancia óptima entre su madre y él, como lo señala M. Mahler (2002). El paciente se siente seguro mientras pueda cerciorarse que su mamá no va a agredirlo, y una manera de estarlo es controlándola, encerrándola él mismo. Su capacidad de colocarse en un punto diferente fuera de la madre es sorprendente haciendo la connotación de "ahí y acá", es una forma de buscar su propia individuación. El paciente se percata que no es justo que lo tengan fuera del juego, busca un lugar, busca ser nombrado por alguien que le dé el sustento y un lugar en el mundo. Los eventos donde él no figura lo ponen inquieto y busca de forma inconsciente otra distracción que lo aleje del sufrimiento.

### **Contratransferencia.**

Siento tranquilidad cuando el niño menciona que ya puede jugar en ausencia de la madre. Esto me hace pensar que hay una dualidad entre tranquilidad e intranquilidad, ausencia y presencia que mucho tiene que ver la relación materna.

### **Sesión no. 28.**

Dentro del juego de la oca, se presenta una situación de la falta materna.

P: No quiero que te adelantes mucho. Yo quiero avanzar junto contigo.

T: Eso no se puede, porque todo depende de los espacios que tengamos que avanzar cada uno. Tú juegas tu juego y yo juego el mío.

P: Sí, pero no me quiero quedar solito.

T: No te vas a quedar solito, yo estoy contigo.

P: A mí me gusta estar contigo.

T: ¿Qué es lo que te gusta más?

P: Que me acompañes.

**Análisis:** Es evidente que el paciente necesita de alguien que lo acompañe, una persona que se muestre amorosa, comprensiva y con interés en su persona, vuelve a tomar en cuenta esta distancia óptima que se necesita entre madre e hijo. Se puede mencionar que esta forma de interactuar construye lo que llama Winnicott (1958) "un

espacio interior benigno”, el cual solo es posible alcanzar cuando el bebe recibe una imagen segura de la madre; es decir, alguien que está siempre disponible, que satisface y que no exige nada a cambio. Si esto no fuera así, este primer espejo unificador se presenta como una imagen persecutoria y alienante que no deja espacio para la quietud, no permitiendo que el niño aprenda a confiar y a elaborar la ilusión de que las cosas son como él cree, para luego aceptar poco a poco que no es así, asimilando gradualmente la desilusión que le permitirá en un futuro redescubrir su propio deseo. Pone su interés en la terapeuta por su relación con la vivencia de satisfacción, debido a que ella presta el auxilio para realizar la acción específica.

### **Contratransferencia.**

En esta sesión surge en mi persona el sentimiento de abandono, miedo a la soledad, pero sobre todo ternura cuando me percato que el paciente comienza a confiar en mí. Señal que el paciente está fusionado conmigo y necesita de tiempo para tolerar más la separación. Siento una necesidad de estar presente con el paciente como una madre buena para que no se angustie. Me percato que hay un avance en la separación pero aún le asusta quedarse solo porque aún no tiene la certeza de que lo voy a abandonar y para tenerla necesita de tiempo. Finalmente me sentí aceptada debido a una relación satisfactoria.

### **Sesión no. 30.**

La mirada.

El paciente vuelve a buscar el juego de la oca. Tal parece que es un juego que le permite estar cerca y lejos de la madre. Un juego que representa la vida misma una oportunidad de logros en su desarrollo.

P: No sé por qué me gusta jugar con este juego.

T: Yo sí sé por qué te gusta. Porque en este juego puedes ser tú.

El paciente voltea a ver a la terapeuta y le sostiene la mirada durante algunos segundos, acto que no se había dado con anterioridad. Se muestra tranquilo.

P: Me gusta que me mires.

T: Te gusta ser reconocido como nunca antes alguien lo había hecho.

P. Yo sé que hago bien las cosas.

T: Yo también sé que haces bien las cosas, y no necesitas confirmarlo con nadie. Te has vuelto más seguro.

P: En mi salón también hago bien las cosas.

T: ¿Esto quiere decir que también quieres ser reconocido ahí?

P: Sí.

T: Lo que pasa es que hay alguien que ahí te mira, tu maestra. Así como yo te miro aquí. Eres tomado en cuenta y le importas a alguien. Lo que no sucede cuando estas con tu mamá.

P: Ella siempre está ocupada.

T: Eso no quiere decir que no le importas, lo que le hace falta es cruzar su mirada con la tuya.

P: Yo creo que lo hará cuando ya no esté ocupada.

T: Tienes mucha razón.

**Análisis:** El verse mutuamente es una forma de reconocerse, poner el interés en alguien, la percepción de otra persona, el reconocimiento mutuo. Se muestra más seguro por ser tomado en cuenta, se percata que le importa a alguien así como los otros son importantes para él. Los síntomas bajan a partir del encuentro de la mirada.

Para Freud (1950/1895), "la atención resta eficiencia a las acciones automáticas, que en cambio se ven beneficiadas por la distracción de aquella", poniendo freno a la impulsividad. La atención involucra a la "mirada", condición elemental para investir un objeto en todas sus partes. La "mirada" es una investidura sostenida, que le otorga un valor psíquico a lo que se mira. Se muestra en la mirada una atención completa una investidura en su totalidad sin distracción alguna en otra asociación. Dirigir la

“mirada” a un objeto en particular, y tener la capacidad de sostenerla, asume que el niño tiene indicios de una intersección del proceso primario y el secundario que le facilita la entrada a la racionalidad que frena el fluir pulsional. La “mirada” implica la presencia de dos personas, ambas con un actuar catectizador, madre-hijo, donde ambos hacen un intercambio de conexiones psíquicas que formarán nuevas huellas mnémicas.

Para Kerberg (2001), la “mirada” lleva al niño a reflejarse en el otro, condición elemental para una forma superior de introyección. Con este actuar el niño se reconoce como un sujeto frente a un objeto, dentro de una misma interacción. La “mirada” facilita comprender el contenido afectivo que se juega en ese momento, es una forma superior de introyección que da pie al moldeamiento del yo. Con la “mirada” se percibe la imagen de un objeto en interacción el sí-mismo.

El cruzamiento de la mirada con la terapeuta se asume en este caso como una contención externa que solo ella puede proporcionar para la cura, ya que la madre es el objeto generador de la sintomatología.

Para Mahler (2002), es importante la madre, porque sin ella no hay “mirada”. El niño no se organiza en torno a ella como objeto externo de amor, no progresan los aparatos del yo que normalmente se desarrollan en la matriz de la relación maternante “común y delicada” (p. 13).

Se mantiene la atención al exterior cuando el bebé mantiene la mirada hacia la cara de la madre. Es lo que Mahler denominó “el emerger del huevo” o “la ruptura del cascarón”. La madre será vivida como punto de orientación. La atención del niño que durante los primeros meses de edad se dirigía en gran parte hacia dentro, se expande gradualmente con el advenimiento de la actividad perceptual dirigida hacia el exterior. La atención se va combinando con los recuerdos de las idas y venidas de la madre, de experiencias “buenas y malas”, estas últimas en el mejor de los casos, las alivia la atención de la madre. La “mirada” permite diferenciarse de su madre con la exploración facial y después corporal, esta parte explorativa permite construir la

función cognitiva de verificar lo no familiar o poniéndolo a lo que ya es familiar (p.65), parte esencial que llevará al niño al proceso intrapsíquico de separación – individuación.

### **Contratransferencia.**

El momento de la "mirada" fue un parte aguas en la terapia, una forma de encontrar lo faltante, me sentí conectada de manera profunda con el paciente. Pude sentir una forma de identificación más directa, el reconocimiento mutuo se notó con claridad dándole valor e importancia al paciente.

### **Sesión no. 33.**

Haciendo juego.

El paciente llega con ganas de jugar pero en esta ocasión no a la oca. Toma el memorama de oficios y comienza a colocar las piezas en la mesa y dice lo siguiente que es lo más representativo de la sesión:

P: Vamos a jugar al memorama.

T: Veo que el juego de la oca, ya no te es necesario.

P: Ese ya se terminó.

T: Quiere decir que encontraste lo que buscabas.

P: Sí, cambiamos fichas.

T: Cambiaste a tu mamá.

P: Sí, porque se quedó encerrada en la cárcel y alguien tenía que jugar conmigo.

T: Alguien que te dedicara tiempo he hiciera juego contigo.

P: Como lo hicimos hoy.

T: Así es.

**Análisis:** Se sigue mostrando el deseo de deshacerse de la madre y el deseo de buscar algo diferente que la sustituya, alguien que sí haga juego con el niño, como

dice Donald Winnicott “la madre y el niño deben hacer juego, totalmente lo contrario a dos piezas de una máquina que cuando hacen juego ya no funcionan”. En la escena lúdica se comienza a ver que el paciente puede simbolizar a la madre haciendo juego.

### **Sesión no. 36.**

Miedo al abandono.

El paciente se encuentra dentro del setting jugando a todo y a nada a la vez. Cuando de repente tocan a la puerta y me vi en la necesidad de salir del consultorio para acudir a la oficina de la directora del Centro de Atención Psicológica.

T: Alguien llama a la puerta.

P: Yo no escuche.

T: Si, ya tocaron dos veces.

P: Ninguna de las dos veces escuché.

T: Me parece que tu atención se encuentra dispersa y no puedes percatarte de todo lo que sucede a tu alrededor.

Salgo del consultorio y le indico al paciente que permanezca ahí unos minutos, yo volvería pronto.

P: ¿vas a tardar?

T: No, ya dije que no tardo.

P: Bueno, aquí te espero.

Me quedé unos minutos en la Dirección cuando de repente aparece Daniel detrás de mí, con su bolsa de autos en la mano.

T: ¿qué paso? quedaste de esperarme en el consultorio.

P: Yo quiero estar contigo.

T: Dije que iba a volver pronto.

P: No quiero quedarme solito.

T: Aquí no estás solito.

P: Por eso me traje mis coches.

T: Los únicos que te hacen sentir seguro.

**Análisis:** El paciente sigue mostrando una atención dispersa con muy poca cantidad de libido que no le permite percatarse de todo lo que ocurre a su alrededor, una parte de la libido que el paciente necesita se quedó fijada en etapas anteriores a su desarrollo. El miedo al abandono es muy marcado, no fue la primera vez que sale del consultorio para seguirme, lo impresionante es que llevaba en la mano los autos que no permite que nadie toque, y que en esta ocasión ocuparon el lugar de un objeto transicional en ausencia de la figura materna donde deposita la angustia generada por la ausencia.

#### **Sesión no. 40.**

La diferencia.

El paciente decide cambiar drásticamente de juego y ahora le llama la atención el memorama de los oficios.

P: Este juego me gusta porque yo hago muchos pares.

T: ¿Estás seguro que haces pares?

P: Sí, solo tienes que encontrar una carta igualita a la otra.

T: Igualita quiere decir que es lo mismo.

P: Claro, dos iguales.

T: Esta bien juguemos a hacer pares iguales.

Comienza el juego y el paciente saca el primer par.

P: Ya vez que fácil es.

T: Nada más que esas cartas no forman un par.

P: Sí, es la doctora y el doctor.

T: Es el mismo oficio pero no pueden hacer un par, fíjate bien, tienen muchas diferencias.

P: No, los dos tienen la bata blanca y son doctores.

T: La mujer no es doctora.

P: ¿Por qué no?

T: Porque ella es dentista.

P: Pero hacen lo mismo.

T: No hacen lo mismo. El doctor atiende enfermedades y la dentista te revisa los dientes. ¿Ya viste que no es lo mismo? Cada persona tiene algo diferente que hacer, así como tu mamá y tú.

P: Pero la doctora y el doctor son lo mismo.

T: Esta no es una doctora, es una enfermera. El doctor y la enfermera se complementan pero no son lo mismo. Cada uno hace su trabajo a pesar de trabajar en el mismo lugar, no son pares.

P: Es verdad no son pares.

T: Lo que falta es buscar su par igualito a ellos para que los puedas juntar.

P: Tienes razón.

Esta misma situación pasó con las cartas del juez y el abogado, el maestro y el músico.

**Análisis:** Los detalles hacen la diferencia, diferencias que le cuesta trabajo captar, se puede pensar que es por su falta de atención, o que simplemente la individuación no se ha alcanzado, donde se tiene consciente el rol de cada persona y que en ocasiones se complementan pero no son lo mismo.

Percatarse de uno mismo en diferencia a otros es un paso más que se tiene que dar en el proceso de internalización de las relaciones objetales que lleva a la identificación antes de lograr la identidad del yo.



## **Sesión no. 42**

¿Dónde está el síntoma?

Uno de los juegos que más le llamó la atención en la fase intermedia del tratamiento fue "Adivina quién", donde el contrincante tiene que adivinar el personaje escogido por el otro a base de ir descartando posibilidades.

P: Este juego me gusta.

T: Es nuevo.

P: ¿Lo puedo guardar en mi caja de juguetes?

T: Sí, claro.

P: Lo quiero dejar ahí para que nadie lo use.

T: Aquí nadie lo usará, es para ti.

El paciente se dedicó a colocar el tablero de cada uno de los jugadores, posteriormente colocó cada una de las tarjetas de los personajes en su lugar correspondiente, le llevó aproximadamente diez minutos. Esta tarea la realizó tranquilo, se concentró en el juego y no hubo muestras de hiperactividad e impulsividad, la atención se mostró con mayor detenimiento, el juego finalmente lo ha ido disfrutando poco a poco una forma de acercarse a la etapa de latencia. Cuando termina de colocar todas las tarjetas me invita a jugar.

P: Ya terminé, está todo listo.

T: Listo para jugar.

P: Tú siéntate allá, yo me siento aquí.

T: ¿Separados?

P: Sí, porque tú, vas a jugar tu juego y yo el mío.

T: Así tiene que ser siempre. Ya veo que lo has entendido.

A pesar de que el juego era nuevo en el consultorio, el niño ya sabía cómo jugar. Lo pude deducir desde que me indicó dónde sentarme. Le pregunté lo siguiente:

T: ¿Te sabes las reglas?

P: No, pero me las imagino.

T: y qué es lo que te imaginas.

P: Qué cada quien tiene que adivinar el personaje que escoge el otro jugador.

T: Y cómo vamos a hacer eso.

P: Tú haces preguntas y yo contesto "sí" o "no".

T: Ah, esto quiere decir que yo pregunto y tú contestas.

P: Sí.

T: dos actividades diferentes pero necesarias en el juego.

P: Sí, con esto vas a adivinar mi personaje que escogí.

T: Bien, y ¿quién gana?

P: El que adivine primero el personaje.

**Análisis:** Jugamos toda la sesión, en ningún momento trató de abandonar el juego, se nota que es uno de sus juegos preferidos. El juego se presta para ir reconociendo personajes por sus características particulares, para esto se debe de poner mucha atención y permanecer en su lugar todo el juego. El paciente logró hacerlo en compañía con alguien que le brindó tiempo de calidad. Las reglas del juego las dijo muy claras, se aprecia que las tiene bien dominadas e internalizadas, no le costó trabajo seguirlas. Hace uso de lo imaginario que lo despega de lo real para llevarlo a la parte simbólica.

### **Sesión no. 45**

Adivina quién soy.

Con gusto saca el juego de "Adivina quién" de su cajón de juego, le dio gusto que permaneciera ahí toda la semana. Parece que le agrada que las cosas le pertenezcan solo a él, donde ocupa un espacio privilegiado y único. Su nuevo juguete ya lo tenía catectizado. Me pregunto ¿dónde estarán los inseparables autos?

P: Vamos a jugar con el juego que deje aquí. El que me gusta, el que tiene muchas tarjetas de personas.

T: Se llama "Adivina quién".

P: Ese lo quiero, me gusta mucho.

T: Bien. ¿Te parece que ahora juguemos sin las tarjetas?

P: Cómo vamos a jugar sin las tarjetas.

T: Como ya conoces todas las tarjetas, tú escoges una en tu imaginación y luego yo trato de adivinarla haciendo las mismas preguntas como si la estuviera viendo.

P: ¿Tú crees que podamos hacer eso?

T: Imaginar no es difícil.

P: Bueno, yo comienzo primero a adivinar la tarjeta que tú imagines.

El paciente comienza a hacer preguntas, el juego le resulta divertido porque ahora tiene que utilizar la imaginación, representaciones internas y no un tablero real de forma concreta. Al principio se puso ansioso frente a la demanda de concentración, pero poco a poco fue disminuyendo el síntoma he hizo un gran esfuerzo para concentrarse.

P: Sigo yo. ¿Adivina quién soy? -- pregunta.

T: Yo no voy a adivinar quién eres. Yo te voy a decir quién eres.

P: ¿Quién soy?

T: Tú eres Daniel un niño que le gusta que lo miren, que jueguen con él, le gusta ser tomado en cuenta, le gusta jugar con sus autos, un niño bien portado, un niño que le gusta ser encontrado, un niño que no le gusta estar solo y que últimamente disfruta mucho jugar en su hora de sesión.

P: Ese soy yo, pero la tarjeta que estoy imaginando es otra persona.

T: Tú me pediste que dijera quién eres tú.

P: Bueno, pero ahora quiero que adivines mi tarjeta.

T: Muy bien.

El paciente de forma inconsciente habló en primera persona, cuando debió haber hablado en tercera persona y referirse a otro personaje. Fue un momento en el que se pudo describir de forma general lo que era él, otra forma de ser valioso e importante para los demás, una forma de espejear lo que él es.

**Análisis:** A través de este juego el niño mostró su deseo por ser descubierto, resaltar sus características, ser mirado, ser tomado en cuenta, ser una persona que ocupa un lugar y que es significativo para los demás. Le gusta que lo encuentren, que lo nombren, sentirse importante para el otro. No se trata de adivinar quién es, sino encajar en el deseo de otro adulto que lo mire y que le dé la existencia. Hay un deseo inconsciente de ocupar un lugar en el mundo.

#### **Sesión no. 47**

Como me ven me porto.

El paciente llega triste a la sesión, diciendo lo siguiente:

P: Hoy mi maestra me regañó.

T: Te dijo ¿por qué te regañó?

P: Dice que soy un grosero porque no le hago caso.

T: y ¿por qué será que no le haces caso?

P: Sí, le hago caso, pero cuando me grita no quiero hacer lo que me dice. Estábamos ensayando un bailable en el patio y yo no podía aprenderme los pasos muy rápido, por eso me dice que no voy a participar en el festival.

T: Tienes razón en estar enojado, a nadie nos gusta que nos griten, por eso no quieres hacer lo que te dice. Esto mismo pasó cuando te aventó el cuaderno.

P: Si, ella dice que hace todo eso, porque yo no le hago caso.

T: Me parece que tu maestra tiene que dejar de gritar y dejar de ser ella la grosera para que le hagas caso. Es una maestra agresiva, y tú ya te has relacionado mucho con este mal trato.

P: Por eso yo me salgo del salón y no regreso.

T: ¿Te sales del salón?

P: Sí, voy al baño corriendo a mojarme la cabeza, las manos y me tardo mucho.

T: Tú temor es tan grande, que no te queda otra cosa más que huir de él.

P: A mí no me gusta esta maestra, la que tenía en cuarto año era mejor.

T: Yo lo sé, ella nos ayudó mucho en tu comportamiento, y con esta maestra nos está costando más trabajo. Pero no te preocupes, vamos a encontrar la forma en la que te relaciones de una mejor manera.

P: Tú podrías ir a mi escuela a hablar con ella, porque mi mamá fue el otro día y en vez de resolver el problema se puso a gritarle también.

T: Ya veo que son igualitas, y frente a las dos tratas de huir.

P: Puedes ir a hablar con ella, como lo hiciste con la otra maestra.

T: No te preocupes, ya tenemos una cita en la escuela junto con el Director y tus papás también.

P: Gracias. –sonríe.

**Análisis:** Cuando a un niño se le dice constantemente lo que es, termina por serlo. En este caso el ser “grosero y mal portado”, ha sido lo que el paciente ha escuchado por mucho tiempo, tanto en casa como en la escuela, y finalmente termina por serlo para complacer al otro y ocupar un lugar, aunque sea, como un niño “mal portado”. Esta forma de nombrar al niño lo único que hace es fomentar el síntoma que inmediatamente se muestra frente a la agresión, situación que se trató en la reunión con la maestra. A esta altura del tratamiento el paciente no suele mostrarse así en sesión, debido a que el trato es diferente, se puede apreciar que el síntoma se reactiva cuando siente la agresión activa de los demás directamente hacia él. Se puede ver que en el niño no radica el problema, sino en la misma maestra que utiliza la identificación proyectiva donde ve en el otro sus propios defectos. Me queda claro que la madre también hace uso de este mecanismo por lo que el niño finalmente termina portándose como lo han señalado. La escisión se muestra en su comportamiento cuando se relaciona con una persona agresiva suele ser “un niño mal portado” pero cuando se relaciona con una persona comprensiva, suele ser “un niño bien portado”.

