



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

Universidad del Azuay,

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación,

Escuela de Psicología Educativa Terapéutica;

**“Plan de recuperación para un niño de 7 años, que cursa el
tercero de básica, con presunto Déficit de Atención,
mediante Psicoterapia de Juego”**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:
Licenciada en Ciencias de la Educación, Mención Psicología
Educativa Terapéutica**

Autor: Mariela Ximena Rodríguez Pesantez.

Director: Dr. Franklin Ordóñez.

**Cuenca - Ecuador
2007**

Dedicatoria

Con gran amor y aprecio dedico este trabajo, previo a la obtención de mi título académico a mi padre Dios, a mis Pastores, a mi hijo, a mis padres y mi hermana, por su apoyo y comprensión durante todo este tiempo.

*“Pero nosotros tenemos
La mente de Cristo y
Los pensamientos de
de su corazón”.*

Agradecimiento

De manera especial quiero brindar mi gratitud al director de mi monografía, el Dr. Franklin Ordóñez, por su dedicación y confianza, por creer en mi persona como una futura profesional y compartir sus conocimientos, por su disposición en todo tiempo, por su guía y dirección, atentamente ; muchas gracias!

Índice de Contenidos

CAPÍTULO 1

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Introducción del marco teórico.....	1
1.2. Terapia de Juego Psicoanalítica.....	2
1.2.1. Teoría y técnicas del Psicoanálisis.....	2
1.2.2. Terapia de Juego No – Directiva (Virginia M. Axline)	4
1.2.3. Terapia Sistémica (Modelo Milanés).....	4
1.2.4. Terapia Cognitivo – Conductual.....	5
1.2.5. Psicoterapia y Psicoanálisis.....	5
1.3. El encuadre: adecentamiento, el material del juego, el cajón individual.....	6
1.4. Problemas que surgen en el manejo diario de la terapia.....	8
1.5. Conceptualización psicoanalítica de atención.....	9
1.5.1. Atención.....	9
1.5.2. Falta de atención.....	10
1.5.3. Impulsividad.....	10
1.5.4. Hiperactividad.....	10
1.5.5. Síndrome Desatencional.....	11
1.6. Intervenciones del psicoanalista con los padres y con los niños.....	12
1.6.1. Intervenciones con los padres.....	13
1.6.2. Intervención con el Niño.....	14
1.7. Descripción de las etapas de juego en las diferentes edades.....	15
1.8. El equipo terapéutico y las consideraciones sobre la personalidad del terapeuta.....	17
1.9. Psicodinamismo de la familia con los niños.....	18
1.10. Técnicas proyectivas.....	21
1.11. Conclusiones del capítulo 1.....	23

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA – TÉCNICAS – RECURSOS

2.1. Introducción de la metodología, técnicas y recursos psicoterapéuticos.....	24
---	----

2.2. Metodología acorde a la Psicoterapia de Juego.....	25
2.2.1. El Método del juego.....	25
2.2.2. El Método del dibujo.....	25
2.2.3. El Método de las marionetas.....	26
	iii
2.3. Técnicas basadas en la Psicoterapia de Juego.....	26
2.3.1. Entrevista Diagnóstica.....	26
2.3.2. Observación.....	27
2.3.3. El arte como medio terapéutico.....	27
2.3.4. Interpretaciones.....	28
2.4. Recursos de acuerdo con la Psicoterapia de Juego.....	28
2.5. Conclusiones del capítulo 2.....	29

CAPÍTULO 3

3. PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1. Introducción	30
3.2. Actividades y ejemplos según la orientación de la Psicoterapia de Juego.....	31
3.2.1. Ejemplo 1.....	31
3.2.2. Ejemplo 2.....	32
3.2. Conclusiones del capítulo 3.....	35