### **Sesiones significativas una vez avanzado el tratamiento psicoterapéutico.**

Las sesiones que a continuación se describen forman parte del tratamiento en un periodo avanzado, en las cuales se fueron produciendo ciertos cambios y mejoras en el vínculo terapeuta-paciente, se muestra mayor seguridad, tanto en su madre como en Daniel lo que fue permitiendo en el paciente la separación con menor ansiedad. Esto se puede apreciar cuando al principio de las sesiones no podía estar solo, si la terapeuta salía de setting el paciente la seguía o pedía salir para ir al baño o a tomar agua con la finalidad de pasar por la sala de espera y ver que su madre estaba en el mismo lugar donde la dejó. Meses más tarde fue dejando a un lado el miedo al abandono y mostrarse con mayor seguridad sin sentir la necesidad de salir del consultorio.

A medida que Daniel iba sintiendo más confianza en el vínculo, va disminuyendo su hiperactividad. La atención y concentración en la escuela se torna mejor, los resultados en sus tareas escolares comienzan a ser mejores hallándose más motivado y curioso, a la vez que paralelamente su agresividad con los demás iba desapareciendo. Sus tareas escolares comienza a realizarlas solo, sin demandar la presencia de la madre, trata de realizarlas a su entendimiento, demostrándose que puede hacer algo por sí mismo sin la ayuda del otro. Su maestra se ha percatado de sus cambios y en diferentes ocasiones lo ha felicitado. Cada vez que cuenta esta escena, lo hace con mucha motivación y orgullo. Realmente comienzo a pensar que su autoestima está mejorando y un lugar en el mundo ya sea en casa o en el aula está siendo ocupado por él. Ese lugar que todo individuo busca para ser reconocido es lo esencial en la vida, que da un sustento de existencia. Por primera vez siente que existe para el otro. Sus logros son reconocidos lo que significa que una parte de la etapa de latencia se está llevando a cabo. Su estado de ánimo comenzó a cambiar, de verse emergido en un aparente estado depresivo se muestra contento, se concentra mejor en sus labores, pareciera que fuese ganando mayor seguridad y confianza en la estabilidad de sus relaciones, habló por primera vez de un amigo lo cual me pareció significativo, así como incluye al padre en algunos de sus comentarios, esta parte no había sido abordada debido a la incapacidad materna de

permitir que el padre participara en la relación madre-hijo y en la relación paciente-terapeuta.

Algo que me llamó la atención fue que el juego a este nivel se torna más ausente que presente, lo cual ha venido sustituyéndose por la palabra, el paciente prefiere hablar que jugar, característica propia del desarrollo.

### **Sesión no. 52.**

Yo pienso.

El paciente llega contento, se le puede ver en el rostro que presenta una sonrisa al verme. Baja los escalones uno por uno con las manos metidas en las bolsas de los pantalones, se muestra tranquilo. Entra en el consultorio y prefiere hablar, los juguetes no le llaman la atención.

T: ¿Te sientes bien hoy? ---le pregunté.

P: Si. Estoy pensando. --- se muestra con la cabeza hacia abajo.

T: ¿y me puedes decir qué es lo que piensas? --- insistí.

P: Te voy a contar qué me ocurrió hoy en la escuela.

T: Me parece bien.

P: La maestra ya no me regaña tanto. Me dijo que me he portado mejor y que si sigo así podré sacar mejores calificaciones.

T: Ya veo que tu maestra ahora te mira de forma diferente. Estoy segura que tú puedes hacer eso y más. Eres un niño bien portado.

P: Ahora que me porto bien, me toma más en cuenta.

T: Eso era lo que tú querías. Tener su atención pero ahora lo haces de forma diferente, complaciéndola.

P: Yo quiero sacar buenas calificaciones porque quiero asistir a la secundaria no. 2, esa escuela que está enfrente del zoológico.

T: Ese es un gran reto.

P: Sí, por eso pienso que debo cumplir con todas mis tareas y mis trabajos para que pueda sacar mejores calificaciones.

T: Y ¿cómo piensas obtener mejores calificaciones?

P: Estudiando más. Ya sabes que últimamente he hecho mis tareas solo.

T: Yo lo sé. Ahora eres más independiente.

P: Sí porque ya no necesito que me digan que hacer.

T: Ahora, tú piensas.

P: Claro.

**Análisis:** Introducir el pensamiento antes del acto era una de las tareas de esta intervención ya que esto facilita que la parte yoica se desarrolle. Al principio se necesita de alguien quien piense y nombre los eventos por el niño, para que posteriormente él lo haga. Le inquieta su futuro, se percibe como un estudiante dentro de un nuevo periodo escolar, esto me indica que está dejando su infancia y percibirse de forma diferente en un contexto diferente. El paciente se percata que la atención de la maestra está puesta en él, cuando se porta bien, esta atención primera en forma de investidura que el adulto pone en el niño, es esencial para que posteriormente el niño pueda investirla a ella.

Surge una relación diferente entre maestra-alumno, como un reflejo de la misma relación que lleva con la terapeuta la cual puso por primera vez su interés y atención en él. Muestra mayor confianza en su comportamiento, lo reafirma remarcando que se porta bien, esto permite visualizarse a futuro en buenos términos. Se siente tomado en cuenta e importante para otras personas. El niño es querido cuando se apega al ideal de los padres, por lo tanto, el niño es aceptado cuando se porta bien, es una forma de complacerlos para no perderlos y no perder su amor tanto de ellos como de su terapeuta.

Radicalmente su conducta se va al otro extremo, ahora se da cuenta que portarse bien es lo que los demás quieren y él está dispuesto a complacerlos. Surgen los objetivos y a visualizarse en un futuro sin mencionar en toda la sesión a la madre. Pasó de ser un niño "inquieto" a ser un niño "quieto", o de ser un niño "malo" a ser



un niño "bueno", que le da oportunidad de conocer el otro lado de su comportamiento que le permite también llamar la atención de los demás pero con un matiz afectivo de la interacción diferente menos intensa, con amor y aprecio. Se encuentra en el proceso de identificación que marca Otto Kernberg donde las huellas mnémicas comprenden imágenes del objeto y del sí mismo en una interacción más diferenciada pero complementarios, incluyendo un afecto positivo, las cuales se van ir integrando con lo ya vivido.

Puedo percatarme que el paciente se ha dado cuenta que es importante para otras personas, así como los demás lo son para él, lo que anteriormente no se presentaba. Desde lo que se puede apreciar, ya se porta bien, pero el conflicto sigue, teme al abandono y no ser querido, por lo que trata de complacer a los demás portándose como ellos le piden. No podemos olvidar que la pulsión de muerte sigue siendo intensa. Presenta una identidad difusa al mostrarse inestable, cuando los otros le dicen que se porte bien lo hace para complacerlos, pero cuando le señalan que es un niño inquieto suele mostrarse de esa forma, por lo tanto su identidad es difusa, característica de una estructura limítrofe. Me pregunto si este cambio de conducta tan drástico tiene algo que ver con el tratamiento o con su escisión, que lo enfrenta en este momento a relacionarse con objetos buenos e identificarse con ellos.

#### **Sesión no. 54.**

La fracción.

El paciente llega con un examen en la mano y me dice antes de entrar a sesión lo siguiente:

P: Hoy no quiero jugar. Traje este examen que hice en la escuela.

T: Muy bien. ¿cómo te fue?

P: Bien. ¿Te acuerdas que no podía entender las fracciones?

T: Sí, me acuerdo que no podías unir las para formar un entero.

P: El año pasado no pude pero éste sí. ¡Mira mi examen! saqué ocho.

T: Te fue muy bien, esto quiere decir que hoy sí pudiste.

P: Sí, ya entendí cómo sumar las fracciones para obtener enteros.

T: ¡Claro! es como ir añadiendo pedacitos para lograr ver una totalidad.

P: Y también ya sé que un entero lo puedo dividir en varias partes, pero que siempre pertenecen a la misma cosa.

T: Esto quiere decir que antes nada más podías ver una parte de algo, por eso se te dificultaban las fracciones. Es como relacionarse únicamente con una fracción de algo. Pero ahora que conoces que se pueden unir te va mejor.

P: Cada vez voy entendiendo más las matemáticas, y sí me va mejor.

T: Cada vez vas entendiendo qué sucede contigo, por ello te va mejor.

P: Mi maestra me ha felicitado.

T: Ella debe estar muy orgullosa de ti.

P: Sí, ahora me siento enfrente de ella.

T: De esta manera sí te mira, y tú has correspondido de la misma forma. En tus calificaciones se refleja la importancia que le pones a lo que ella te pide.

P: Porque ahora ya me porto bien.

T: Muy diferente a como te portabas antes. Es como dos fracciones: una se porta bien y otra se porta mal, pero si las unes eres tú mismo.

P: Así es.

**Análisis:** La sesión de las fracciones se prestó para ver el avance del conflicto psíquico que el paciente ha manifestado durante todo el tratamiento enfocado a la dificultad de síntesis. Realmente no creo que se encontraba orgulloso por sus calificaciones, sino que, en el inconsciente el orgullo se refería a la capacidad de ver varios fragmentos en un todo.

Me parece que las experiencias diversas a lo largo de las sesiones, han permitido que se introyecten como pequeñas fracciones faltantes que forman parte de las experiencias positivas que necesitaba. Mientras pasa el tiempo va entendiendo cada vez más lo que sucede, sigue relacionándose con una conducta más aceptable. Sigo preguntándome si esto es parte de la escisión que presenta o son muestras del avance en el tratamiento o amabas. En este momento se muestra en una relación

positiva, pero en cualquier momento que se enfrente a la agresión puede reaccionar de la misma forma, ya que ha estado mucho tiempo sumergido en ella. Es notable que cada vez el juego ya no le es tan placentero, prefiere conversar.

### **Sesión no. 56.**

¿Dónde está el juego?

T: ¿A qué vamos a jugar ahora?

P: A nada.

P: ¿Sabes que le voy a pedir a los reyes magos?

T: No, no lo sé.

P: Le voy a pedir un celular.

T: Seguramente te has portado muy bien para que te traigan un regalo como ese.

P: Bueno, si no me lo traen los reyes magos, se lo voy a pedir a mis papás.

T: Esa es una buena idea.

P: ¿Tú sabías que los reyes magos son los papás?

T: ¿Quién te dijo eso?

P: Yo lo sé, porque un día los vi en mi casa dejando los juguetes.

T: ¿y por eso crees que ellos son los reyes magos?

P: Sí.

P: El otro día mi tío me dijo que me iba a mandar un celular o un ipad.

Saca de la bolsa del pantalón un celular y me enseña cómo se maneja.

P: Mira este celular tiene muchas funciones, con este botón puedes conectarte a internet, con éste otro bajas juegos, con este otro puedes poner música.

T: Ya veo que manejas muy bien el celular, eso no te cuesta trabajo aprender.

P: Es divertido.

T: Todo lo que se te haga divertido se te facilita. Estoy segura que tu mamá te enseñó a manejarlo.

P: No, ella no sabe usarlo.

T: Eso te hace diferente.

P: Sí.

T: Con quién te comunicas.

P: Con mis amigos.

Se dedicó a mostrar todas sus habilidades, las cuales muestran que es un chico que no le cuesta trabajo el aprendizaje cuando se encuentra interesado en el tema. También platicó que tiene Facebook y que conversa con su familia, juega en línea con su hermano mayor. Esto me hace percatarme que los juguetes incluyendo los autos (figuras de protección primaria) han sido sustituidos por la tecnología, que comienza a tomar parte importante en su vida, aunque sea en línea por el momento.

**Análisis:** El juego ya no es importante por lo que su conflicto puede ser abordado por la palabra en lugar del juego. Los autos han sido sustituidos por un celular, así como el juego ha sido sustituido por la palabra, cambio que corresponde a su etapa de desarrollo pero sigue mostrando en ocasiones el conflicto de unión materna. De forma visible muestra tener la capacidad de invertir cosas en el exterior donde deposita su atención, pero de forma inconsciente necesita del teléfono celular como un objeto transicional con muchas funciones que le permite estar conectado con alguien que lo escucha, se puede decir que hace la función de un cordón umbilical que le sirve para estar conectado con la madre para no sentirse abandonado. Esta inclinación hacia la tecnología es seguir inclinándose a ser diferente a la madre que lo conduce a la diferenciación de roles que conlleva a la individuación. La relación que tiene con su familia y hermanos ha mejorado, me parece que su familia empieza a tomarlo en cuenta por lo menos en el Facebook.

### **Contratransferencia.**

Me sentí triste cuando me percaté que la ilusión de los reyes magos había desaparecido, pero confundida porque recordé que la madre y la maestra hacían énfasis en su incapacidad para aprender, y lo que vino a demostrar en esta sesión es todo lo que ha aprendido acerca de la tecnología. Me sentí totalmente rebasada, al

saber que de tecnología el niño sabe más que yo, por lo que puedo asegurar que su madre se siente de la misma forma.

### **Sesión no. 59.**

Introducción del padre.

El paciente dejó de asistir tres semanas a la terapia debido a que a su papá le picó una araña por lo cual estuvo internado de gravedad. La madre se comunicó conmigo para avisarme de sus inasistencias. Cuando regresa comentó lo siguiente:

P: Hace unas semanas a mi papá le picó una araña.

T: Cuéntame qué pasó.

P: Él estaba en su trabajo reparando un camión cuando una araña le picó en la espalda. Ya no se pudo parar y lo llevaron al doctor.

T: Eso debió haberle dolido mucho.

P: Sí, porque el veneno se le fue hacia los pies y ya no pudo caminar.

T: ¿Qué les dijo el doctor?

P: Que de milagro estaba vivo, porque la picadura de una araña viuda negra era mortal.

T: ¿Tú estabas ahí cuando el doctor le dijo a tú mamá eso?

P: Sí, yo me quedé unos días en el hospital y no asistí a la escuela.

T: Te sentías preocupado y temías que a tú papá le pasara algo más grave, como morir, así como tú te sientes cuando te sientes abandonado. Por ello preferiste quedarte en el hospital para acompañarlo.

P: Sí.

Se muestra ansioso.

T: Nunca me habías hablado de tú papá.

P: Porque él nunca está.

T: Él sí está pero tú mamá no ha permitido que se relacione contigo, te quiere para ella sola.

P: Pero me dijo que cuando saliera del hospital iba a jugar conmigo.

T: Ya veo que estas deseoso de que tú papá juegue contigo. Si tu mamá no le permite acercarse a ti, tú lo puedes buscar.

P: ¿Tú crees que le guste estar conmigo?

T: Estoy segura que sí.

**Análisis:** Por primera vez introduce al padre en la sesión, a pesar de ser una figura que no se muestra, es significativa para él, a la cual no le guarda rencor. Estuvo en contacto con la muerte lo que le hace remitirse a su propia ansiedad. Anhela tener contacto con el padre a pesar de sentirse rechazado por él, lo cual indica que hay posibilidades de tener una figura que ayude a la separación con la madre.

### **Contratransferencia.**

Las tres semanas de ausencia del paciente me hicieron sentirme preocupada. Cuando relató lo sucedido confirmo mi preocupación, el accidente era más serio de lo que había imaginado. Me dio miedo al pensar en algo trágico que hubiera ocurrido e impotencia al no poder hacer algo. En general me angustie así como mi paciente lo hizo también.

### **Sesión no. 62**

Un amigo.

El paciente llega contento a sesión, se puede apreciar en la sonrisa que enmarca su rostro.

T: Hoy bienes muy contento.

P: Sí. ¿Mi mamá ya te dijo que me va hacer una fiesta?

T: ¡Una fiesta para ti!

P: ¿Por qué te sorprendes?

T: Porque nunca has tenido una fiesta. En esta ocasión tú mamá te ha preparado algo especial que sólo es para ti.

P: Me dijo que podía invitar a mis amigos.

T: ¿Cuáles amigos?

P: Tengo un amigo que se junta conmigo en la escuela.

T: ¿Él no te rechaza?

P: No. Este año escolar me la he pasado jugando con él en el recreo, nos llevamos muy bien. Algunos días él lleva sus tazos y otro día los llevo yo.

T: Compartes tus cosas con alguien.

P: Si lo hago porque él también me presta lo que es suyo.

T: ¿Cómo te sientes que alguien te preste lo que es suyo?

P: Me gusta.

T: Te gusta ser tomado en cuenta.

P: Sí.

T: Así como tú mamá lo está haciendo ahora, hasta una fiesta te organizó.

P: Me siento contento. Va haber pastel, gelatina y dulces. Te voy a guardar unos dulces para traértelos el próximo martes.

T: Esta bien. Lo más importante es que disfrutes tu día con tu amigo.

P: Él es mi mejor amigo.

T: Yo lo sé.

**Análisis:** Se notan cambios en la madre así como en el niño. Winnicott decía que la madre es la persona que introduce al niño al mundo, la que le presenta todo lo que le rodea. Esta labor debe de hacerse desde que el niño es muy pequeño para que el niño se adapte a las circunstancias. La madre poco a poco ha ido dándole un espacio significativo a su hijo, tanto en casa como en la sociedad es ocupar un lugar único en presencia de los demás, nuevamente se puede señalar que es tomarlo en cuenta y decirle "ese eres tú". Un amigo representa algo muy significativo, ser comprendido por otro, ser aceptado tal y como es y sobre todo alguien de su edad, es darse cuenta que sí se puede apreciar a las personas a pesar de sus diferencias que a otros incomodan. Finalmente su alegría la quiso compartir conmigo simbolizada en un dulce

que no se le olvido entregar la semana siguiente, tal vez una muestra de agradecimiento, tal vez un pedacito de él que ahora ya tenía un significado.

### **Sesión no. 65**

Mi papá y yo.

El paciente llega con una mochila colgada en la espalda y le señalo lo siguiente:

T: Hoy te acompaña tu mochila de la escuela.

P: No. No es mi mochila. Es una maleta donde guardo mis coches.

T: ¿Tus coches? aquellos que te acompañaban siempre a donde tu ibas.

P: No, estos coches eran los que tenía enterrados en la montaña de arena de mi casa. El fin de semana me puse a jugar en el patio y los encontré.

T: Los encontraste o decidiste sacarlos. Tú ya sabías que estaban ahí.

P: Bueno, quise jugar con ellos.

T: y ¿a qué jugaste?

P: Jugué a que les cambiaba las llantas y les hacía una afinación al motor.

T: Los estabas reparando.

P: Sí, cuando los saqué estaban sucios y algunas llantas ya no servían. Mi papá hace lo mismo en su trabajo. El otro día me llevó a su taller y me di cuenta cómo compone los coches y los camiones. Me pidió que le ayudara y yo le pasaba las herramientas que me pedía.

T: ¿Tú papá te llevó a su trabajo?

P: Sí, ahora los sábados quiere que lo acompañe. A mí me gusta porque después vamos por mi mamá a la casa y nos vamos al centro a caminar, a veces me compra lo que le pido, bueno cuando le pido algo chiquito.

T: Ya veo que tu mamá permite que tu papá conviva más tiempo contigo.

P: Ella le dijo el otro día que me enseñara algo de lo que él hace.

T: ¿Te gusta su compañía?

P: Sí, porque a él le gustan los autos como a mí.

T: Más bien a ti te gustan los autos como a él.



P: Cuando sea grande voy hacer mecánico como él.

T: Siempre te han gustado los autos, han permanecido contigo desde que eras muy pequeño.

P: Todavía tengo los coches de cuando era chiquito. Ya sabes que tengo una gran colección.

T: Yo lo sé, ellos te dan mucha seguridad. Te has aferrado siempre a ellos.

P: Por eso saqué los coches que estaban enterrados, para arreglarlos ahora que ya sé cómo se reparan. Aquí los traigo.

Sacó todos los autos y los puso en la mesa.

T: Todos tus autos están ahora juntos, limpios y reparados.

P: Podemos jugar con ellos.

T: Claro, ahora no hace falta ninguna pieza.

P: No, ya los arreglé. En la escuela mi amigo y yo jugamos carreterita. Y ¿sabes una cosa? otros niños también quieren jugar con nosotros.

T: Y tú qué piensas.

P: Que me parece bien, porque así puedo tener más amigos.

T: Ellos te están buscando, hay algo de ti que les gusta y tienen en común.

P: Tal vez mis autos.

T: No, es la forma en la que los tratas, ahora sin agresión.

P: Mmmmm.

**Análisis:** A estas alturas de la terapia el paciente se muestra con un interés de aceptar lo que algún día rechazó. Los autos que algún día enterró nuevamente fueron introducidos en su mundo simbólico tomando un lugar significativo pero en esta ocasión con todas las piezas en su lugar, que le permitieron también hacer amigos. La identificación psicosexual va acorde con su género. El padre ocupa el ideal del yo debido a la introducción de éste a una relación que en lo anterior era diádica. Ahora que el padre comienza a ocupar un lugar significativo en una relación de tres, el chico sintió la necesidad de encontrarse con sus autos enterrados y relacionarse ahora de

una forma diferente mostrándose en el trato. También por un trato diferente comienza a socializar más, lo cual le ha permitido tener más amigos.

## **Sesión no. 66**

Mi tarea.

Llega el paciente a sesión diciendo lo siguiente:

P: Hola, hoy no traje mis autos, los tuve que dejar en mi recámara porque mi papá me dijo que tenía que estudiar mucho para los exámenes finales. Él me dijo que tenía que sacar buenas calificaciones, también me dijo que podía hacerlo solo.

T: Ya veo que tu papá se interesa cada vez más en tus deberes y tiene la confianza de que tú puedes hacerlo sin la ayuda de otros.

P: Eso me dijo el domingo. Ya llevo dos días contestando las guías y no he sacado mis juguetes.

T: Estas siguiendo la orden de tu papá.

P: Espero que toda la semana pueda hacerlo, yo sé que si voy a sacar buenas calificaciones.

T: Todo esfuerzo tiene una recompensa. Dime ¿cómo te sentiste cuando tu papá te dijo lo que tenías que hacer?

P: Pues, al principio no quería hacerlo, todo el domingo me enojé con él, pero cuando llegó el lunes y la maestra entregó las guías, me acordé de lo que me dijo y me puse a hacerla.

T: ¿Crees que lo que te ordenó tu papá es para dañarte?

P: No, yo sé que debo hacer lo que me dice, pero a veces me cuesta trabajo.

T: Tiene poco que tu papá se relaciona más contigo y él desea lo mejor para ti, por ello es que te exige que te responsabilices con tus tareas.

P: Ayer llegó del trabajo y me dijo que le enseñara la guía contestada, se sentó conmigo a revisarla.

T: Eso nunca lo había hecho.

P: No, pero ayer sí me ayudó a revisarla.

T: Se está interesando en tus trabajos. ¿Cómo te sentiste?

P: Bien, me gustó que me ayudara él. Algunas cosas no se las sabía, pero las contestamos como creímos que eran, así como la maestra me dijo.

T: Que bien, obedeciste a tu maestra también. Lo importante ahorita es que estudies muy bien, tendrás todas las vacaciones para jugar con lo que tú quieras.

**Análisis:** El paciente se muestra indiferente frente a las exigencias del padre, debido a que no lo tiene introyectado como una figura de autoridad, él no ha hecho presencia suficiente para que el niño lo tome en cuenta. Tiene que haber un refuerzo de autoridad para que se decida a hacer las cosas. El padre apenas se presenta como un buen padre, que también tiene que ser introyectado para garantizar el espacio de quietud de su hijo. Interesarse en sus cosas fue lo que le agrado al paciente, con esta actitud del padre, el niño puede ir cambiando y no sentirse amenazado frente a sus exigencias reflejo de una escisión de los precursores superyoicos, donde la autoridad es vivida como una amenaza hacia la persona y no como una figura de autoridad.

### **Sesión no. 68**

Solo pero acompañado.

El paciente llega a sesión y yo estaba ocupada en la oficina, le indico lo siguiente:

T: Daniel adelántate al consultorio, en seguida estoy contigo.

P: Esta bien.

Sin contradecir la indicación, el niño se dirigió al consultorio permaneció ahí diez minutos solo sin salir ni pasar por el pasillo al baño. Cuando llegué el paciente estaba sentado en una silla con las manos metidas en las bolsas del pantalón, se mostraba tranquilo.

T: Gracias por esperar, me entretuve un poco resolviendo un asunto.

P: Aquí me quede.

T: Ya veo que sí. Ahora no te angustiaste por estar solito.

P: Ya no me da miedo quedarme solo.

T: ¿Por qué crees que ya no te da miedo?

P: El otro día mi mamá tuvo que salir de la casa con mi hermano y yo me quedé solo.

T: Pero tú siempre acompañas a tu mamá a todas partes.

P: Esta vez no. Me quedé en la casa viendo televisión y cuando me aburrí jugué un rato en la computadora.

T: Ahora estás pasando más tiempo solo, y tu mamá también lo ha permitido.

P: Yo le he dicho a mi mamá que ya me puede dejar ir a la tienda solo. La tienda no está muy lejos de mi casa, ya me sé el camino y puedo hacerlo.

T: Ya no necesitas que tu mamá esté presente y te acompañe a todas partes.

P: Pues, no.

T: ¿Cómo te sientes cuando no está ella?

P: Cuando no está ella puedo hacer lo que yo quiero.

T: Es ser tú mismo.

P: Sí, sin nadie que me esté diciendo lo que tengo que hacer.

T: Porque tú sabes pensar. Hacer y pensar lo que tú quiere es sentirse libre.

P: Así me siento.

T: ¿Cómo?

P: Libre.

**Análisis:** Comenzar a sentirse libre frente a una madre que durante mucho tiempo se ha mostrado como una sombra al lado de su hijo, es muy reconfortante. El paciente por sí mismo demanda la necesidad de un tiempo solo, él mismo expulsa a la madre de su entorno, está experimentando momentos de soledad que por lo que se muestra los vive dentro de un espacio de quietud psíquica, donde solamente los objetos buenos introyectados lo hacen posible. Permanecer solo haciendo algo de interés es un gran logro para el paciente. El avance que ha tenido la madre se muestra en el

El T.D.A.H. como síntoma infantil ante la realidad psíquica de la pérdida del objeto de amor.

desprendimiento gradual que ha hecho con su hijo, desprendimiento que debió haber ocurrido desde los primeros años de edad.

## **Entrevistas con la madre.**

Las entrevistas con la madre se realizaron cada cuatro sesiones al inicio del tratamiento, y luego se fueron espaciando a una sesión cada dos meses.

En las sesiones con la madre se conversaba sobre la relación de ella y su hijo, focalizando mi intervención en hacerle significativos los comportamientos de Daniel para poder comprender qué motivos estaban guiando sus comportamientos, así como qué motivos le llevaban a ella a responder ante Daniel y sus acciones. Se le ayudó a pensar lo que antes no había pensado, se le ayudó a nombrar lo que antes no había sido nombrado.

En las entrevistas iniciales la madre se muestra ambivalente, por un lado desea rescatar a su hijo y por el otro lado muestra una incapacidad de relacionarse de forma afectiva y de identificar las emociones del niño, lo cual termina en una relación agresiva por ambas partes y de rechazo. Ella dice constantemente que sí quiere a su hijo, pero la poca atención que le pone denota lo contrario. A partir de estas entrevistas comienzan a aparecer algunos mecanismos de defensa sobre todo primitivos que forman parte de su estructura de personalidad como la formación reactiva y la proyección.

Tomando en cuenta la historia de vida de la madre, hay muchas razones para creer que el trato que le da a Daniel es una repetición de su misma historia. Ella también fue una niña abandonada por su madre a temprana edad, lo que no permitió que se desarrollara bajo los cuidados maternos, los afectos y un hogar estable. Se aprecia que no sabe conducirse con respeto, tolerancia y amor, esto me hizo pensar que el tratamiento iba a prolongarse más de lo necesario, debido a que la madre constantemente se le tenía que repetir las indicaciones a seguir.

En la fase de inicio la madre remite lo siguiente: "He intentado hacer los cambios que se me sugirieron, realmente me ha costado trabajo adaptarme a ellos, estoy haciendo todo lo posible por que la relación con mi hijo ya no se base en la

agresividad, debo de reconocer que dirigirme a él sin gritar, es un gran esfuerzo, también, he notado que Daniel ha estado más tranquilo en casa, ya no he recibido quejas de la escuela hasta el momento, sus calificaciones siguen igual pero espero que cambien con el tiempo". Se vuelven a recordar los puntos que se deben de llevar a cabo, es necesario que se le recuerde constantemente lo que se debe de hacer. Se nota que ha puesto mucho de su parte y con ello se reafirma la alianza terapéutica.

Se le ayudó a pensar la relación con su hijo, el origen de la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención, siempre mencionando que el síntoma no es del niño, sino de una relación donde ella tiene mucho que ver. Al principio la madre no aceptó que ella era la causante de los síntomas de su hijo, trató de transmitir la culpa a las maestras de clase o al padre diciendo "mi hijo es igualito a su padre, él era así cuando era chiquito".

En estas primeras entrevistas se aprecia una madre incapaz de ver al niño e incapaz de ver qué pasa con él. Comienza a percatarse que el padecimiento de su hijo no era cosa fácil, por lo que decide cooperar y dejar que se le den indicaciones de cambio ya que ella está totalmente involucrada en el caso y es la persona que se encuentra entre la escuela y el tratamiento. Al respecto menciono que "estoy interesada en traer a mi hijo a la terapia, haré lo posible por ayudarlo, estoy condicionada por parte de la escuela a traerlo de lo contrario mi hijo no pasará de año". Nuevamente se presenta una contradicción, la madre está interesada o está condicionada. De cualquier forma el niño siempre asistió a sesión el día y hora indicado.

Las fantasías de la madre entorno al tratamiento no tardaron en mostrarse cuando le dice a la terapeuta que "usted tiene que hacer que mi hijo cambie, yo sé que traerlo aquí a la terapia le va ayudar a sacar buenas calificaciones y portarse bien". Nuevamente se coloca fuera del caso cuando ella es la misma generadora del síntoma. Se trabajaron las fantasías que poco a poco se fueron centrando en el campo de lo real involucrándola en el tratamiento. Poco después se le sugirió tomar terapia individual, a lo cual mencionó que "yo no puedo hacer eso, el que tiene el

problema es mi hijo, y si ya lo traigo aquí con eso basta". Sigue sin involucrarse, esta parte de reconocer su participación en la conducta del niño, fue tema de varias sesiones donde finalmente reconoce que un buen tratamiento no lo hace el terapeuta, sino la participación de los padres.

En la fase intermedia se percibe que los cambios con la madre se fueron dando poco a poco, se fue incrementando su capacidad de tolerancia, disminuyendo la agresividad, sobre todo para poder proveer a Daniel un medio que facilitara la posible metabolización de sus angustias de modo que se sintiera con más seguridad, para poder lograr la individuación requerida para un buen desarrollo yoico. De alguna manera se le ayudó a romper la simbiosis que mucho trabajo le cuesta a la madre verse distante de su hijo.

Se reconocieron las ansiedades de ambos, los estados emocionales displacenteros se manejaron con tolerancia y dándoles la significación que tienen, la madre logró identificar el comportamiento de su hijo con su estado emocional para entenderlo mejor e identificar el origen del comportamiento.

Aprendió a no reprochar los insultos y rabietas de su propio hijo, sino a dialogar con él de un modo colaborativo hasta poder encontrar qué sentía Daniel que lo llevaba a comportarse de tal modo, buscando alternativas más adecuadas para expresar su malestar. Aprendió, también, a estar más disponible cuando Daniel la solicitaba proporcionando tiempo exclusivamente de calidad para su hijo, sin intervenciones de terceros. Cuando la madre tenía que ausentarse aprendió a explicarle por qué tenía que hacerlo, cuáles eran sus motivos. Aprendió a reconocer las necesidades de su hijo como parte de él y no como puras demandas. Comprendió que los síntomas de su hijo tenían mucho que ver con el tipo de relación que llevaba con él basada en la agresividad, que no permitió que el buen desarrollo se llevara a cabo.

Ya avanzado el tratamiento la madre ya no veía los síntomas de su hijo como algo que molesta, ya no se preocupaba tanto, comenzó a disfrutarlo en mayor



medida. Al restablecer su valoración como madre, pudo comenzar a mirar a Daniel con más orgullo y admiración produciendo en él una mayor estructuración.

Ahora permite que su hijo permanezca más tiempo solo, de esta manera ella misma comienza a experimentar momentos de libertad donde menciona que "mi hijo cada vez más hace sus tareas solo, y yo lo he dejado". Cuando la madre permite gradualmente la separación ambas partes se benefician y realizan como madre e hijo.

La madre ha permitido la introducción del padre, al parecer va por buen camino, ahora el padre pasa más tiempo con Daniel, a pesar de que él no se mostraba interesado en el tratamiento de su hijo.

### **Entrevistas con las maestras.**

Se solicitó una primera entrevista con la profesora Rosalba de 4to. grado debido a que ella fue la primera persona interesada en que el niño asistiera a terapia. Ella se percató en poco tiempo de que el algo andaba mal en Daniel, cuando se le preguntó qué era lo que ella había visto comentó lo siguiente: "Tiene poco que inició el ciclo escolar y Daniel se ha mostrado muy inquieto, no se esfuerza en sus trabajos, se da por vencido fácilmente, no tiene ganas de trabajar al parecer necesita de apoyo extra para salvar el año, se muestra desatento, no se concentra, no permanece en su lugar, trae la tarea incompleta. He puesto de mi parte pero al parecer no funciona lo que hago". Por lo anterior la profesora decide condicionar al niño a tomar una terapia, la madre se mostró interesada porque de esta forma ya no iba a tener más enfrentamientos con la maestra y su hijo.

La maestra Rosalba se mostró comprensiva y participativa en las entrevistas. Cuando se obtuvo el diagnóstico del niño, nuevamente se solicitó una cita con ella para comentarle la forma en la que ella podía ayudarnos dentro del salón de clases, así mismo se le explicó cómo deberían ser los tratos con el niño para lograr mejores resultados ya que el niño presentaba T.D.A.H. de tipo vincular. Ella no tenía

conocimiento de cómo se tratan a los niños que presentan T.D.A.H. y mucho menos de tipo vincular, por lo que se explicó a grandes rasgos qué era y cómo se origina. Se hizo énfasis en el buen trato hacia el niño, en fomentar la participación en grupo, tenerlo cerca de ella, tomarlo en cuenta, estar atenta a sus necesidades educativas, proporcionarle mayor tiempo para realizar sus tareas, mostrar paciencia y tolerancia, sobre todo tener la capacidad de relacionarse con palabras no con gritos.

A mitad del ciclo escolar se hizo una visita a la escuela, para ver cómo iban las cosas, la maestra Rosalba comentó lo siguiente: "He estado tratando a Daniel como se me indicó, al parecer ha tenido avances, se muestra más interesado en su trabajo, pero lo inquieto no se le quita. He notado que su mamá se involucra más en las tareas de su hijo, lo ha estado apoyando pero necesito que le ayude más, aún falta mucho por hacer. A la madre le cuesta trabajo aceptar que su hijo tiene problemas".

Se siguió trabajando de la misma forma hasta que terminó el ciclo escolar. Daniel logró pasar de año y disminuir sus síntomas. El trabajo que se hizo con la maestra Rosalba fue positivo, ella se mostró interesada en el caso, su carácter tranquilo sirvió mucho para que Daniel se sintiera contenido en la escuela, al parecer el niño se siente bien y responde mejor cuando tiene cerca una imagen materna amorosa.

Al inicio del siguiente ciclo escolar la profesora Rosa Laura de 5to año, comenzó a señalar a Daniel como un niño "mal portado". Ella ya tenía antecedentes de la conducta del niño, por lo que no dejó de decir que: "es un niño que no aprende, no le ponen atención y su mamá se pelea con todas las maestras de esta escuela, yo no voy hacer nada por él, voy hacer como si no existiera". Este comentario me hizo pensar que el niño iba a estar todo un año con una maestra poco tolerante, poco participativa y renuente al cambio. No me equivoque en mis pensamientos, cuando tuve la oportunidad de platicar con ella le pedí que me dijera lo que ella había hecho para solucionar los problemas con Daniel y mencionó lo siguiente: "como el niño no me hace caso, lo saco del salón, no tengo porque tratarlo bien si él no hace lo que yo le digo, el otro día le aventé el cuaderno porque su tarea estaba mal hecha, he

llegado al punto de no tomarlo en cuenta, ya no me interesa si aprende o no. Yo creo que todo lo que han hecho con él no ha servido de nada, es necesario que le hagan un estudio médico y que lo mediquen para que cambie”.

La maestra Rosa Laura estaba convencida de que el niño necesitaba un medicamento para solucionar los problemas, ella no se daba cuenta de que sus malos tratos estaban provocando que los síntomas de Daniel volvieran a manifestarse con mayor intensidad. El niño se estaba enfrentando a la agresividad de su maestra y la respuesta ante estos tratos es la misma que ha manifestado cuando su mamá se comporta de la misma manera.

Me quedó claro que los síntomas de Daniel como la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad eran una respuesta ante la agresividad y la incapacidad de relacionarse de forma afectiva de su maestra y su mamá. Se le explicó a la maestra lo que se había hecho con Daniel en terapia y lo que ella podía hacer en el salón para ayudar en el caso, no muy convencida aceptó hacerlo pero no dejó de insistirle a la madre que tenía que llevar al niño con un neurólogo. La madre no pudo pagar el tratamiento médico por lo que siguió llevando a Daniel a sus terapias analíticas.

Al finalizar el ciclo escolar Daniel ya se encontraba en una etapa avanzada del tratamiento, donde aprendió a relacionarse con alguien diferente, con alguien que le brindó un espacio y atención dentro de un marco contenedor. Sus calificaciones mejoraron lo cual le permitieron pasar de grado, porque yo sé que es un niño que tiene muchas posibilidades de aprender, cuando se le toma en cuenta, cuando ocupa un lugar privilegiado, cuando no se le ignora y sobre todo cuando tiene significado todo lo que hace, porque él es un niño listo.

## **VI. ANÁLISIS Y DISCUSIONES DE RESULTADOS.**

Adentrarse en el tema del T.D.A.H. y la terapia psicoanalítica, nos muestra una infinidad de situaciones a discutir, las cuales sólo se basarán en hacer una psicodinámica de la triada de síntomas, el modo de intervención, similitudes con otro trastorno y a proporcionar respuesta a las preguntas de la presente investigación.

### **Enfocados a los síntomas:**

Daniel tiene nueve años de edad, es un niño que de acuerdo a su edad cronológica debe encontrarse según lo que Freud denominó "periodo de latencia", pero para ser más específicos Bertha Bornstein (1951) ubica al paciente de nueve años en el segundo periodo de latencia, donde la característica del yo es catectizarse así mismo y no a una zona erógena. Para ella la catectización recae principalmente en dos áreas específicas, el área motora que trae como consecuencia el placer en el movimiento corporal sin caer en el movimiento perturbador y el área cognitiva donde el aprendizaje es algo que se debe disfrutar, mostrando mayor desarrollo del mismo. Con el desarrollo de las funciones cognitivas el desarrollo emocional se acrecenta, por lo tanto, hay mayor control de impulsos y el niño en esta etapa puede expresar en palabras claramente sus emociones o lo que necesita. Peter Blos (1971) hace énfasis en que los niños en esta etapa desarrollan más su inteligencia que se refleja en el uso del proceso secundario de pensamiento, donde se emplea el juicio, la generalización y la lógica, comprensión social, empatía y sentimientos de altruismo así como mayor capacidad de postergar la gratificación. El yo y el superyó tienen control frente a los impulsos debido a que son más rígidos, por ello pueden controlar más los deseos incestuosos y la masturbación así como mayor resistencia a la regresión, lo que en realidad cambia en la etapa de latencia es el incremento del control del yo y el superyó sobre la vida instintiva. Edith Buxbaum (1980) señala que la catectización que se encontraba en el objeto externo ahora se dirige a las representaciones internas del mismo, prevaleciendo la ley del padre que se muestra en las reglas y límites que el niño por lo regular expresa por sí solo. En este periodo el mundo externo del niño se

amplía a lo grande, se relaciona con mayor tenacidad con amigos y los pares, dirigiendo todo el movimiento en alguna actividad física. El mecanismo típico de esta edad es la sublimación, la cual aparece por primera vez en el individuo que le permite sublimar la libido y la agresión generadas. El niño en esta etapa se siente más seguro en la ausencia de sus padres, menos enojado de ser dejado, menos ansioso debido a que sus deseos de muerte contra sus padres se han debilitado y por ello es menos vulnerable. Las ausencias de los padres le ayudan al niño a conseguir la independencia y la autonomía que necesita. Habiendo conseguido el control de su cuerpo y de sus funciones, los lazos con sus padres se terminan y es libre en cierto grado para entrar en nuevas relaciones. Con el desarrollo yoico la concentración y la atención se manifiestan en periodos más prolongados, por lo tanto el aprendizaje es algo que el niño en etapa de latencia debe de disfrutar.