CAPÍTULO 4

4. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4.1. Introducción	36
4.2. Diagnóstico del paciente.....	37
4.2.1. Observación del niño a través de la historia clínica.....	37
4.2.2. Observación del niño a través de las escalas para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH).....	37
4.2.3. Observación del niño a través del cuestionario para padres y maestros.....	37
4.2.4. Observación del niño a través del test de Apercepción Infantil (Con figuras de animales CAT – A.....	38
4.2.5. Observación del niño a través del test de Frostig.....	38
4.2.6. Observación del niño a través del test de WPSI.....	38

4.3. Plan de Recuperación.....	39
4.3.1. Sesión 1.....	39
4.3.2. Sesión 2.....	40
4.3.3. Sesión 3.....	40
4.3.4. Sesión 4.....	41
4.3.5. Sesión 5.....	41

	iv
4.4. Recomendaciones.....	41

4.5. Conclusiones del capítulo 4.....	42
--	-----------

REFERENCIAS

5.BIBLIOGRAFÍA.....	43
----------------------------	-----------

Resumen

El plan de recuperación para el niño de 7 años, que cursa el tercero de básica, con presunto Déficit de Atención, mediante Psicoterapia de Juego, tiene como objetivo el corroborar el diagnóstico a través del uso de las herramientas necesarias como la entrevista diagnóstica, la entrevista familiar, la observación, la interpretación, baterías proyectivas y otros; así como la elaborar la aplicación de las sesiones basadas en el enfoque de la teoría de Melania Klein, la misma que afirma, que en la psicoterapia el niño revivirá ansiedades primarias, que son expresadas en el juego y disminuirán con la interpretación, es decir la función del juego será elaborar las situaciones traumáticas, el niño logrará vencer realidades dolorosas y dominar miedos, proyectándolos al exterior, en los juguetes.

Abstract

This research paper consists in a Recovery Plan through Game Psychotherapy for a seven – year – old who is attending third grade on elementary school and apparently shows a deficit of attention. The plan has two objectives. The first one is to corroborate the diagnosis through the use of the necessary tools such as the diagnostic interview, family interview, observation, projecting fortification, among others. The other goal is to prepare the application of the sessions based on the approach of Melania Klein's theory which asserts that in

Psychotherapy, the child will relive primary anxieties that are expressed in the game and they will diminish with interpretation; that is, the function of the game will be to elaborate traumatic situations where the child will be able overcome painful realities and fears by projecting them to the exterior, into toys

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo enfoca los fundamentos teóricos de la Psicoterapia de Juego que sustentarán la práctica de la misma; abarca diversas visiones de lo que es una psicoterapia y en sí la orientación psicoanalítica sobre la cual se tratará el caso de estudio. Se hará referencia a soportes psicoanalíticos sobre la atención, técnicas proyectivas así como otros enfoques teóricos sobre lo que es la falta de atención, la hiperactividad e impulsividad.

Se dará a conocer el encuadre, adecentamiento, el material del juego, el cajón individual, los problemas que surgen en el manejo diario de la psicoterapia.

Otros de los aspectos a tratar son las diversas etapas de juego en las diferentes edades de los niños, los materiales acorde a las edades, la importancia de su utilización y también las dificultades de la técnica.

Las condiciones necesarias con respecto a la personalidad del terapeuta de niños y la presencia de un equipo multidisciplinario es otro de los temas a tratar en este capítulo con la finalidad de exponer la importancia de que el terapeuta necesita tener una base profunda en desarrollo infantil, experiencias en la observación de diversos niños y en diferentes situaciones y estar familiarizado con la teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad, su estructura y función.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

TERAPIA DE JUEGO PSICOANALÍTICA

➤ Teoría y técnicas del Psicoanálisis.