La mayoría de estas características son las que un niño en etapa de latencia debe de cumplir cuando su desarrollo libidinal va avanzando adecuadamente, pero cuando se presenta alguna falla en el desarrollo psíquico estas mismas no alcanzan a mostrarse en la edad adecuada. En el caso de Daniel las características más sobresalientes de la etapa de latencia que no se han llevado a cabo en buenos términos de desarrollo, son el disfrute del movimiento corporal y el aprendizaje, debido a que gran parte de la libido se encuentra fijada al final de la etapa oral donde se encuentra todo su conflicto, por lo tanto el yo no tiene la libido suficiente para poder catectizar su propio movimiento, mostrar atención y concentración que son herramientas esenciales para el aprendizaje, y con un yo debilitado no puede tener un buen control de sus impulsos.

La fijación del yo que muestra el paciente al final de la etapa oral, se fue mostrando desde las entrevistas iniciales que se le hicieron a la madre, así como en las sesiones diagnósticas y tratamiento. El yo que presenta Daniel se considera poco evolucionado, en términos generales hace uso del pensamiento primario, muestra rasgos narcisistas, no reprime la agresión, presenta baja capacidad de atención y concentración, tiende a mostrar angustia de persecución y de abandono; (ver sesiones diagnósticas no. 1, 2, 3, 5, y sesiones de tratamiento no. 2, 7, 26, 28). El

mecanismo más relevante que presenta Daniel es la escisión que lo conduce a preservarse, así como el uso de la idealización primitiva, y la identificación proyectiva; (ver sesión diagnóstica no. 2, y sesiones de tratamiento no. 6, 8, 9, 10). El superyó se conduce a partir de las primeras raíces, donde otra persona adulta todavía debe de señalar los límites; (ver sesión de tratamiento no. 2). Los impulsos no son detenidos por la barrera del yo, haciendo uso de la conciencia, estos son expresados directamente en la conducta; (ver sesiones diagnósticas no. 1, 3, 4, 6 y sesión de tratamiento no. 4). La prueba de realidad se encuentra estable mientras no se enfrente a su problema en situaciones estresantes. Teniendo un panorama general de la poca evolución de las instancias psíquicas y los mecanismos de defensa de bajo nivel que presenta Daniel, se puede señalar que su conflicto se originó después de los seis meses de edad, mostrando rasgos de personalidad limítrofes. Todas estas características hacen que el paciente no alcance a cumplir las metas de desarrollo de la etapa de latencia debido a que tiene conflictos psíquicos en etapas anteriores que resolver.

Los síntomas más relevantes con los que Daniel llega a consulta son: hiperactividad, déficit de atención y agresividad, los cuales me hicieron pensar inmediatamente que el niño cumplía con los criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, pero al escuchar la historia de vida del niño encontré elementos suficientes generadores de dichos síntomas, por lo tanto, decidí que el niño se quedara en terapia psicoanalítica sin dejar de lado el estudio neurológico que corroboró el trastorno.

Frente a este caso de T.D.A.H. me pregunté: **¿Qué pueden hacer los psicoanalistas si el T.D.A.H. es un trastorno que se ha tratado medicamente y en el mejor de los casos con ayuda de una terapia conductual? ¿La teoría psicoanalítica tendrá conceptos que nos ayuden a entender la etiología de los síntomas? ¿La terapia de juego de corte psicoanalítico se puede usar como tratamiento con un niño que presenta T.D.A.H.? ¿Qué tipo de estructura psíquica subyace en un niño con T.D.A.H.?**

El exceso de motricidad fue el primer síntoma que traté de comprender debido a que es lo primero que se ve y molesta a la madre así como a los maestros de Daniel. El síntoma se puede apreciar tanto en casa como en la escuela y no tardó mucho en manifestarse en las sesiones, el cual ha sido un movimiento perturbador que no ha dejado que el paciente disfrute del aprendizaje y de una buena socialización con los demás, mostrándose con mayor intensidad cuando se encuentra frente a una maestra agresiva, poco tolerante y rechazante. Este exceso de motricidad se cataloga en el paciente como patológico otorgándole el concepto de hiperactividad, Para Janin (2005) no es lo mismo un niño inquieto con vitalidad que un niño con hiperactividad. En el primero el despliegue motriz conduce a objetivos y metas, se disfruta del movimiento y el aprendizaje que este mismo puede derivar, en el segundo caso el mismo movimiento es la parte que obstaculiza el goce del mismo y el aprendizaje, no hay metas ni objetivos definidos, por lo que se puede señalar que es el síntoma de un problema psíquico. En el caso de Daniel el exceso motriz ha sido perturbador no lo conduce a algo en específico y debido a esto cumple con el criterio de hiperactividad; ver sesión diagnóstica no. 1 y sesión de tratamiento no. 8).

La historia de vida de Daniel nos muestra que la hiperactividad comenzó a gestarse desde antes de nacer, a pesar de ser un niño deseado la madre no mostró interés en el embarazo, se encontraba ambivalente, algunas veces agresiva y otras deprimida. El niño se hacía notar con sus movimientos exagerados, como diciendo "aquí estoy". La depresión postparto que presentó la madre así como la desilusión de no haber tenido una niña, hace que la madre no acepte al niño y de manera inconsciente comienzan los rechazos hacia él. Le retira la leche materna a los dos meses de edad asumiendo que no era de calidad, -- me dio la impresión que la que no era de calidad era ella misma,-- destetó a su hijo bruscamente y con anticipación, le proporcionó los cuidados básicos sin involucrarse de forma emocional con su hijo. El niño va respondiendo ante este maltrato con reflujo, llanto y malestar general como un rechazo materno. Winnicott citado en Bleichmar (2010) está convencido de que los niños dan señales de padecer alguna anomalía en su desarrollo emocional durante la primera infancia, incluso cuando sólo son unos bebés. Para Pérez de Plá y cols. (2004) la hiperactividad puede observarse en el niño a partir de los dos meses de

edad en relación a su vínculo materno con un malestar continuo. En el caso de Daniel dentro del vínculo no hubo un equilibrio entre gratificaciones y frustraciones que la madre debió proporcionar, las frustraciones fueron las que dominaron en la relación y fueron las que formaron las primeras huellas mnémicas que hasta la fecha se pueden apreciar en el juego del paciente; (ver sesiones diagnosticas no. 1 y 6). El poco interés hacia su hijo, las separaciones constantes y prolongadas a partir de los seis meses de edad y el poco acercamiento emocional, provocaron que no se llevara a cabo la integración de las imágenes objetales de diferentes valencias, tanto del objeto como del sí mismo. En la teoría de las relaciones objetales de Otto Kernberg (1977/2001) menciona que la incapacidad del yo para integrar las imágenes de valencias opuestas se debe a que el matiz afectivo que se presenta en las relaciones entre el sujeto y el objeto dentro de las introyecciones es mayormente negativo y esta descompensación impide la integración. La falta de integración es poco a poco usada con fines defensivos por el yo incipiente y mantiene la separación o escisión entre introyecciones positivas y negativas, de las introyecciones negativas surge la ansiedad, el yo del niño está invadido mayormente de instinto agresivo el cual trata de expulsar hacia afuera todo lo negativo. De este modo el niño se relaciona mayormente con un objeto agresivo del cual trata de huir por lo que se refleja en su conducta hiperactiva; (ver sesión diagnóstica no. 6 y sesiones de tratamiento no. 9 y 10). Este es un periodo de construcción psíquica que deja en la expresión psicomotriz diversos rasgos, la psique del niño contiene objetos internalizados que se han identificado con su misma parte agresiva y frente a este afecto el niño trata de huir impidiendo el buen desarrollo yoico en las siguientes fases de desarrollo quedando en mayor parte en una etapa primitiva.

Para Freud (1920/1979) una madre agresiva es generadora de conductas de huida, debido a que no corresponde a las necesidades de su hijo. En la evolución del yo hay una etapa llamada "Yo de placer purificado" donde el yo incorpora como propio todo lo que le da placer y expulsa lo que le produce displacer. El objeto es depositario de lo displacentero, se constituye en lo odiado y frente al cual el niño tiende a huir reflejándolo en la conducta hiperactiva, dando origen a un punto de fijación en el desarrollo del yo si la madre no soporta la agresión natural del niño.



Cabe destacar que en buenos términos del desarrollo psíquico, es la madre quien debe de soportar la agresión y no el niño ser el depositario de la agresión materna. En el caso de Daniel sus displaceres no fueron atendidos con amor, la madre se desesperaba de su inquietud, y sus llantos por lo que su agresión la depositaba en su hijo, este malestar se tornó desesperante para el niño llevándolo a un movimiento cada vez más intenso. Se puede decir que hubo una afectación en el vínculo materno que impidió la evolución del yo a la siguiente etapa llamada "Yo de realidad definitivo" donde se alcanza mayor percepción, atención, memoria, pensamiento, dominio motor, represión, resistencia y examen de la realidad. Para Freud (1911) la excitación motriz constante es un síntoma que esconde un incremento del estímulo interno que no ha sido satisfecho, atendido o calmado, el niño no se puede quedar así, por lo que se reactiva una búsqueda constante de un objeto que colme su displacer y que pueda detectar sus necesidades. Esta **búsqueda constante del objeto faltante** se puede ver en las sesiones diagnosticas no. 2, 3 ,4, y sesiones de tratamiento 2 y 3. Poco a poco mi posición como terapeuta fue ocupando el lugar del objeto faltante, "un objeto bueno que promueve buenas relaciones objetales" como dice Corderch (2010), donde la relación tuvo un matiz afectivo positivo que fue ayudando al yo del paciente a mostrarse más diferenciado; ver sesiones de tratamiento no. 22, 25, 30). En estos casos el terapeuta ocupa la posición del objeto faltante, ya que la madre no puede hacerlo debido a que es la generadora del mismo displacer mostrando una gran incapacidad de relación afectiva hacia su hijo.

La hiperactividad entendida bajo los conceptos de Donald Winnicott (1958/1993) se genera en relación con una madre no suficientemente buena, que no puede proporcionar un "ambiente benigno" para su hijo, el cual permite el desarrollo de la "capacidad para estar solo" que constituye uno de los signos más importantes de madurez en el desarrollo emocional. Winnicott dice que las experiencias agradables del niño con sus objetos serán internalizadas, y estas le proporcionarán una suficiencia de vida, el niño se mantendrá satisfecho, incluso en ausencia o presencia de su objeto maternante, debido a que se encuentra una madre suficientemente buena en la psique del niño. El "ambiente benigno" lleva a la integración de los objetos y del sí mismo, a la diferenciación del yo – no yo, y al logro de la constancia

objetal. Una carencia en las funciones de sostén (holding), manipuleo (handing) y presentación del objeto (object presentation), conlleva a la interrupción de la continuidad existencial, este hecho se vivirá como traumático llevando al niño a un estado de no existencia incorporando un falso self, donde la excitación motriz se incrementa con la finalidad de escapar del deseo devorador de una madre no suficientemente buena, una madre que no permite que su hijo experimente el espacio de la quietud. En el caso de Daniel su hiperactividad es el reflejo de un falso self que necesita ir despojando para descubrirse así mismo. El tratamiento de corte psicoanalítico le ha proporcionado al paciente vivencias de integración, diferenciación así como un "ambiente benigno" que disfruta y que sabe que es para él solo; (ver sesiones de tratamiento no.22, 25, 30, 40, 45).

Cuando Daniel tenía dos años de edad, la madre se percató que su hijo no la acepta como madre, por lo que trata de mostrarse como una madre buena asumiendo una conducta engolfante, su prolongada sobreprotección e intrusividad que surgen debido a sus propias ansiedades o necesidades simbióticas –parasitarias-, hizo que se transformara en la sombra de su hijo ocupando el espacio del niño en todo momento. Para Margaret Mahler (1975/2002) el engolfamiento no permite que el niño explore su entorno de forma natural y se considera una conducta agresiva para el propio niño. Esta relación engolfante llena de agresividad refuerza la hiperactividad del paciente que ha habido sido implantada a temprana edad. Es en esta subfase cuando la hiperactividad del paciente comienza a molestar a todos pero aún no lo consideran como un problema de comportamiento, se puede apreciar que hay más huida de la madre que acercamiento, debido al temor de que el objeto lo engolfe en su totalidad. Bajo este engolfamiento la madre no tuvo la oportunidad de compartir las habilidades y experiencias de su hijo, no cubrió la necesidad objetal que le demandaba, el engolfamiento confirma el vínculo de la madre hacia su hijo de forma violenta lo que acrecenta los síntomas ya existentes. Estando escendido el paciente ve a la madre totalmente mala y se relaciona con ella de la misma forma; ver sesión diagnóstica no. 2 y sesión de tratamiento no. 25, por lo que tiende a relacionarse con los demás con agresividad.

De la misma forma las prolongadas ausencias de la madre hicieron que el niño fuera acumulando ira para después ser proyectada en presencia de la madre, estos son los constantes enfrentamientos y diferencias que tienen, así como los fuertes berrinches que presenta y la demanda materna que funciona como un yo externo debido a que no se logró el proceso de diferenciación yo – no yo y el logro de la constancia objetal, centrándose en la escisión ya que no puede tolerar los sentimientos de amor y odio simultáneamente. La falla en el logro de la constancia objetal se debe a que la madre no hizo una separación gradual con su hijo para llevarlo a la simbolización, en este caso lo hizo de forma abrupta y ambivalente, primero se ausenta por periodos prolongados y después no se separa de él. La falla se pudo ver cuando el paciente pedía salir del consultorio para ir al baño pero lo que hacía era ir con su mamá para ver si seguía esperándolo; (ver sesión de tratamiento no. 10). En otra ocasión tuve que salir del consultorio pero el niño no pudo quedarse un momento solo, se angustió y me alcanzó en la oficina; (ver sesión de tratamiento no. 36). Este comportamiento me indicó que el paciente aún no logra permanecer solo aun en ausencia o presencia de un adulto, lo que me llevó a confirmar que en su psique aún permanecen objetos internalizados con un matiz agresivo. Winnicott (1963/1993) afirma que “la simbolización va de la mano de la separación gradual del primer objeto maternante”.

El surgimiento del movimiento perturbador en el caso de Daniel pasa a formar parte de uno de los seis determinantes de la hiperactividad que Beatriz Janin (2005) ha detectado bajo la observación clínica con niños que presentan T.D.A.H. Ella menciona que no solamente la hiperactividad surge a partir de la incapacidad yoica para hacer la síntesis de las imágenes de los objetos y del sí mismo, el cual lleva al no logro de la constancia objetal, sino que también podemos encontrar niños que fracasan en el pasaje de la pasividad a la actividad dentro del complejo de Edipo masculino y que este movimiento es una señal del mantenerse activo para no renunciar a la posición masculina. También podemos encontrar padres deprimidos por lo cual el niño intenta con sus movimientos exagerados mantenerlos despiertos y con vida con la finalidad de no ser eliminado. En otras situaciones el niño lucha con los deseos mortíferos es un intento de expulsar la pulsión de muerte no tramitada,

con el movimiento exagerado busca una trasposición directa del odio al amor intentando mantener la vida frente a la muerte atrapada en su movimiento. Una falla en la instauración del superyó, también genera hiperactividad reflejándose en el desafío de toda autoridad y revelándose a toda norma, ya que el niño se siente atrapado en la voluntad omnipotente del otro que no lo piensa como sujeto y del cual desea huir.

Las teorías psicoanalíticas antes expuestas a cerca de la hiperactividad, nos permiten ver que hay una relación entre agresividad, escisión y exceso motriz que van de la mano cuando el matiz afectivo del vínculo materno no está equilibrado inclinándose más en las experiencias frustrantes. Con estas teorías tenemos elementos suficientes para poder afirmar que **sí hay conceptos psicoanalíticos que nos permiten ver lo que no se ve a simple vista frente a un caso de hiperactividad**, poder detectar en el transcurso del desarrollo libidinal cual es la falla en relación con el objeto materno y la etapa de desarrollo en la que se encuentra, porque la hiperactividad no es exclusiva de una edad y tiempo determinado, esta puede surgir a partir de los primeros meses de edad haciendo todo un recorrido hasta el complejo edípico, edad en la que la mayoría de los padres comienzan a buscar ayuda para poder comprender el comportamiento atípico de su propio hijo. La madre de Daniel lo llevó por primera vez con un psicólogo cuando el niño tenía seis años de edad, sin imaginarse que su padecimiento ya estaba implantado desde que era un bebé, transcurrieron tres años pasando del psicólogo a una terapia educativa para finalizar con la terapia psicoanalítica que lo ha contenido por mayor tiempo.

Entender la hiperactividad bajo un vínculo carente de afectos amorosos fue solo el comienzo, la poca presencia e interacción que hacía la madre de Daniel frente a su hijo originó también el déficit de atención, el cual fue detectado en el transcurso del primer año escolar, llevándolo a tener problemas en la adquisición de la lecto-escritura. Para poder entender el déficit de atención, primero tuve que comprender cómo surge la atención en relación con el objeto maternante. Para Freud (1895/1979) la atención es investidura y para que ocurra esto el objeto maternante debe hacer presencia constante frente al niño y dejarse investir por él, esta interacción permite

que la atención refleja evolucione a la atención psíquica la cual se rige con la conciencia secundaria la cual tiene el poder de inhibir procesos psíquicos primarios, así como dirigir las investiduras al mundo exterior utilizando la conciencia y el pensamiento. La poca atención que presenta Daniel es una muestra de lo que Freud (1915/1979) llamó una "atención dividida" no invierte al objeto en su totalidad y esto se debe a que la madre no estuvo en el lugar adecuado en el momento justo para atender las necesidades de su hijo, por lo cual no puede invertir con su atención contenidos académicos que se le demandan únicamente se centra en una parte de la realidad, esto se puede apreciar cuando solo entiende una parte de la lectura o solo se enfoca a ver los dibujos de un cuento sin percibir el mensaje en su totalidad, o cuando juega memorama le cuesta trabajo concentrarse en los detalles que hacen diferente una figura de la otra; (ver sesión de tratamiento no. 40). El paciente se distrae con todo lo que pasa a su alrededor, pasando de un punto a otro en muy corto tiempo; ver sesión diagnóstica no. 6), este evento muestra que no puede dar tiempo a que los signos de realidad lleguen a la conciencia y registrarlos para poder dirigir la atención en ellos, por lo que se puede decir que tiene un déficit en invertir determinada realidad, consecuencia de la incapacidad de inhibir los procesos psíquicos primarios por un Yo con escasa libido. El disfrute del aprendizaje para Winnicott (1979) se refleja cuando el niño muestra una gran capacidad para crear, es espontáneo, constantemente expone sus propias ideas, se siente auténtico lo cual lo lleva a interactuar con mayor seguridad, él dice que éstas características surgen a partir de la interacción constante con la madre dentro de una respuesta empática la cual hace que el niño se instale en la vivencia de la omnipotencia de haber creado al objeto y después destruirlo cuando ya no lo necesitara, de lo contrario el niño no mostrará iniciativa, herramienta necesaria para el buen disfrute del aprendizaje.

Todo este acontecer se percibe más en la escuela donde la demanda de atención es mayor, y el niño no puede corresponder a esta misma. Para Edith Buxbaum (1980) la concentración y la atención se ven afectadas cuando el niño se relaciona con un solo progenitor, debido a que los impulsos sexuales se mantienen relativamente irrestrictos y esto puede provocar un retardo en el desarrollo de su moralidad, socialización y su habilidad para sublimar, que es el caso de Daniel donde

las reglas y normas están poco implantadas, le cuesta trabajo sublimar la agresión por lo que cuenta con pocos amigos. La madre tampoco ha permitido la introducción del padre en la relación y el padre sumergido en su rol pasivo tampoco lo ha buscado.

Su falta de atención también se deja ver en la terapia, al principio no me tomaba en cuenta, yo no era parte de su juego, su escasa libido no alcanzaba a investirme. Su atención se mostraba dispersa depositándola en todo y nada, con facilidad se distrae y deja de desinteresarse lo que estaba haciendo. Cuando jugaba memorama solía hacer un par en todo el juego, debido a que no lograba acordarse dónde se encontraban las figuras, las aclaraciones e interpretaciones se tenían que repetir constantemente debido a que solo atendía una sola parte de lo que se le interpretaba. Para poder recuperar la atención del paciente fue necesario que desde un principio de la relación me presentara con la propiedad "buena" para dejarse investir por el niño, poniéndole la atención que él demandaba, estando pendiente de sus necesidades, y a su vez siendo el objeto depositario de la atención del paciente. Esta relación me mostró que entre dos personas hay un cruce de atenciones que solo si se encuentran pueden ser ambas investidas. Esto permitió que el niño fuera formando una alianza terapéutica, lo que benefició la relación, el paciente poco a poco fue tomándose en cuenta hasta introducirme en sus juegos. Esa atención que al principio fue dirigida solo a mí, poco a poco fue depositada en el entorno, dándose la oportunidad de poder investir el mundo con mayor detenimiento. El cruce de la mirada fue la pieza clave que permitió que el niño comenzara a confiar en mí; ver sesión de tratamiento no. 30). Cada vez que se presentaba en el juego la falta de atención se interpretaba en relación al objeto materno y sus carencias. **Se confirma en este caso que el déficit de atención se originó cuando la madre hizo poca presencia emocional frente a su hijo durante el primer tiempo de vida, la cual no fue investida en su totalidad lo que originó la incapacidad de sostener la atención en forma focalizada.**

Enfocándome en la impulsividad que muestra Daniel me hace pensar que esta conducta lleva en el interior los deseos y las pulsiones que no puede inhibir a falta de un yo fortalecido que no tiene la suficiente libido para formar una barrera

suficientemente fuerte para detener el devenir pulsional. Recordemos que la mayor parte del yo del paciente se encuentra fijada al final de la etapa oral y la poca libido que logró llegar a la etapa de latencia es insuficiente para lidiar con el contenido del ello. Debido a esto el paciente no puede hacer uso de la sublimación, mecanismo de defensa típico de la etapa de latencia que le permite tener mayor control de la libido y la agresión, por lo que hace uso de otros mecanismos más primitivos como la proyección que le permite expulsar y deshacerse de todo lo displacentero, sin permitir que el contenido del ello pase por la conciencia y el pensamiento, simplemente en este caso se aprecia una transportación del impulso a la acción. Como señala Freud (1895) las acciones automáticas se ven beneficiadas por la atención dispersa del paciente, por lo que es un filtro sumamente débil para detenerlas. Se puede decir que el paciente se maneja con puras excitaciones donde no le pone ningún tipo de significado debido a su falta de dominio yoico.

Con esta conducta impulsiva el paciente se relaciona con sus compañeros de clase, los cuales, terminan apartándose de él porque constantemente tiene enfrentamientos que lo han llevado a quedarse sin amigos. Las relaciones sociales son caóticas no solo con sus compañeros, sino también con su hermano menor y su madre, cuando se anticipa a responder sin pensar, cuando le quita las pertenencias a otras personas sin razón aparente, cuando tiene estallidos de mal humor, cuando resalta su baja tolerancia a la frustración, se puede decir que Daniel presenta un déficit en la socialización debido al poco control de sus impulsos que en muchas ocasiones tiene un contenido agresivo; (ver sesión diagnóstica 1, 3, 4, 6 y sesión de tratamiento no. 4). Tanto el déficit de atención como el déficit para inhibir los impulsos y el déficit para socializar, no le permiten introyectar las normas y los límites, aún necesita de una persona adulta que constantemente le esté diciendo lo que no se debe de hacer o corrigiendo la conducta en el momento en la que se presenta. El paciente depende de otro para conducirse ya sea la madre, la maestra o la terapeuta como un yo auxiliar, con esta dependencia la relación con la madre se muestra simbiotizada situación que se comenzó a gestar desde la poca diferenciación del yo - no yo, y el engolfamiento a los dos años de edad.

La impulsividad de este paciente nos remite a un déficit yoico donde las funciones del mismo se presentan con un mayor disturbio corroborado por la evaluación de las funciones del yo de Bellak. Como dice Gabbard 2002, lo que más se puede apreciar en un niño con T.D.A.H. con respecto a sus funciones yoicas, es una disminución en las funciones autónomas primarias involucrando la percepción visual y auditiva, la memoria, el pensamiento, las habilidades motoras que son parte de la falla en la adquisición de la constancia objetal. También hay una falla en la función sintético integrativa por lo que el niño muestra dificultades en detectar las emociones del otro y las de sí mismo y una dificultad para regular los impulsos. **Este caso de estudio no fue la excepción, el paciente sí muestra un bajo desarrollo yoico y no nada más enfocado en estas tres funciones, sino en todas las demás también, remarcando las caóticas relaciones objetales.**

La impulsividad se mostró desde las primeras sesiones diagnósticas cuando su agresión se expresaba sin juicio alguno depositándola directamente en la terapeuta, un yo auxiliar tenía que marcar los límites para contener al paciente, este fue un trabajo que se fue dando durante la fase inicial del tratamiento, posteriormente la agresividad fue disminuyendo debido a que el paciente se fue relacionando con un objeto diferente, aprendió a confiar en él y a darse cuenta que era capaz de relacionarse de otra forma sin perder el afecto mutuo. Las interpretaciones fueron dirigidas a la agresión temprana que se depositó en él, así como la falta materna que generó un Yo no evolucionado.

**El déficit de atención y la impulsividad presentados en este caso, son síntomas a los cuales también se les puede dar un significado con ayuda del paciente desde la perspectiva psicoanalítica,** trabajo arduo que no cualquier evaluación psiquiátrica puede hacer, por ello no se debe dejar pasar la historia de vida del propio paciente, la cual nos puede dar indicios sustentables para elaborar un buen tratamiento.



### **Enfocados al modo de intervención:**

Se puede pensar que cuando un niño presenta T.D.A.H., no puede ser candidato a la terapia de juego de corte psicoanalítico, debido a que sus déficits no le permiten ir haciendo consciente el contenido de su problemática, pero cuando los síntomas forma parte de un sobre diagnóstico debido a que el origen de su comportamiento está basado en las primeras vivencias con el objeto maternante, el niño sí puede beneficiarse del tratamiento psicoanalítico debido a que su padecimiento no surge de un daño orgánico, sino de una falla en relación al vínculo materno.

En el caso de Daniel la prueba T.O.V.A. indicó que el paciente presenta T.D.A. combinado (con hiperactividad e impulsividad), debido a que cumplió con la mayoría de los criterios de la escala de evaluación NICHQ Vanderbilt y las observaciones directas frente al monitor, pero al obtener datos de su historia de vida encontré varios elementos que me indicaron que este T.D.A.H., tenía que ver más con las vivencias significativas a temprana edad que le originaron síntomas similares al trastorno que en mucho de los casos es confundido con un T.D.A.H. orgánico.

Mi finalidad como terapeuta no era enfocarme a determinar si el paciente tenía o no T.D.A.H. orgánico, sino comprender los conflictos inconscientes que Daniel mostraba y que le hacían formar parte del sobre diagnóstico que en los últimos diez años se ha incrementado de manera estratosférica llegando a señalar que el 99% de los casos en países más desarrollados como España, E.U.A. y Canadá, los niños no están enfermos están sobre diagnosticados Eglée (2007 citado en Casas, 2009).

La terapia de juego de corte psicoanalítico fue el espacio que permitió que los síntomas del conflicto psíquico de Daniel se manifestaran; la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad cuyos síntomas con los que llegó, ahora entiendo que es el resultado de una gran ansiedad generada desde su conflicto interno que provoca también el uso de la escisión como mecanismo de defensa, poca evolución yoica que impide alcanzar el uso de la constancia objetal. Todo este contenido se mostró a través de la transferencia y comprendido por mi contratransferencia. Esta dinámica

entre la transferencia y la contratransferencia fue la que me fue guiando para comprender el origen de los síntomas y las necesidades que Daniel necesitaba cubrir, Schaefer y O'Connor (1988) señalan que el juego dentro de la terapia se utiliza como un recurso para establecer contacto con el niño, como medio de observación y como fuente de información, en ocasiones como un dispositivo que promueve la comunicación interpretativa, agrega Rangel (2009) el juego tiene un papel central en la psicoterapia del niño y es el vínculo por excelencia, similar a los sueños en los adultos, lo cual es una vía real al inconsciente y de promover una relación empática.

La terapia de juego de corte psicoanalítico tomó en cuenta la vida del paciente, que frente a un caso señalado como T.D.A.H. merece ser escuchada, se escuchó el sufrimiento del niño, se abrió un espacio único para nombrar lo que no se había nombrado, fue el lugar donde se empezó a reparar y cubrir lo faltante, oportunidad que permitió encontrar la fijación de la libido así como la calidad del vínculo con el objeto maternante, espacio donde se tomó en cuenta el contenido inconsciente generador de los síntomas, contenido que poco a poco se fue haciendo consciente con ayuda de las interpretaciones, confrontaciones y clarificaciones que en el caso de Daniel tuvieron que ser cortas, concretas, claras, directas y tantas veces sean necesarias así como la internalización del superyó desde lo oral haciendo una modificación a la técnica, debido a que el tiempo de su atención era corto. Se puede señalar que la terapia analítica dio resultado porque hubo avances significativos sobre todo en la parte de dar estructuración, esto es un cambio positivo en la vida del niño.

Este caso nos muestra que hay dos tipos de niños que han portado las siglas que los caracteriza como "niño T.D.A.H.", los que presentan realmente una afectación a nivel orgánico y los que presentan realmente una afectación en el vínculo materno, me queda claro que la palabra "hiperactividad" está bien utilizada en el primero de los casos, donde es una característica que forma parte del Trastorno por déficit de atención señalada en el DSM-IV y que el área médica ha adoptado para distinguir aquellos niños que se mueven demasiado sin razón aparente. Pero en el segundo caso la palabra "hiperactividad" no puede ser utilizada debido a que el exceso de movimiento que presenta el niño sí tiene una razón de ser, que es la

expresión de la gran ansiedad generada por su propio conflicto interno, el cual es analizado a profundidad dentro de la terapia de corte psicoanalítico.

Ni la inatención ni el exceso de movimiento son impedimento para la interpretación del conflicto ya que este se debe de hacer en los pocos momentos que el niño puede investir la palabra del terapeuta, por lo tanto un niño con una afectación en el vínculo materno que le causen los síntomas antes mencionados, requerirá más tiempo del esperado dentro de la terapia, así como se dio en el caso de Daniel. Ana Freud (1965/1997) dice que la finalidad de la terapia es ampliar el campo consciente para aumentar el control del yo, y se debe lograr aun enfrentándose con obstáculos como el acting out (p.31).

Es relevante mencionar que si hay un autor que rescata a los niños con T.D.A.H. el cual los introduce a la terapia psicoanalítica. Lewis (1986 citado en Gabbard 2002), dice que es erróneo pensar que los niños con daño orgánico leve no pueden beneficiarse de la terapia psicoanalítica, ya que este fenómeno no se debe de tomar de forma monolítica, así mismo señala que esperar grandes logros es poner las expectativas muy altas dentro de la terapia de niños con T.D.A.H. de origen orgánico, pero muchos pacientes logran un gran progreso en su capacidad para pensar simbólicamente. Con esta idea se puede pensar que un niño con T.D.A.H. de origen orgánico tiene posibilidades de cambio, y con mucha mayor razón se pueden esperar los cambios en aquellos niños que solo presentan una afectación en el vínculo materno, que equivocadamente son diagnosticados con T.D.A.H. La forma de hacer uso de la parte simbólica y lo imaginario fue lo que en el caso de Daniel fue apareciendo ya avanzado el tratamiento; (ver sesión de tratamiento no. 33, 42), lo cual me permitió ver que sus síntomas se minorizaban y cada vez se acercaba a la constancia objetal.

**La terapia de juego de corte psicoanalítico tiene bases sustentadas para intervenir con los niños que presentan T.D.A.H de tipo vincular, porque nos brinda una teoría sobre la estructuración psíquica que es ineludible para trabajar con ellos, mucho más cuando se trata de patologías profundas**

**como esta.** Ineludible, porque habla de los tiempos del armado subjetivo, porque tiene en cuenta los distintos modos de la constitución, porque describe minuciosamente las operaciones intersubjetivas e intrapsíquicas en los que alguien pasa a ser sujeto, con relación a un entorno, y a la forma en que la capacidad simbólica nace y se despliega. Así mismo da cuenta del entramado de lo individual, lo familiar y lo escolar, partes que no deben dejarse de lado, porque tiene sin lugar a dudas participación en el mantenimiento de los síntomas manifiestos, por esta razón no está de más que para poder diagnosticar a un niño con T.D.A.H. primero se debe de diagnosticar a los padres y la escuela.

La terapia psicoanalítica, brinda la oportunidad de conocer a fondo los problemas psíquicos que aparentemente engloban un daño neurológico, permite ubicar en la historia de vida del paciente ciertas fallas de relación objetal, donde lo no visto y no encontrado tiene repercusiones conductuales que se manifiestan en comportamientos inaceptables para los demás. Esta línea de trabajo permite fortalecer la estructura yoica y superyoica del paciente que se encuentran debilitadas, con la finalidad de ir disminuyendo el desfase del desarrollo, a que se pase del devenir expulsor al entramado del amor, de lo desbordante a la mayor organización posible. Esto es un trabajo que indudablemente le corresponde al área psicoanalítica, y que presupone un tipo de intervenciones que operan como disparadoras de estructuración psíquica.

El área psicoanalítica permite indagar las marcas en el psiquismo del niño, que viene siendo todo aquello irresuelto que en mucho de los casos se pasa de generación en generación de los otros significativos, y es esta parte la que se tiene que descubrir para llegar a la comprensión y reparación del conflicto. Teniendo en cuenta esto, y que un niño es un psiquismo en estructuración, el analista irá encontrando modos propios de intervenir, sin apartarse de los principios psicoanalíticos.

Tomando en cuenta que un niño que presenta T.D.A.H. de tipo vincular, no tienen diferencias claras entre el yo – no yo, el niño se conduce con el proceso primario y no hay un tiempo de espera interno; la posibilidad de simbolizar y sintetizar

es una cuestión a construir en el tratamiento psicoanalítico. Este tipo de intervenciones son de forma estructurante, así introducir el pensamiento a la excitación, nombrar afectos, construir un yo más diferenciado, hacer uso de la simbolización, son tareas del analista que trabaja en momentos privilegiados de la estructuración haciendo uso de la paciencia y tolerancia. **Cuando los objetos se encuentran perdidos, señala Flesler (2007) "puede haber una elección de objeto", gracias a perderse, el objeto puede renovarse en cualquier juego o juguete dentro de la escena lúdica.** "Sin ser la fijeza de lo Real se abren las alternativas que brinda el juego de lo Simbólico. Combinaciones y sustituciones significantes hacen lugar al equívoco, lo cómico desacraliza lo solemne" (p.28).

**Durante bastante tiempo el niño necesitará recrear la pérdida del objeto, engendrar por la vía del juego al objeto como falta, operación en la que requerirá de pequeños objetos reales y también reproducir, en la relación con el otro, la posible complementariedad.** Cada niño tiene su tiempo y los recursos simbólicos con los cuales se llegará a vivenciar nuevamente los goces. La pérdida del objeto en el caso de Daniel fue muy clara desde el principio de las sesiones donde una pieza del juego estaba perdida y sin ella no podía jugar; (ver sesiones diagnosticas no. 2, 3, 4, y sesiones de tratamiento no. 2, 3). Esta pieza faltante era la que le hacía falta para realizar la síntesis de sus objetos que solo pudo encontrarla dentro de la terapia en relación con otro que sí le dio un espacio, escucha y contención continua.

Los **beneficios** que puede obtener el paciente con T.D.A.H. de tipo vincular dentro de la terapia de juego de corte psicoanalítico, es a colocarse frente a la oportunidad de establecer un vínculo diferente a partir de la comprensión y aceptación del otro, a verse como un sujeto más integrado, a nombrar lo que no se ha nombrado, a vivir lo no vivido, a descubrir y resolver todo aquello que esta irresuelto dentro de su desarrollo psíquico, fortalecer su parte yoica y superyoica, proporcionar un ambiente que le facilite culminar el proceso de internalización de las relaciones objetales, a no depender solamente de medicamentos farmacológicos que solo controlan los síntomas. En general no se ignora lo interno del niño que tiene

mucho que mostrar, todo esto dentro de un marco en contacto con otra persona que lo escucha, entiende y contiene.

Los niños con T.D.A.H. de tipo vincular que se encuentra bajo el arropamiento de una terapia analítica, ven en el analista un objeto nuevo que será utilizado para la repetición, es decir para la transferencia, toda vez que su trastorno entre en acción. El ambiente contenedor y un analista con las características opuestas a la de los objetos internos del niño, formarán un mundo diferente que le permitirá introyectar momentos agradables en relación con un otro significativo totalmente opuesto, permitiendo la integración de las imágenes del sí mismo y la de los objetos en un todo comprensivo. El proceso analítico nos sirve para analizar todas las múltiples y complejas funciones que implica el desempeño de las primeras relaciones objetales que van moldeando el desarrollo de la arquitectura psíquica de todo individuo.

Es una oportunidad de verse frente a un terapeuta, el cual es la pieza clave que ayuda al niño a verbalizar su lucha contra la ansiedad, se convierte en un Yo auxiliar, al que se aferra el pequeño para protegerse, en este caso, el Yo del paciente se encuentra debilitado por lo cual necesita de alguien adulto que le ayude a fortalecerse. Debido a que el analista es un adulto, el niño lo considera y lo trata como si fuera un superyó externo, como el juez moral de los mismos derivados instintivos que se han liberado gracias a sus esfuerzos, al mismo tiempo que lo internaliza y lo integra como la parte faltante que no había experimentado.

Cuando los objetos internos se pierden, pueden renovarse en la escena lúdica, espacio que permite despartarse de lo real para entrar a lo simbólico, brindando la posibilidad del cambio para que el niño pueda expresar su conflicto, el cual es escuchado, entendido, y ayudado.

A partir de esta forma de intervención se puede concluir que la terapia de juego de corte psicoanalítico aplicada a niños que presentan T.D.A.H. de tipo vincular como alternativa de tratamiento terapéutico, es la llave que abre una puerta que nos permite introducirnos en los conflictos más profundos de la psique humana, la cual

puede dar respuestas sustentadas a los síntomas visibles que se presentan en el paciente originados desde las primeras relaciones con sus objetos primarios. Sin lugar a dudas es la vía que no señala al niño como el único portador del problema, sino que se permite analizar la relación objetal que mucho tiene que ver con el padecimiento. **Por ello se puede determinar que este tipo de terapia sí proporciona una alternativa de tratamiento profundo que puede formar parte de un estudio interdisciplinario debido a que tiene bases teóricas sustentadas para que el paciente se beneficie en todas sus formas.**

**Similitudes entre la falla orgánica y la falla vincular que se encontraron en este caso:**

Después de estudiar el caso me pregunté ¿por qué una afectación en el vínculo puede ser confundido con el T.D.A.H.?, la respuesta que pude obtener bajo el estudio de este caso fue la siguiente: Porque los criterios diagnósticos que son la base de un T.D.A.H., tiene mucha similitud con los signos diagnósticos presuntivos y estructurales encaminados a una estructura de personalidad limítrofe, que conforman una serie de problemas que influyen en el desarrollo del niño tanto conductuales, sociales, cognitivos, académicos y emocionales. Esta similitud llevaría a un diagnóstico equivocado y por lo tanto a contribuir en el sobre diagnóstico del T.D.A.H., debido a que la evaluación médica de primera instancia solo se basa en conductas visibles poco sustentables y tratamientos farmacológicos que controlen rápido los síntomas. El psiquiatra Leon Eisenberg (2011 citado en Bastida,2013) confesó que lo que debería hacer un psiquiatra infantil es tratar de establecer las razones psicosociales que pueden provocar determinada conductas, un proceso que lleva tiempo por lo que "prescribir una pastilla contra el T.D.A.H. es mucho más rápido", esto me hace pensar que es más fácil medicar que indagar. Con esta idea pude deducir que la historia de vida del paciente en estos tiempos aún no se le ha dado la importancia debida, la cual encierra en su inconsciente la clave para un buen diagnóstico y tratamiento.

**Las conductas y los síntomas que encontré en el caso de Daniel forman rasgos de personalidad limítrofe que se confundieron con un supuesto T.D.A.H., y estas fueron las siguientes:**

En la parte conductual se encuentra la hiperactividad que es la característica más notoria del T.D.A.H. pero como ya hemos visto puede ser de origen orgánico o vincular. Rosenfeld y Sprince (1963 citados en P. Kernberg, 2002) señalan movimientos posturales poco comunes e hiperactividad en niños limítrofes (p.131). También P. Kernberg (2002) observó que los niños con tendencia limítrofe exhiben una variedad de síntomas que abarcan todos los aspectos del funcionamiento psicológico, incluyendo las funciones motoras, es decir, una alteración en la coordinación motriz gruesa (p.124). Por esta razón el origen de la hiperactividad se puede ver desde lo orgánico o de manera psicógena.

Tanto Otto Kernberg (1984/1999 p.16) como Paulina Kernberg (2002, p.133) mencionan que en la personalidad limítrofe existen algunos déficits yoicos como: la falta de control de impulsos que es muy probable que sean desplegados de modo defensivo para lograr estados yoicos que anulen la ansiedad, poca tolerancia a la frustración, bajo nivel de tolerancia a la ansiedad y debilidad en la capacidad sublimatoria. Todos estos elementos llevaron al paciente a funcionar por debajo de su potencial académico, y no precisamente se debe a un problema de aprendizaje existente. Todos estos déficits también se presentan en los niños diagnosticados con T.D.A.H. que también presentan bajo rendimiento académico y que por lo general trabajan por debajo de sus capacidades.