El papel del juego en el Psicoanálisis del niño es más ambiguo de lo que comúnmente se cree. Freud, 1926 habla del juego sólo de paso. Hug – Hellmuth, 1921 menciona que el niño juega con sus propios juguetes en el curso de las sesiones y recomienda que lo haga en su propia casa. Anna Freud, se refiere al juego como un recurso para promover la verbalización del niño que lo toma como el medio verdadero de análisis durante el periodo de latencia, Fries, 1937 explica el papel del juego como una fuente de indicios hacia la vida interior del niño, pero enfatiza la convivencia de ocultar la interpretación hasta que el niño ha obtenido acceso a sus experiencias traumáticas únicas y específicas, mediante el manejo sistemático de sus resistencias.

* Melanie Klein, 1932 “concebía el juego infantil como un equivalente de las “asociaciones libres” de los pacientes adultos. En consecuencia, las actividades del juego eran y se trataban como el dato principal sobre el que se basaban las interpretaciones; es más, el juego infantil se tradujo al supuesto lenguaje del inconsciente” ¹

El método kleiniano no sólo utiliza el juego como un medio para promover la relación y una futura comunicación en el tratamiento, sino como un fin por el mismo. “Klein en 1932 propuso usarlo como substituto directo de las verbalizaciones. Klein consideraba al juego como el medio de expresión natural del niño. Pensaba que las habilidades verbales de él se encontraban poco desarrolladas para expresar de manera satisfactoria los pensamientos complejos y afectos que podía experimentar. En la terapia de juego kleiniano no existía una fase introductoria, el terapeuta simplemente comienza a hacer interpretaciones directas de la conducta de juego del niño. Klein pensaba análisis del juego” ²

El juego no se utiliza como un medio para educar al niño, sino resolver esos conflictos que pueden inferir con su habilidad para utilizar al máximo su capacidad en recursos educativos comunes.

¿Cómo se utiliza el juego en la terapia psicoanalítica infantil?

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.

¹ SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001, pg 9

² SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001, pg 5 - 6

El juego le permite al niño expresar su vida interna, aliviar ansiedades, modificar formas de relación perturbadas, reparar situaciones traumáticas, comunicarse, moldear experiencias para hacerlas más accesibles a su comprensión, favorecer su crecimiento, manifestar sus defensas, sublimar mediante la expresión creativa, manifestar estereotipias o bloqueos, puede impedir la comunicación y manifestar el rol que quiere asumir en su relación con los demás.

Conceptos técnicos que deben ser considerados para la Terapia de Juego:

“ * Transferencia: proceso mediante el cual, los pacientes reactivan durante la situación terapéutica, los conflictos, vivencias y modalidades de relación, que experimenta en el pasado.

La figura del terapeuta, o los demás miembros se transforman en pantallas sobre las que el paciente transfiere.

Al analizar la transferencia, podemos acceder a tales vivencias y conflictos y favorecer así su elaboración.

* Contratransferencia: abarca todas aquellas vivencias y reacciones emocionales que el analista experimenta consciente e inconscientemente en conexión con el material aportado por el paciente.

El análisis de la Contratransferencia requiere diferenciar aquellos sentimientos que corresponde a conflictos no resueltos del terapeuta, de los sentimientos que son el producto de lo que se ha transferido en ellos.

* Resistencia: mecanismo defensivo que opera en el aquí y ahora de la sesión (mediante actos o palabras) y tiene por fin oponerse al acceso del paciente a su inconsciente. Ejemplos que manifiestan la resistencia en los niños son: llegar tarde a la sesión, provocar que el terapeuta salga de su rol, no dejarlo hablar, no querer escuchar, algunos tipos de silencio, etc.

* Insight: comprensión profunda afectivo – intelectual, de los propios problemas y motivaciones inconscientes.