Otra característica que se encuentra en ambos casos, es que se puede apreciar un retraso en los logros del desarrollo, precisamente por la fijación a etapas pregenitales en el caso del niño limítrofe como se muestra en este caso que hay una fijación al final de la etapa oral. En los casos de daño orgánico al niño le es imposible adaptarse a las exigencias típicas de su edad o simplemente tiene que hacer un esfuerzo inmenso debido a que el déficit de atención y la hiperactividad no le permiten controlarse.



Paulina Kernberg (2002 p.143) menciona que el socializar con los iguales, es una parte esencial y que se disfruta en los niños sin trastornos en edad de latencia, pero los niños con rasgos limítrofes no parecen disfrutar de las interacciones con sus compañeros, ni de la paulatina independencia de sus padres, ni tienen el sentido de pertenencia a una comunidad extendida. Lo mismo sucede con los niños que presentan T.D.A.H., las interacciones con sus compañeros por lo regular son caóticas, los rechazan y los mantienen alejados de ellos, por lo que se puede decir que sus relaciones son superficiales. El niño con T.D.A.H., suele mantener en alerta a su madre y absorbiendo su atención, por lo que verse independiente de ella causa conflicto en la relación. Al ser rechazado por los demás el niño difícilmente tiene un sentido de pertenencia y no logra sentirse apreciado y querido.

Los problemas de separación–individuación dice Mahler (1975/2002) son el resultado de la mala interacción con el objeto materno ya que no se alcanza la constancia objetal. Este problema no solo se presenta en los niños con rasgos limítrofes, sino también en niños con T.D.A.H. ya que sus déficits cognitivos no les permiten interactuar adecuadamente, lo que hace que dependan de los demás todo el tiempo sin alcanzar la constancia objetal.

La escisión es un rasgo característico de la personalidad limítrofe la cual tiene la tarea de proteger al amor del odio predominante y es causada por la existencia de una temprana agresión grave activada en el paciente. Pero “la escisión también puede ser causada por defectos constitucionales que interfieren con el modo normal de integrar percepciones y representaciones del sí mismo y del objeto” (P. Kernberg, 2002, p.131). Entre estos defectos constitucionales se encuentra el déficit de atención, el cual no permite que las imágenes buenas y malas sean internalizadas adecuadamente inclinándose más a las relaciones caóticas con los demás.

Debido al daño orgánico que presenta el T.D.A.H. se interfiere en el proceso de la internalización de las reglas y normas emitidas desde los progenitores, debido a que el niño tiene periodos cortos de atención y su excitación motriz no le permite atender a una demanda de principio a fin, por ello el niño presenta dificultad para

apegarse a las reglas del entorno familiar, social y escolar mostrando enfrentamientos con aquellas personas que representan la autoridad. Esta falta de internalización del superyó también se puede ver como parte del diagnóstico estructural de la personalidad limítrofe, debido a la falta de integración de las imágenes contradictorias del objeto, el niño no puede distinguir a la autoridad como parte separada de él, por lo tanto, cree que las normas y reglas se hicieron para estar en su contra. Gratch (2009) afirmó que la mayoría de los padres de niños afectados de T.D.A.H. enfrentan un reto cotidiano en el control de la conducta de su hijo (p.127). Es el caso de Daniel que no puede auto regularse, debe tener un superyó externo es decir, alguien que le diga qué hacer o hasta donde debe de llegar, poner límites y repetirle constantemente las reglas.

Paulina Kernberg (2002 p.143) señala que las relaciones se muestran caóticas tanto en los casos de niños con T.D.A.H. como en los casos de niños con rasgos limítrofes. Estos últimos tienden a mantener interacciones patológicas generalizadas dentro de sus propias familias. En este caso la madre muestra ansiedad en cuanto a apoyar la autonomía del niño y hay una negación de su dependencia, frente a este evento el niño trata de zafarse del ambiente engolfante que se le ofrece, por lo que la agresión sobre sale en todo momento y hay poca tolerancia a la ansiedad. Los chicos con T.D.A.H. se comportan de manera molesta para los padres y suelen recibir un elevado número de recriminaciones y castigos que por lo regular son impuestos por la madre ya que con ella pasan la mayor parte del día.

La ansiedad es otro indicador que aparece en ambos casos, por un lado el área psiquiátrica dice que la ansiedad que presenta el niño con T.D.A.H. se debe a las exigencias que percibe sobre él y que está claro que no va a poder cubrir por su falta de maduración derivada del daño orgánico. La ansiedad que muestra el niño con rasgos limítrofes tiene la finalidad de obstaculizar la síntesis de introyecciones de signos opuestos y, sobre todo la gran intensidad de los derivados de instintos agresivos.

A nivel cognitivo Paulina Kernberg (2002 p. 149) indica que el niño límite tiende a utilizar el pensamiento del proceso primario debido a la escisión que afecta la integración de los procesos cognitivos mostrándose muchas veces con problemas académicos. Estas tendencias cognitivas y conductuales en la etapa de latencia ya deberían haberse superado, pero se siguen presentando debido a que no se ha logrado la integración de las imágenes del sí mismo y del objeto primario lo cual obstaculiza el logro de la simbolización, que es el proceso que resalta en el paciente de esta investigación. Así mismo el niño con T.D.A.H. presenta un auto lenguaje inmaduro, falta de atención, ausencia de consciencia, memoria escasa y su nivel cognitivo no evoluciona más allá de lo concreto, presentando también dificultades en la capacidad para simbolizar y por lo tanto en el aprendizaje.

El juego del niño límite es un escenario que brinda la oportunidad de observar de forma clínica el inconsciente del niño, se caracteriza porque en él se depositan los síntomas más relevantes de su padecimiento. El tipo de juego que se pudo observar en esta investigación lleva depositada la agresividad en forma directa hacia la representación simbólica de los objetos incluyendo a la terapeuta. Los temas se inclinaron a separar, a escindir, a calificar como buenos y malos, a proteger a los buenos de los malos, a mutilar, a encerrar, sin olvidar momentos persecutorios. La ansiedad no permitía que el paciente se centrara en un solo juego por un tiempo prolongado, cambiaba constantemente de actividad, el juego era abandonado sin resolver algo y se dirigía a otro juego que le llamaba más la atención mostrando una alta desorganización, reflejo de su historia de vida. El juego tuvo una cualidad impulsiva con poca evidencia de disfrute, no hubo resolución de conflicto y muy poco uso de la fantasía. Esta falta de continuidad en el juego nos remite a lo que Paulina Kernberg (2002) aporta "los impulsos agresivos y sexuales se infiltran en el juego de tal modo que surge una angustia intensa; el niño es incapaz de continuar el juego porque se ha colapsado el margen entre el juego y la expresión directa de la pulsión" (p.131), por este colapso no se manifiesta la expresión de goce en sus actividades. El juego que presenta un niño con T.D.A.H. tiene mucha similitud, se vuelve displacentero debido a que constantemente cambia de juego, en este caso los cortos periodos de atención no permiten que el niño se concentre en una sola actividad,

recordemos que su atención se encuentra dispersa y puede estar atendiendo todo y nada a la vez. El juego se ejecuta sin sentido, sin metas, sin disfrute, muchas veces con la intención de gozar de él y quedarse más tiempo en un solo juego en específico pero no puede debido a su problema orgánico.

Con la exposición de estas similitudes se puede apreciar que las características visibles que presentan un niño con T.D.A.H. y un niño con rasgos limítrofes son muy parecidas y que existen diversos diagnósticos posibles a partir de conductas manifiestas semejantes, por lo que se puede decir que el niño es más que un sujeto con T.D.A.H. su propia subjetividad merece ser tomada en cuenta. Lo que marca la diferencia es la etiología de los síntomas es decir, el contenido psíquico que los origina. Esta tarea de acercarse a la etiología le corresponde a la disciplina de lo inconsciente que permite nombrar todo aquello que no ha sido nombrado, el psicoanálisis infantil abre la puerta a un mundo que no ha sido tocado aún por la medicina.

**Tampoco se debe de caer en el error de pensar que el T.D.A.H. es una entidad que conlleva de forma subyacente rasgos de la estructura de personalidad limítrofe, es decir, que siempre se presentan de forma simultánea.** Todo depende en qué etapa psicosexual del desarrollo se encuentre la falla en relación al objeto materno, la cual llevará al niño a alcanzar cierto grado de estructuración psíquica. En algunos casos la falla se puede encontrar en el periodo edípico y originar el síntoma de hiperactividad, en otros casos la falla se encuentra al final de la etapa oral, como es el caso de Daniel y también generar hiperactividad e inatención. También se debe de tomar en cuenta la reacción de los padres frente al padecimiento de su hijo ya que de ellos depende mucho los logros que el paciente alcance.

El diagnóstico de un niño con T.D.A.H. no puede quedarse sólo con los criterios médicos señalados, sino también incluir elementos estructurales que incluyen rasgos de personalidad, así como también tomar en cuenta las fallas en el aprendizaje. De esta manera se estaría tratando a un paciente de manera

interdisciplinaria abarcando las tres áreas a tratar que son: el área médica, el área terapéutica y el área pedagógica que irán reportando sus avances de acuerdo a lo señalado. En caso de que se encontraran rasgos de personalidad limítrofe, como se presentó en este caso, el pronóstico será más reservado.

Armstrong (2008) acierta diciendo que:

Resultaría problemático afirmar que el T.D.A.H. es un trastorno puramente biológico o clínico. En el mejor de los casos, es más probable que sea una intrincada contradanza entre predisposiciones genéticas y factores ambientales la que provoca los síntomas asociados con el T.D.A.H. (p.20). Agregaría también de factor vincular.

Janin (2005) apoya la idea diciendo:

Es muy valiosa la opinión de varios especialistas, ya que esto permite ir definiendo los dispositivos de tratamiento adecuados al paciente, lo que será posible si la red interdisciplinaria funciona en simetría, ya que si se haya subordinada a un único punto de vista reconducirá a una sola indicación posible (p.173,174).

Considero que hay un diagnóstico masivo de niños con T.D.A.H., en el que parece que se intenta reducir la psicopatología del desarrollo a un único personaje, el niño; sin tener en cuenta la estructuración de la subjetividad de cada niño que consulta y de sus respectivos padres.

## **VII. CONCLUSIONES.**

Se expuso a lo largo de esta investigación un trastorno que ocupa el primer lugar de asistencia en las consultas médicas infantiles. Basada en un estudio de caso se presentan las siguientes conclusiones:

1.- En la actualidad cuando se habla del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la mayoría de las personas lo remiten a un problema que le corresponde al área médica, sin tomar en cuenta que hay otros factores que desatan la conducta específica. Esto debido a que hay poca información de otras disciplinas que podrían explicar el origen de los síntomas y cómo tratarlo.

2.- La teoría psicoanalítica es una disciplina que sí tiene conceptos fundamentados que ayudan a entender la etiología de los síntomas principales del T.D.A.H. como son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad en relación al objeto primario. Esta disciplina no ve al niño como el único depositario del conflicto, sino que lo ve en relación con sus objetos.

3.- Dentro del sobre diagnóstico del T.D.A.H. hay dos tipos de niños, los que presentan un T.D.A.H. de tipo orgánico y los que presentan un T.D.A.H. de tipo vincular, por ello es de suma importancia que se diferencien con un estudio profundo que no nada más evalúen las conductas visibles, sino que se tome en cuenta la relación con el objeto primario a temprana edad, esto debido a que el niño no se puede estudiar de forma escendida ya que su cuerpo y psique son uno solo.

4.- Los psicoanalistas son las personas capacitadas que tienen la formación analítica para realizar un estudio profundo en el niño con la finalidad de revelar el contenido inconsciente en relación al objeto primario, su tarea es localizar la falla en el desarrollo que desata la conducta hiperactiva en el niño así como otros síntomas relacionados a éste, por lo que su deber primordial es indagar no medicar.

5.- Frente a un caso de T.D.A.H. vincular el terapeuta debe partir necesariamente con la capacidad de vincularse como un objeto que se deja investir, con la capacidad de maternaje, que funcione como un yo auxiliar cuya finalidad es hacer que el niño se conduzca de forma autónoma, que fortalezca la parte yoica, que involucre la conciencia para mostrarse lo más estructurado posible, que ayude a pensar pensamientos.

6.- Queda claro que cuando un niño presenta T.D.A.H. no está exento de tener un conflicto psíquico, el cual también se puede representar en la conducta manifiesta con los mismos síntomas. El estar diagnosticado como niño T.D.A.H. no es un limitante para dar un significado a ese conflicto que se desarrolla sobre la base del vínculo materno desde muy temprana edad.

7.- El síntoma de hiperactividad siempre está en relación con algún otro dentro de las primeras relaciones objetales, es una conducta manifiesta donde el contenido inconsciente está más cargado de introyecciones negativas del objeto y del sí mismo, por lo que el niño trata de huir de él estando presente o ausente, es un acto de fuga que se considera primitivo y da cuenta de aquello que no se ha podido estructurar psíquicamente.

8.- No hay un momento específico en el desarrollo que nos indique la falla que genera la hiperactividad, pero sí sabemos que los determinantes de la hiperactividad que la clínica psicoanalítica ha aportado, siempre dan cuenta de una carente relación madre-hijo o un engolfamiento en los primeros años de vida, por lo que el síntoma corresponde a funcionamientos psíquicos diversos no precisamente es la respuesta a la tensión de un solo conflicto interno.

9.- Los determinantes de la hiperactividad que hasta la fecha se han visto en clínica y que tienen bases teóricas psicoanalíticas son: la falta materna, la lucha contra los deseos mortíferos, la falla en la constitución de actividades fantasmáticas y oníricas, el mandato de mantener despierto y con vida a uno de los progenitores, el fracaso del pasaje de la pasividad a la actividad, el trastorno en la constitución del

superyó, una defensa maniaca, un fallo en el nivel de la envoltura corporal y funcionamiento operativo.

10.- El proceso psíquico inconcluso que está en juego en este caso de hiperactividad, es la incapacidad de síntesis del objeto maternante y del sí mismo, generando ansiedad de persecución representada en la conducta de huida del objeto agresor. La huida frente al objeto agresivo lleva al niño a la búsqueda constante e inconsciente del objeto perdido de amor que aún no se ha mostrado.

11.- El déficit de atención que se muestra en este caso, es una atención no evolucionada, una atención que se dirige con mayor tenacidad hacia dentro del sí mismo y la poca atención que se dirige al exterior se encuentra dividida debido a la incapacidad de ver a los objetos en su totalidad, con mayor precisión se puede decir que es una atención escendida.

12.- El déficit de atención visto como un síntoma es un déficit en la capacidad de investir los signos de realidad en su totalidad que se origina a temprana edad dentro de una relación carente de presencia del objeto materno.

13.- En este caso el déficit de atención es el reflejo de una atención dispersa, una atención dividida que no evolucionó en buenos términos, debido a la poca presentación de objeto que la madre tuvo frente a su hijo, se considera que hubo poca investidura del niño hacia la madre, así como también hubo poca investidura de la madre hacia su hijo.

14.- La impulsividad es el reflejo de un Yo no fortalecido el cual permite que los deseos inconscientes surjan sin ser tramitados por la conciencia. El yo se encuentra en este caso resolviendo tareas de desarrollo psíquico de etapas anteriores, por ello no cuenta con la suficiente libido para dominar el movimiento corporal y la atención específica.



15.- En este caso la triada sintomática que engloba la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad, coinciden en una relación basada en la agresión, en una incapacidad de la madre de relacionarse afectivamente. Indudablemente se puede mencionar que la madre es la generadora del síntoma que el niño porta reflejado en una incapacidad de síntesis del objeto y del sí mismo y para que el síntoma disminuya el niño debe de relacionarse por bastante tiempo con un objeto materno sustituto totalmente contrario a lo que la madre se muestra, posición que sólo el psicoterapeuta puede hacer, recrear la pérdida del objeto como falta dentro de un contexto de juego.

16.- La estructura de personalidad que se encamina de forma subyacente en este caso de T.D.A.H., va dirigida a una estructura apegada más a lo limítrofe, debido a que se presentaron características descriptivas y estructurales de este tipo.

17.- Las características descriptivas y estructurales de la organización limítrofe de personalidad, son muy parecidos a los criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por ello es muy fácil caer en el sobre diagnóstico si no se realiza un estudio a profundidad.

18.- Las instancias psíquicas del Ello, Yo y Superyó se encuentran poco desarrolladas en este caso de T.D.A.H. de tipo vincular, debido a que la falla en el desarrollo no permitió que la libido siguiera avanzando en su totalidad a etapas posteriores, ya que tenía tareas que resolver de etapas anteriores, por ello el contenido del ello en muchas ocasiones se manifiesta sin ser detenido por el yo, así mismo hay poca internalización del superyó.

19.- La terapia de juego de corte psicoanalítico es una alternativa de tratamiento profundo para aquellos niños que presenten un T.D.A.H. de tipo vincular, ya que su problema radica en el contenido psíquico no en lo orgánico por lo que el paciente puede beneficiarse en todas sus formas. Es una alternativa más para aquellos niños que se encuentran dentro del sobre diagnóstico y que no saben que su problema no lo resolverá una terapia de tipo conductual.

20.- Cuando se toman soluciones rápidas a los conflictos, la pastilla "mágica" representa una solución concreta aun problema simbólico, la cual elimina por completo la propia subjetividad del niño y dificulta el trabajo analítico. Solo el psicoanálisis va más allá de lo concreto, ofrece la alternativa simbólica, cuando lo simbólico ocupa un lugar privilegiado en la vida de los niños con T.D.A.H. de tipo vincular.

21.- Solamente tomando en cuenta la historia de vida de Daniel y su propio análisis, se pudo encontrar la falla en el desarrollo libidinal que dio origen a rasgos diagnósticos y estructurales que se confundieron con el T.D.A.H. El sobre diagnóstico se puede evitar si el niño es evaluado antes de medicar por un Psicoanalista de la Infancia y la Adolescencia que contribuya con el diagnóstico diferencial dentro de un equipo interdisciplinario, para no caer en un solo punto de vista que lleve a una sola indicación de tratamiento posible.

22.- Este caso no se trata de un trastorno sino de una afectación en la estructuración psíquica que esconde un incremento del estímulo interno que no ha sido satisfecho, por lo que la intervención psicoanalítica abrió un espacio para producir estructuración, ser posibilitadora del armado psíquico, dio la oportunidad de acercarse al niño para conocerlo, acercarse sin el antecedente del T.D.A.H., sin prejuicios.

23.- El trabajo terapéutico realizado en este estudio de caso se dirigió más a un Psicoanálisis relacional que a un Psicoanálisis dirigido al inconsciente, debido a que las faltas primarias se mostraron desde las primeras sesiones diagnósticas. Esta falta materna generó síntomas conductuales de agitación extrema que fueron confundidos con un T.D.A.H.

## VIII. RECOMENDACIONES.

Basados en los resultados de esta investigación, **se propone** que los cuestionarios médicos que se utilizan para la evaluación del T.D.A.H., se tome en cuenta un apartado de preguntas específicas donde se indague de forma primera la calidad de la relación del paciente y su objeto materno en los primeros años de vida, ya que los síntomas principales pueden ser generados a partir de un daño orgánico, o en relación al vínculo materno. Esto ayudaría a no caer en un sobre diagnóstico médico y en consecuencia en la farmacodependencia.

Los cuestionarios deben ser aplicados por especialistas en la materia, la parte médica por paidopsiquiatras o neuropediatras, y la parte correspondiente al vínculo materno por los terapeutas psicoanalíticos o al menos por un psicólogo. De esta manera se obtendrán datos de diferentes contextos que llevarán a un diagnóstico mucho más acertado y por lo tanto al tratamiento correspondiente.

Habiendo dos factores causales de la triada sintomática y para no caer en confusiones, **se propone** que se especifique en el diagnóstico la etiología de los síntomas, señalando como: T.D.A.H. orgánico o T.D.A.H. vincular, ya que a pesar de presentar los mismos síntomas son completamente diferentes. En el caso del T.D.A.H. orgánico se ha manejado desde que se introdujo en el DSM.-IV que su origen es genético, por lo tanto es una entidad única debido a que el único portador del padecimiento es el niño. En el caso del T.D.A.H. vincular es adquirido en relación con otro semejante, es una entidad diádica ya que los portadores del padecimiento son madre e hijo, en ambas partes se presentan los déficits.

Señalé que los síntomas en ambos casos son los mismos, por ello también **se propone** que se diferencien unos de los otros, la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad, son conceptos que ya corresponden al T.D.A.H. orgánico y para el T.D.A.H. vincular **se sugiere** llamar a los síntomas: hipermotricidad psíquica, déficit en la investidura e imposibilidad de inhibición.

El tratamiento en ambos casos **no es el mismo**, debido a que las cuestiones orgánicas se tratan medicamente, los síntomas son controlados con fármacos y una terapia conductual es lo ideal para modificar la conducta. En el caso de origen vincular la terapia de corte psicoanalítico permite localizar la falla en el desarrollo con respecto al objeto materno, lo que nos llevaría a especificar cuál de los diferentes determinantes de la hiperactividad está afectando la conducta del paciente y así señalar las líneas de trabajo que se necesitan para hacer consciente lo inconsciente y revelar el entramado psíquico. De esta manera podríamos ser más específicos en el diagnóstico y tratamiento.

Para un buen diagnóstico **se recomienda** que el analista se muestre interesado en asistir a la escuela para analizar el entorno y tener la capacidad de instruir a profesores ante los casos de T.D.A.H. de tipo vincular, ya que antes de diagnosticar a un niño con este padecimiento dentro de un consultorio, se debe de diagnosticar primero a los padres sin olvidar el entorno escolar.

Tomando en cuenta lo dicho anteriormente, **se sugiere** que no se establezca un tratamiento farmacológico antes de emitir los resultados de ambas disciplinas. Esto con la finalidad de no administrar medicamentos innecesarios que puedan poner en riesgo la salud del paciente, así como enmascarar los síntomas emocionales que impiden el derecho al cambio.

Los cambios que se plantean en esta investigación si se llevan a cabo tendrán una implicación positiva en la sociedad, ya que los más beneficiados serán los niños que están señalados como niños T.D.A.H., muchos de ellos serán rescatados de una medicación innecesaria, los padres tendrán la oportunidad de darse cuenta de sus fallas en la relación con su hijo así como la forma de ver en otro sentido el conflicto. Se da respuesta a la petición de la OMS, en llevar a cabo un estudio profundo del trastorno para no contribuir al sobre diagnóstico que en la actualidad ha llegado a formar parte de un problema de salud pública.

## **IX. BIBLIOGRAFÍA.**

Aberastury, A. (2009). Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Paídos. Buenos Aires: p. 75-92.

Ackerman, N. (1994). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Lumen Horne. 10ª edición. Buenos Aires: p. 56.

Alda, J., Serrano, E., Ortiz, J. (2010). El T.D.A.H. y su tratamiento. [Documento WWW] Extraído el 10 de Septiembre, 2012, de [http://www.faroshsjd.net/adjuntos/1830.1-pildora\\_tdah.pdf](http://www.faroshsjd.net/adjuntos/1830.1-pildora_tdah.pdf)

Armstrong, T. (2008). Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad ADD/ADHD. Paídos. 3ra. edición. Buenos Aires: p. 18-20.

Arnaldo, L. (2007, Junio 7). En el mundo, el 5% padecen de déficit de atención. La jornada. p.1. [Documento WWW] Extraído el 15 Junio, 2012, de <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/07/index.php?section=sociedad&article=046n3soc>

Asociación Psiquiátrica Americana. DSM–IV-TR. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – IV Texto revisado. Masson. Barcelona: p. 97 -107, 790 – 799.

Bastida, A. (2013). El psiquiatra que “descubrió” el T.D.A.H. confesó antes de morir que “es una enfermedad ficticia”. [Documento WWW] Extraído el 17 de junio, de 2013, de <http://www.bebesymas.com/salud-infantil/el-psiquiatra-que-descubrio-el-tdah-confeso-antes-de-morir-que-es-una-enfermedad-ficticia>

Bellak, L. y Goldsmith, L. (1994). Manual para la evaluación de las funciones del Yo. (EFY). Manual Moderno. México: p. 32 – 48.

Berger, M. (1999). El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico. Ed. Síntesis. Madrid: p. 33–54, 85–109,

Bleichmar, N. y Leiberman, C. (2010). El psicoanálisis después de Freud. Paidós. Barcelona: p. 94,95; 261 – 268.

Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la Adolescencia. Joaquín Mortiz. Cap. III Fases de la adolescencia. p. 83-89.

Bornstein, B. (1951). The psychoanalytic study of the child. Cap. VI. On Latency. p. 279-285.

Buxbaum, E. (1980). Between the edipus complex and adolescence: The quiet time in the course of live: Psychoanalytic contributions toward understandin personality development. Vol. II p. 121-136.

Casas, A. (2009, Diciembre 02). ¿Hiperactividad o trastorno del vínculo? *Aperturas Psicoanalíticas*. Revista Internacional de Psicoanálisis, No. 33.

Ciencia y Espíritu. El psiquiatra que descubrió el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (T.D.A.H.) afirmó antes de morir que se trataba de una ENFERMEDAD FICTICIA. (2013, mayo 26). pág. 1, parr. 4. [Documento www] Extraído el 3 junio, 2013, de [http://cazadebunkers.wordpress.com/2013/05/26/atencion-medicos -y-madres-el-psiquiatra-que-descubrio-el-trastorno-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah-afirmo-antes-de-morir-que-se-trataba-de-una-enfermedad-ficticia/](http://cazadebunkers.wordpress.com/2013/05/26/atencion-medicos-y-madres-el-psiquiatra-que-descubrio-el-trastorno-de-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah-afirmo-antes-de-morir-que-se-trataba-de-una-enfermedad-ficticia/)

Coderch, J. (2010). La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis. Autor-Editor. Madrid: cap. 7.

El sobre diagnóstico del T.D.A.H. puede poner en riesgo la salud de los niños. (2013, enero 12). parr.3. [Documento WWW] Extraído el 5 de mayo, 2013, de

<http://www.bebesymas.com/salud-infantil/el-sobrediagnostico-del-tdah-puede-poner-en-riesgo-la-salud-de-los-ninos>

Flesler, A. (2007). El niño en análisis y el lugar de los padres. Paídos. Buenos Aires: p. 26, 28, 37.

Freud, A. (1965/1997). Normalidad y patología en la niñez. Paídos. 8va. reimpresión. Buenos Aires: p. 29 – 39.

Freud, S. (1895/1979). Proyecto de una psicología para neurólogos. Obras completas. V. I. Amorrortu. Buenos Aires: p. 323 – 387, 443, 444.

Freud, S. (1911/1979). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. Obras completas. V. XII. Amorrortu. Buenos Aires: p. 217, 219.

Freud, S. (1915/1979). Lo inconsciente. Obras completas. V. XIX. Amorrortu. Buenos Aires: p. 153 – 193, 210.

Freud, S. (1915/1979). Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños. Obras completas. V. XIV. Amorrortu. Buenos Aires: p. 215 – 233.

Freud, S. (1915/1998). Pulsiones y destinos de pulsión. V. XIV. Amorrortu. Buenos Aires: p. 114, 131.

Freud, S. (1920/1979). Más allá del principio del placer. Obras completas. V. XVIII. Amorrortu. Buenos Aires: p. 1 – 60.

Freud, S. (1923/1979). El yo y el ello. IV Las dos clases de pulsiones. Obras completas. V. XIX. Amorrortur. Buenos Aires: p. 41 – 48.

Freud, S. (1925/1998). Nota sobre la pizarra mágica. V. XIX. Amorrortu. Buenos Aires: p. 239 – 247.

Freud, S. (1925/1998). La negación. V. XIX. Amorrortu. Buenos Aires: p. 249 – 257.

Freud, S. (1937/1976) Análisis terminable e interminable. Obras completas. V. XXIII. Amorrortu. Buenos Aires: p. 212 - 254.

Gabbard, G. (2000/2002). Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. Médica Panamericana. 3ra. edición. Buenos Aires: p. 393 – 411.

Geissmann, C. y Geissmann, P. (1992). Historia del psicoanálisis infantil. Síntesis. Madrid, España: p. 11 – 76.

Gratch, L. (2009). El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD) Clínica, diagnóstico y tratamiento en la infancia, la adolescencia y la adultez. Médica Panamericana. 2da. edición. Buenos Aires: p. 13, 19 – 28, 33, 49, 50, 127.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. 3ra. edición. México, D.F. p. 8 – 15, 587.

Houzel, D., Emmanuelli, M., Moggio, F. (2000). Diccionario de psicopatología del niño y del adolescente. Akal. París: p. 72.

Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF). (2013). Respuesta educativa para el alumnado con T.D.A.H. Apartado 9, parr. 2. [Documento [www](http://www.ite.educacion.es)] Extraído el 20 junio, 2013, de [http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/las\\_ejecutivas.html](http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/las_ejecutivas.html)

Janin, B; Frizzera, O; Heuser, C; Rojas, M. Tallis, J. y Untoiglich G. (2005). Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD. Reflexiones críticas a cerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Noveduc. Buenos Aires: P. 47-71, 73-94, 98, 107, 173, 174.



Kernberg, O. (1975/1988). *Desordenes fronterizos y Narcisismo patológico*. Paidós. México, D.F. p. 19-53.

Kernberg, O. (1984/1999). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Manual Moderno. México, D.F. p. 1 - 22.

Kernberg, O. (1977/2001). *La teoría de las relaciones objetales y El psicoanálisis Clínico*. Paidós. México, D.F. p. 25 – 43, 53, 59.

Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. Manual Moderno. México, D.F. p. 119-157.

Klein, M. (1934/1988). *El psicoanálisis de niños*. Paidós. México: p. 45.

Mahler, M. (1975/2002). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Marymar. Argentina: p. 13, 22, 75, 90, 93, 136, 128, 137.

Padilla, T. (2003). *Psicoterapia de juego*. Plaza y Valdez. México: p. 99 – 110.

Pérez de Plá, E., Rodríguez, M. y Acosta, P. (2004). *Hiperactividad del niño pequeño y patología vincular*. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, p. 65 – 83.

Pernicone, A. (2005). *Acerca del movimiento corporal en los niños: Viscisitudes de la excitación motriz, su estructuración subjetiva, fallas y síntomas asociados*. *FORT-DA*, 8, *septiembre 2005*.

Rangel, M. (2009). *Psicoterapia Infantil. Un enfoque psicoanalítico*. Trillas. México, D.F. p. 21 – 29, 85 – 89.

Segal, H. (2009). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós. México: p. 30 y 31.

Schaefer, Ch. y O'Connor, K. (1988). Manual de terapia de juego. Vol. I. Manual moderno. México: p. 9 – 17.

T.D.A.H. en México, un problema de salud pública. (2009, sept. 08). PMFARMA portal iberoamericano de marketing farmacéutico, p.1. [Documento WWW] Extraído el 4 de mayo, 2013, de <http://www.pmfama.com.mx/noticias/3859> -td

Winnicott, D. (1979). "Desarrollo emocional primitivo" en Escritos de pediatría y psicoanálisis. Paídos. España: p. 202 – 214.

Winnicott, D. (1958/1993). "La capacidad para estar solo" en Los procesos de maduración y el ambiente facilitador (1993). Paídos. Buenos Aires: p. 36 – 46.

Winnicott, D. (1963/1993). "De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo" en Los procesos de maduración y el ambiente facilitador (1993). Paídos. Buenos Aires: p. 108 – 120.

**ANEXOS.**

- 1. Anexo: Prueba T.O.V.A.**
- 2. Dibujo de la figura humana. D.F.H.**

**Estimada Lic. Esmeralda Escamilla:**

Se adjunta el informe de nuestra evaluación de su paciente [REDACTED] [REDACTED] tomada con el Test de Variables de Atención (T.O.V.A.)

La Prueba de las Variables de Atención (T.O.V.A.) es una prueba informatizada de rendimiento continuo que mide la atención de manera objetiva, fiable y precisa ( $\pm 1$  ms). Fue diseñado específicamente para los profesionales, para ayudarles a evaluar y supervisar las variables de la atención de los niños y adultos con trastornos de atención (por ejemplo, las lesiones traumáticas del cerebro, el TDAH y otros problemas de atención), congénitos y adquiridos.

El T.O.V.A. es muy sensible a los efectos del tratamiento, incluyendo los medicamentos. Puede ser utilizado para determinar con exactitud la dosis óptima y vigilar el curso del tratamiento.

Cualquier duda o comentario sobre los mismos estamos a sus órdenes:

Testing Center México  
Juan B. Ceballos # 473 - 1  
Col. Nueva Chapultepec  
Morelia, Mich. C.P 58280  
Tel. (443) 3144163

for [REDACTED]

The **T.O.V.A. (Test Of Variables of Attention)** is a state-of-the-art continuous performance test that is designed to be used in clinical, vocational, and research settings to objectively measure attention, impulsivity, and adaptability in children and adults, ages 4 to 80+.

The T.O.V.A. provides objective measurements of attention that can be used by health care professionals in the diagnosis and treatment monitoring of attention problems, such as Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Traumatic Brain Injuries (TBI). The T.O.V.A. can also be used to establish attention baselines and monitor performance over time.

The T.O.V.A. measures attention during a 21.6 minute task. It records the speed, accuracy, and consistency of responses to a series of squares (in the visual T.O.V.A. test) or tones (in the auditory T.O.V.A. test) that are presented in two-second intervals. These measurements (accurate to  $\pm 1$  ms) are then compared to the results of a large group of people of average intelligence who did not have any attention problems. This comparison determines whether the test results are "within normal range" or not. The T.O.V.A. also compares results to a large group of people diagnosed with ADHD. The T.O.V.A. report is based on these two comparisons as well as other statistical measures.

The T.O.V.A. does **not** make a diagnosis. It is designed to augment—not replace—an evaluation done by a trained health care professional. Attention problems may be caused by a number of conditions, including ADHD, depression, anxiety, stress, pervasive development disorder, learning problems, sleep disorders, head injuries, medications, drug abuse, as well as excessive caffeine or nicotine.

The T.O.V.A. can also be used to screen children starting school, establish baseline performance in all ages, monitor the effects of treatment, and track changes in attention over time resulting from head injuries and aging.

If you have questions about this report, please contact the person who provided it to you. For more information about attention and the T.O.V.A., please visit our website at <http://www.tovatest.com/> or contact us at [info@tovatest.com](mailto:info@tovatest.com) or call 800.PAY.ATTN (800.729.2886 or 562.594.7700).

# Testing Center México

T.O.V.A.

Resumen

ID: 85 Fecha de Nacimiento: 30/08/2002 T.O.V.A. Visual (v.8.0)  
Sexo: H Edad: 9 A 4 M Fecha de la prueba: 25/10/11 a las 8:37 A.M.

## Interpretación de la prueba T.O.V.A.

Los resultados de ésta prueba T.O.V.A. están dentro de los límites normales. Considere administrar la prueba auditiva T.O.V.A.-A.

Los resultados de ésta prueba T.O.V.A. no están dentro de los límites normales, y sugieren un desorden de atención. Una referencia a un clínico es recomendado.

Los resultados de ésta prueba T.O.V.A. no están dentro de los límites normales, y el rendimiento global es sugerente de un trastorno de atención, incluyendo TDAH. Una referencia a un clínico es recomendado.

## Validez de Prueba y de respuestas

La prueba es válida.

Los resultados de ésta prueba deben ser interpretados con cautela por:

Velocidad excesiva (respondiendo antes que mayoría de la gente pueda decir si se trataba de un objetivo).

Exceso de errores de comisión (respondiendo al no-objetivo).

Exceso de errores de omisión (no respondiendo al objetivo).

Medicamentos, cafeína, nicotina, otras sustancias.

Mal funcionamiento de la prueba.

Prueba incompleta.

## Índice de Exageración de Síntomas (mide la exageración de síntomas o "fingiendo malestar")

Esta persona parece haber comprendido las instrucciones y el esfuerzo demostrado fue adecuado (0-1).

Esta persona parece no haber comprendido muy bien las instrucciones.

Esta persona puede haber exagerado los síntomas y no parece que haya hecho la prueba tan bien como es posible (2).

Hay fuerte evidencia de posible exageración de síntomas (3-4). El clínico debe considerar la posibilidad de que esté "fingiendo malestar".

## Comparación con la Muestra Normativa

El rendimiento general está dentro de los límites normales.

El rendimiento general no está dentro de los límites normales.

Nota: Por favor vea las gráficas en la página 1.

Los resultados sobre la línea doble se encuentran dentro de los límites normales.

Los resultados debajo de la línea doble se encuentran significativamente desviados de la norma.

## Índice de Rendimiento de la Atención (Por favor vea la gráfica en la página 1)

Una puntuación por encima de cero no es clínicamente relevante.

Una puntuación por debajo de cero puede ser clínicamente relevante debido a que el patrón es característico de las personas diagnosticadas independientemente con TDAH. Este hallazgo no hace un diagnóstico de TDAH, el médico debe tener en cuenta otras fuentes de información, incluyendo la comparación de la muestra normativa (página 1), así como la historia e información colateral, tales como escalas de comportamiento.

ID: 85 (30/08/2002)  
 Male - 9y 4m 25d

Visual T.O.V.A. (v8.0-62-g6bbe4c8 sn20003)  
 24/01/2012 at 08:37 AM

### T.O.V.A. Interpretation

The results of this T.O.V.A. test are not within normal limits, and the overall pattern of performance suggests an attention problem, including ADHD.

### Session and Response Validity

There are more than 10% anticipatory errors in quarter Q4. This unusually high number of anticipatory errors will impact the standard scores for omissions and commissions.

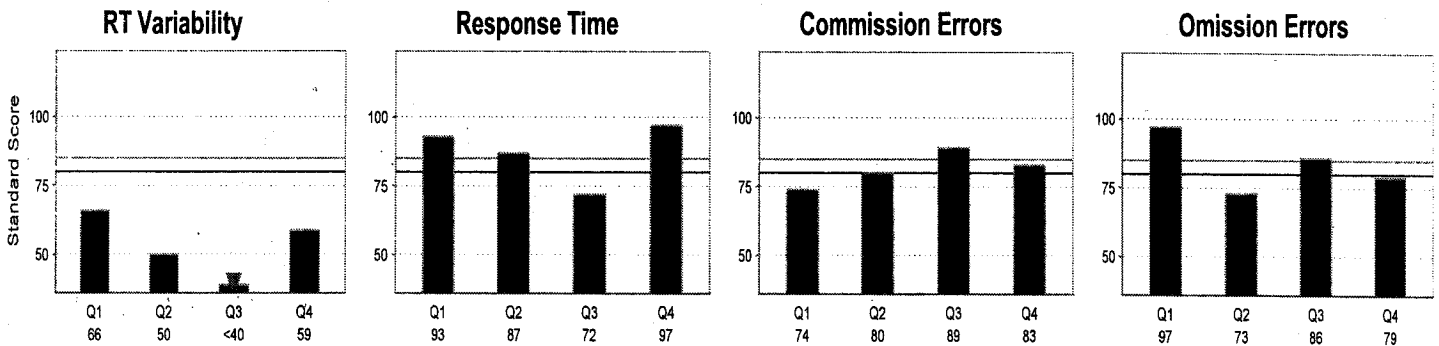
### Treatment

None entered.

### Comparison to the Normative Sample

The overall performance was not within normal limits.

Response time was borderline in H2, T and abnormal in Q3. Inconsistency (response time variability) was abnormal in Q1, Q2, Q3, Q4, H1, H2, T. This finding is important since inconsistency is the most sensitive measure in the T.O.V.A. Impulsivity (commission errors) was borderline in Q4 and abnormal in Q1, Q2, H1, T. Inattention (omission errors) was borderline in H1, H2, T and abnormal in Q2, Q4. There were an unusually high number of fast impulsive responses (anticipatory errors) in Q4, H2. This indicates a higher degree of impulsivity than is reflected in the commission errors score.



### Attention Performance Index

The Attention Performance Index of -4.87 is in the range of individuals independently diagnosed with ADHD.

Note: This finding alone is not sufficient to establish a diagnosis of ADHD. The clinician needs to consider additional sources of information, such as Comparison to the Normative Sample (see above), as well as history and collateral information (such as behavior rating scales).

-4.87





ID: 85 [REDACTED] (30/08/2002)  
Male - 9y 4m 25d

Visual T.O.V.A. (v8.0-62-g6bbe4c8 sn20003)  
24/01/2012 at 08:37 AM

There were 3 episodes where three or more omission errors occurred in a row. Assuming compliance with test instructions, this may represent 1. falling sleep (e.g., narcolepsy), 2. the occurrence of seizures, 3. a significant external distraction, or 4. severe distractibility.