Amplía e integra la percepción del “YO” y del mundo exterior, permitiendo diferenciar al uno y al otro” 3

“La herramienta fundamental en la terapia es la interpretación, es aquí donde se pone a prueba la habilidad, el tacto y la sensibilidad empática, es decir, ¿cómo va a expresar mejor sus pensamientos (terapeuta) para que el paciente pueda aceptarlos y utilizarlos. Técnicas: 1) La entrevista diagnóstica de juego, la entrevista verbal se vuelve fructífera después de la edad mental de siete años, cuando las habilidades verbales, la memoria y la sofisticación social comienza a desenvolverse. 2) Observar el juego del niño, debe ser terapéuticamente útil en un estilo consistente con los niveles crecientes del diagnóstico. Además debe establecerse la suficiente confiabilidad y validez. 3) El arte, a través de dibujos el niño expresa sus conflictos , como parte del diagnóstico y como parte de la terapia de conversación orientada al insight. 4) Ilumina tu vida, expresar a través solo de colores afectos y sentimientos. 5) Interpretaciones, consiste en elaborar mientras el niño juega una serie de hipótesis sobre la naturaleza de los conflictos y sentimientos del paciente” 4

3 SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del Módulo del curso de graduación, Año 2006.

4 SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001, pg 112 – 225)

Para poder tener una visión más clara y amplia de la terapia a utilizar para el plan de recuperación del niño de 7 años con presunto déficit de atención, es necesario analizar otras propuestas psicoterapéuticas entre las cuales están las siguientes:

- Terapia de Juego No - Directiva.
- Terapia Sistémica.
- Terapia Cognitivo – Conductual.
- Psicoterapia y Psicoanálisis.

Terapia de Juego No – Directiva (Virginia M. Axline): Según este enfoque se afirma lo siguiente: “ No es indispensable que el niño sea consciente de que tiene un problema para que pueda obtener beneficio de la terapia. Son muchos los niños que han pasado por una experiencia terapéutica y han mostrado visibles señas de adoptar actitudes y conductas más maduras y, sin embargo, nunca tuvieron otra idea más que sólo se trataba de una hora de juego libre.

Esta terapia no debe ser considerada como un medio para sustituir una conducta – no deseable- por otra más aceptable de acuerdo con las normas fijadas por el adulto.

Esta terapia está basada en una teoría positiva de las habilidades que posee el individuo, es una terapia abierta, activa. Es por esto que no se hacen entrevistas de diagnóstico previas a la terapia. Las terapias se evitan, lo que pasó anteriormente pertenece a la historia, la dinámica de la vida cambia constantemente la relatividad de las cosas y las experiencias pasadas van adquiriendo otro tinte debido a las interacciones de la vida, por que también el pasado cambia constantemente. El dirigir la terapia hacia el pasado del individuo descarta la posibilidad de que éste haya podido crecer. Por esta razón el hacer preguntas indagatorias también queda descartado. Considera que el individuo es la fuente del poder vital que dirige al crecimiento dentro de sí mismo” 5

Terapia Sistémica (Modelo Milanés): Según este enfoque: “ Utiliza un concepto cibernético y la teoría de la comunicación de las relaciones familiares. Una técnica especial de entrevistas, preguntas circulares, permite la formación y la verificación de hipótesis dinámicas sobre las bases y funciones interaccionales de los problemas familiares. El terapeuta asume una posición neutral frente al sistema familiar. Para esta postura todos los elementos se vinculan entre sí y cuyo problema actual cumple una función específica. Esta terapia inicia con la formulación de hipótesis sobre las razones que llevaron a la familia a buscar ayuda, las metas que se espera alcanzar en la terapia. Estas hipótesis son examinadas, confirmadas o corregirlas mediante el proceso de las preguntas circulares. Se trata de establecer una idea de la epistemología que tiene la familia de sí misma, y cambiarla, si es necesario. Como en la terapia sistémica se usan intervalos relativamente largos entre las sesiones, la familia tiene tiempo para cambiar en esos lapsos” 6 Como se puede observar esta terapia no se centra en un tratamiento individual, sino en un trabajo en equipo donde se asume que las relaciones fraternales se hallan afectadas y donde uno de los miembros hace síntoma.