Traducción:

Hubo tres episodios en los que tres o más errores se cometieron en fila. Asumiendo el cumplimiento con las instrucciones de la prueba, esto puede representar: 1. Quedarse dormido (narcolepsia por ejemplo) 2. la aparición de convulsiones 3. una distracción externa significativa o 4. distractibilidad severa



ID: 85 ██████████ (30/08/2002)  
 Male - 9y 4m 25d

 Visual T.O.V.A. (v8.0-62-g6bbe4c8 sn20003)  
 24/01/2012 at 08:37 AM

### Comparison to the Normative Sample

Results below are reported as standard scores (average standard = 100; standard deviation = 15). Scores indicate deviation from the performance of a large normative sample stratified by gender and age. Standard scores above 85 are considered to be in the normal range, scores between 85 and 80 are considered borderline, and scores below 80 are considered not within normal limits. Scores less than 70 are considered significantly below normal range.

	Quarter				Half		Total
	1	2	3	4	1	2	
<b>RT Variability</b>	66*	50*	<40*	59*	53*	<40*	<40*
<b>Response Time</b>	93	87	72*	97	90	84 b	84 b
<b>Commission Errors</b>	74*	80 b	89	83 b	76*	85	78*
<b>Omission Errors</b>	97	73*	86	79*	84 b	82 b	82 b

[] = Invalid quarter

b = Borderline result

\* = Significantly deviant result

### Attention Performance Index

The T.O.V.A. Attention Performance Index (API) provides information about the subject's overall performance on the T.O.V.A. compared to a sample of individuals independently diagnosed with ADHD. It provides a single number, a general index of likely impairment. Scores greater than 0 suggest minimal or no impairment. Scores below 0 suggest increasing levels of impaired functioning. The T.O.V.A. API is based on (but different than) the ADHD Score reported in previous versions of the T.O.V.A.

Response Time (Half 1)	-0.64
D Prime (Half 2)	-1.92
Variability (Total)	-4.11
Calibration constant	1.80
<b>Attention Performance Index</b>	<b>-4.87</b>



# Tabulated Data

ID: 85 (30/08/2002)  
Male - 9y 4m 25d

Visual T.O.V.A. (v8.0-62-g6bbe4c8 sn20003)  
24/01/2012 at 08:37 AM

This page is provided for researchers and advanced T.O.V.A. users. It contains tabulated raw data and documents T.O.V.A. session parameters.

		Quarter				Half		Total
		1	2	3	4	1	2	
RT Variability	ms	237	287	389	314	262	364	342
Response Time	ms	548	615	598	453	577	532	543
Post-commission responses	#	0	0	8	14	0	22	22
Response Time	ms	0	0	689	441	0	531	531
Variability	ms	0	0	419	291	0	363	363
Commission Errors	#	14/126	10/126	15/36	22/36	24/252	37/72	61/324
(Impulsivity)	%	11.1	7.9	41.7	61.1	9.5	51.4	18.8
Response Time	ms	260	561	588	452	385	507	459
Omission Errors	#	3/36	10/36	25/126	31/126	13/72	56/252	69/324
(Inattention)	%	8.3	27.8	19.8	24.6	18.1	22.2	21.3
D Prime		2.6	2	1.06	0.4	2.22	0.73	1.68
Standard Score		76	67	72	73	72	71	73
Beta		0.81	2.27	0.71	0.82	1.55	0.75	1.08
Anticipatory	%	1.2	1.2	9.9	13.6	1.2	11.7	6.5
To Nontargets	#	1	1	7	4	2	11	13
To Targets	#	1	1	9	18	2	27	29
Multiple Responses	#	0	0	9	8	0	17	17
Total Correct	#	143/162	140/162	106/162	87/162	283/324	193/324	476/648
Correct Responses	#	32/36	25/36	92/126	77/126	57/72	169/252	226/324
Correct Nonresponses	#	111/126	115/126	14/36	10/36	226/252	24/72	250/324
User Interrupts	#	0	0	0	0	0	0	0
Hardware errors	#	0	0	0	0	0	0	0

Infrequent

Frequent

Tester: Ricardo Dominguez

### Session parameters

Format: 1 (standard)  
ISI: 2000 ms  
Stim. On Time: 200 ms  
Stim. Off Time: 300 ms  
Ant. Cutoff: 150 ms

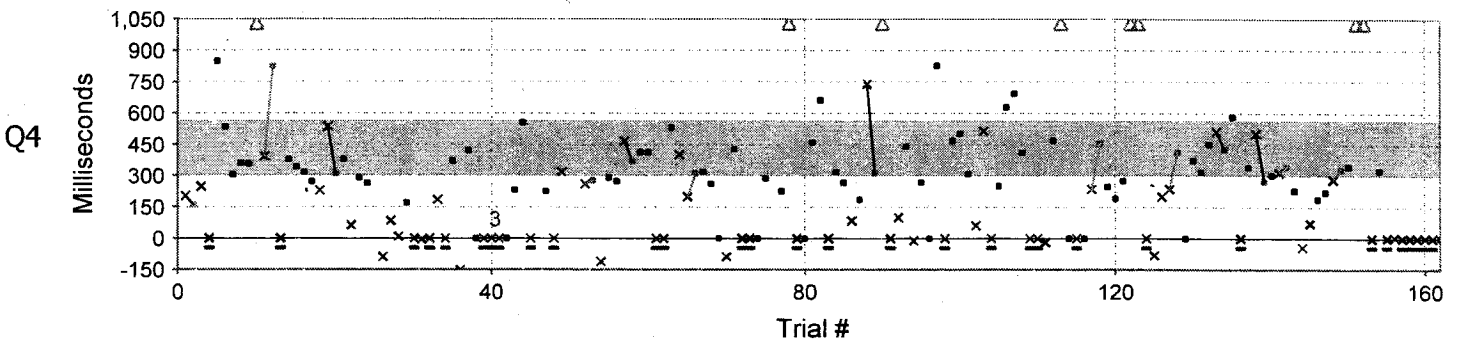
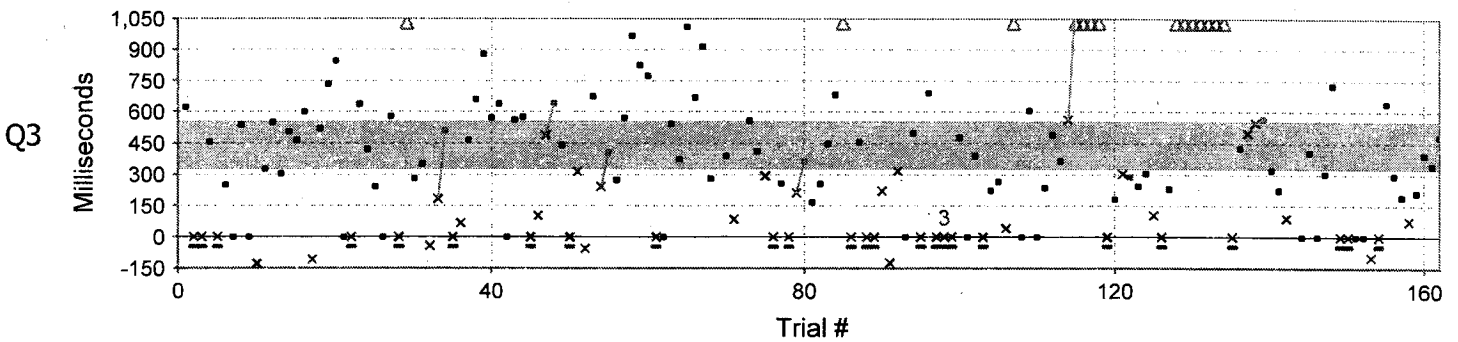
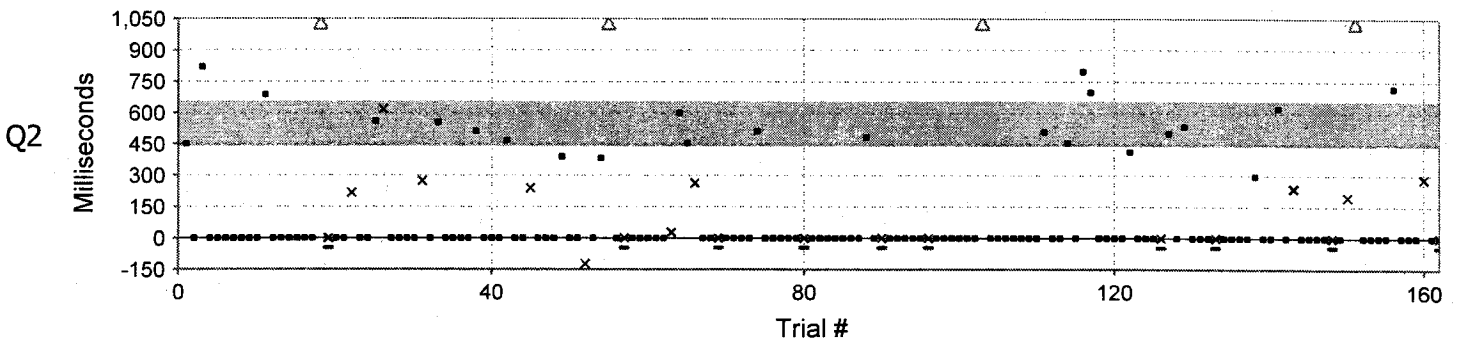
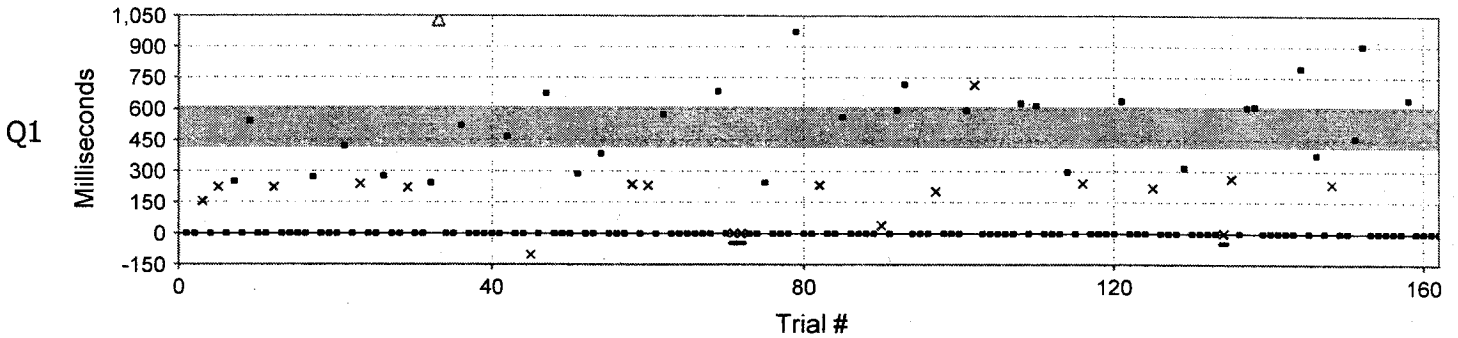
### Hardware information

Test mode: PTE  
USB device: 1.0-90-g8027812, 4  
Microswitch: 2, 2  
Monitor calibration: 11583, 11583, 11359, 11615, 11839, 11520, 11744, 11680, 11648, 11296, 10975, 11776, 10912, 11680, 11711, 11359, 11552, 11487, 11487, 12000, 11424, 11552, 11520, 11583, 11455, 11648, 11455, 11615, 11264, 11424

ID: 85 (30/08/2002)  
Male - 9y 4m 25d

Visual T.O.V.A. (v8.0-62-g6bbe4c8 sn20003)  
24/01/2012 at 08:37 AM

This page graphically displays the subject's responses. Black squares mark correct responses and correct nonresponses. Red 'X's mark commission and anticipatory errors. Red 'X's with underlines mark omission errors. The light gray region represents the normal range of responses from the T.O.V.A. normative study. Commission errors and post-commission-error correct responses are linked by a line: A positive slope (light gray) indicates a normal slowdown associated with making an error, while a negative slope (black) indicates an unusual reaction of either a slow commission error or an speedup after an error.



- Correct responses    x Commission or anticipatory errors    x Omission errors    ▲ Off scale responses    ■ Normal range
- Post-commission-error correct responses    / Reasonable commission reaction    \ Unusual commission reaction

## Formulario de valoración del observador T.O.V.A. ®

Nombre: XXXXXXXXXX Fecha: 27.10.11 Prueba: Visual

ID: \_\_\_\_\_

Por favor califique el comportamiento del sujeto para cada cuarto mientras se le aplica la prueba T.O.V.A. ®, usando una escala desde 1 (no del todo) a 5 (del todo).

Cuarto	1 (0-5.4')	2 (5.4-10.8')	3 (10.8-16.2')	4 (16.2-21.6')
<b>Distraído (a) en general</b>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Visual	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Auditivo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

(Por favor, marque aquí si no hubo distracciones auditivas o visuales durante la prueba K)

Cuarto	1 (0-5.4')	2 (5.4-10.8')	3 (10.8-16.2')	4 (16.2-21.6')
Hiperactivo (a)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Inatento (a)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Se frustra	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Falta de cooperación / oposición	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cambia de manos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Tics (vocal o motriz)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mirar fijamente / se queda dormido	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cansado (a) / agotado (a)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quejumbroso (a)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Parlante	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Necesita estar preguntando	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
No se esforzó suficiente/ actitud de que no le importa	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

¿Cuántas horas durmió el sujeto anoche? 9 hrs.

Medicamentos: (por favor haga una lista, registre la dosis y el número de horas transcurridas desde la última toma)

Anote el uso de sustancias (y las horas transcurridas desde el último uso):	¿Cuánto por día en las últimas 2 semanas?	¿Cuánto hoy?
Cigarrillos		
Bebidas con cafeína		
Alcohol		

### Observaciones:

Cada vez que comete un error se mueve y deja de ver la pantalla, tiene buena disposición para hacer la prueba. Intenta tocar el micrófono con la mano izquierda, pero se contiene (cuando recuerda la instrucción). Se mantiene quieta y solo realiza pequeños movimientos con su mano izquierda. (3:30)  
 Cada vez que comete un error mueve su cabeza (como diciendo no), chupa con su mano izquierda y su boca (por corto tiempo) (6:00)  
 Cambia de posición su mano izquierda de vez en cuando (se abraza, se rasca la cabeza y la pone en la mesa) (8:20)  
 Por estar tocándose la cara deja de ver directamente la pantalla (10:40). Se comienza a rascar el brazo derecho con la mano izquierda y en general a hacer pequeños movimientos, pero más constantes (13:45)  
 Empezó a presionar el micrófono indiscriminadamente (16:00) sin fijarse cuando lo debe hacer, y deja pasar objetivos más frecuentemente. Ya se le nota cansado (18min) uso ambas manos para presionar el micrófono (20:00) mantuvo la postura inicial durante toda la prueba. (al final empezó a hacer más movimientos, eó estiramientos, pero sin cambiar su postura)

Fecha: 27 Octubre 2011 Nombre de Niño(a): [REDACTED] Fecha de Nacimiento: 30-Agosto-20

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Cada evaluación debe ser tomada en el contexto de lo apropiado para un niño(a) de la edad de su niño(a).

Al llenar este formulario piense en el comportamiento de su niño(a) en los últimos **seis (6) meses**.

Esta evaluación está basada en un periodo cuando el niño(a) :

Estaba tomando medicamentos

No estaba tomando medicamentos

No estoy seguro

Síntomas	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuente
1 No presta atención a detalles o comete errores negligentes como, por ejemplo, en las tareas.	0	1	2	③
2 Tiene dificultad manteniendo atención a lo que se debe hacer	0	1	2	③
3 Parece no oír cuando se le habla directamente.	0	1	②	3
4 No sigue instrucciones y no completa sus actividades (no debido a comportamiento confrontacional o falta de entendimiento)	0	1	②	3
5 Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.	0	1	②	3
6 Evita, detesta o es renuente a empezar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.	0	1	②	3
7 Pierde cosas necesarias para tareas o actividades (juguetes, tareas, o libros)	0	1	②	3
8 Es fácilmente distraído(a) por ruidos u otros estímulos	0	1	2	③
9 Es olvidadizo en sus actividades diarias	0	1	②	3
10 Tiene inquietud de las manos y pies o se mueve mucho en su asiento	0	1	②	3
11 Se levanta de su asiento cuando debe estar sentado	0	1	2	③
12 Corre, trepa o se mueve con exceso, cuando debe mantenerse sentado	0	1	2	③
13 Tiene dificultad para jugar o participar en actividades tranquilas	0	①	2	3
14 Siempre está "en marcha" o muchas veces actúa como si estuviera "conducido por un motor"	0	1	②	3
15 Habla con exceso	0	1	2	③
16 Responde antes de que se completen las preguntas	0	1	②	3
17 Tiene dificultad en esperar su turno	0	1	②	3
18 Interrumpe o es intruso con la conversación y/o actividades de otros	0	1	2	③
19 Discute con adultos	0	①	2	3
20 Pierde el control de su temperamento.	0	①	2	3
21 Activamente desafía o rehúsa seguir las reglas o requisitos de los adultos	0	1	②	3
22 Deliberadamente molesta a la gente	0	①	2	3
23 Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento	0	①	2	3
24 Es sensible u otros lo molestan fácilmente	0	①	2	3
25 Se enoja o resiente con facilidad	0	1	2	③
26 Es rencoroso y se quiere vengar	①	1	2	3
27 Amenaza, intimida o asusta a otros	①	1	2	3
28 Inicia peleas físicas	①	1	2	3
29 Miente para no ser castigado o para evadir obligaciones	0	①	2	3
30 Es muy consciente de si mismo y se avergüenza muy fácilmente	0	①	2	3
31 Es físicamente cruel con otros	①	1	2	3
32 Ha robado artículos de valor	①	1	2	3

Fecha: 27 Octubre 2011 Nombre de Niño(a): [REDACTED] Fecha de Nacimiento: 30-Agosto-2002

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono del Clínico: \_\_\_\_\_

Síntomas (continuación)	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuente
33 Deliberadamente destruye la propiedad de otros	0	1	2	3
34 Ha usado un arma que puede causar daño serio (bate, cuchillo, ladrillo, pistola)	0	1	2	3
35 Es físicamente cruel con animales	0	1	2	3
36 Ha deliberadamente causado incendios para causar daño	0	1	2	3
37 Se ha metido en la casa, negocio o carro de otra persona	0	1	2	3
38 Se ha quedado fuera de la casa toda la noche sin permiso	0	1	2	3
39 Se ha escapado de la casa por la noche	0	1	2	3
40 Ha forzado a alguien a tener actividad sexual	0	1	2	3
41 Es temeroso, ansioso o preocupado	0	1	2	3
42 Tiene miedo intentar nuevas cosas por temor a cometer errores	0	1	2	3
43 Se siente inferior o sin valor	0	1	2	3
44 Se culpa por problemas, siente culpabilidad	0	1	2	3
45 Se siente solo, despreciado o no querido; se queja de que nadie lo quiere	0	1	2	3
46 Esta triste, descontento o deprimido	0	1	2	3
47 Se siente diferente y se avergüenza muy fácilmente	0	1	2	3

Comportamiento	Excelente	Mas que Promedio	Promedio	Algo de Problema	Problemático
48 Desempeño escolar general	1	2	3	4	5
49 Lectura	1	2	3	4	5
50 Escritura	1	2	3	4	5
51 Matemáticas	1	2	3	4	5
52 Relación con parientes	1	2	3	4	5
53 Relación con hermanos	1	2	3	4	5
54 Relación con compañeros	1	2	3	4	5
55 Participación en actividades organizadas (Ej. Equipos)	1	2	3	4	5

**Para uso de la oficina solamente**

Número total de preguntas contestadas 2 o 3 en preguntas 1 - 9: 9

Número total de preguntas contestadas 2 o 3 en preguntas 10 -18: 3

Calificación sintomática de preguntas 1 -18: 42

Número total de preguntas contestadas 2 o 3 en preguntas 19 - 26: 2

Número total de preguntas contestadas 2 o 3 en preguntas 27 - 40: 0

Número total de preguntas contestadas 2 o 3 en preguntas 41 - 47: 0

Número total de preguntas contestadas 4 o 5 en preguntas 48 - 55: 7

Promedio de Desempeño: 3.875

Comentarios: TDH SUSTIPO COMBINADO (DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS POR LA MAMA')



8 Sept. 2011.

~~\_\_\_\_\_~~

3 años

D. F. H. Karpit

- Figura pequeña: Inseguridad, retraimiento y depresión.
- Transparencias: Impulsividad, tendencia al acting out.
- Manos grandes: Conducta agresiva.
- Omisión de nariz: Falta de interés social  
tendencia al retraimiento y a la timidez.
- Omisión de Cuello: Inmadurez, impulsividad, control interno pobre.

C. I.

Puntos (5)

Nariz	- 1
pies	- 1
brazo 2 dimensiones	- 1

5 - 3 = 2

Nivel de funcionamiento intelectual.

(C.I. 60-80)

Borderline