5 AXLINE, VIRGINIA, Terapia de juego No – Directiva, Edición Diana – México, Año 1975, pg 31 – 32.

6 F.B.SIMON, H. STIERLIN Y L. C. WYNNE, Terapia Familiar, Editorial Gedisa, Año 1993, pg 403 – 405

Terapia Cognitivo – Conductual: “Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento . No obstante, dentro de ella existen muchas diferencias al enfocar los aspectos cognitivos, ya que unos se centran en estructuras, creencias o supuestos básicos como principales entidades causales de las emociones y la conducta (Ellis, Beck); otros en procesos tales como solución de problemas, distorsiones cognitivas (D’ Zurilla); o contenidos del pensamiento auto instrucciones, pensamientos automáticos (Meichembaum, Beck).

Existen diferencias en las estrategias de intervención, pero a pesar de estas diferencias se puede señalar las siguientes características:

1. El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas. Es decir, la identificación y la alteración sistemáticas de aspectos cognitivos desadaptativos producirán los cambios conductuales deseados.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los clientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, para hacerle conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.
4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son las de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento auto – instruccional, feedback informativos
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente” 7

Psicoterapia y Psicoanálisis: “Tratamiento de los problemas de naturaleza emocional, mediante la cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, mediar en las perturbaciones de conducta y provocar un desarrollo positivo de la personalidad.(Wolberg) Enfatiza la necesidad de un entrenamiento especializado para la aplicación. Es un método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utiliza medios psicológicos y, de una manera más precisa, la relación del terapeuta con el paciente, utiliza la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis sistemático de la transferencia, tendiendo a su resolución final. (Laplanche y Pontalis)

Todo terapeuta debe conocer sus medios y sus fines; pero en el caso de la psicoterapia de niños se agrega una especial dificultad: la necesidad de reconocer el significado profundo del lenguaje no verbal. Este es el lenguaje que con más frecuencia utiliza el niño en su comunicación con el terapeuta: juegos, dibujos, Expresiones corporales y algunas verbales. La comprensión de este lenguaje exige del terapeuta en entrenamiento de muchos años para que pueda captarlo no sólo en su significado simbólico, que es el más accesible, sino en el contexto global en el cual se presenta, ya sea durante el diagnóstico o durante el tratamiento. Una primera e importante cuestión de la psicoterapia en niños es el estudio del valor que se le atribuye al lenguaje no verbal y su consecuente utilización” 8

7 GARCÍA, RODRIGO, Psicoterapia Cognitivo Conductual, Edición Poligrafiado del Módulo del curso de graduación, Año 2006.

8 ABERASTURY, ARMINDA, El Psicoanálisis de Niños y sus aplicaciones, Editorial Paidós - Buenos Aires, Año 1972.

El aporte de las diferentes Terapias son importantes, pero se ha optado por la Psicoterapia de Juego con enfoque Psicoanalítico porque es de suma importancia e influencia la historia del niño, la familia, ideología y religión e historia de los padres, que afectan notablemente en el desenvolvimiento personal del niño y que es capaz de liberar y expresar a través de sus juegos aún cuando no lo exprese siempre verbalmente, es decir, el juego del niño permite captar aquellas conductas que no son fáciles de observar en su vida cotidiana. La finalidad de este enfoque terapéutico es que el niño elabore la ansiedad no superada en el momento evolutivo correspondiente.

➤ **El encuadre: adcentamiento, el material del juego, el cajón individual.**

Parte del encuadre es determinar el lugar para la Psicoterapia con horas fijas, continuidad y puntualidad. Proporcionar al paciente un ambiente adecuado, que se mantenga sin grandes cambios. Y en cuanto a roles especificar el rol del terapeuta y lo que se espera del paciente.

“Se requiere de estabilidad en todo lo que se le ofrece al niño, además se establecen ciertas limitaciones referidas al mobiliario, el consultorio, su cuidado personal.

Es necesario establecer una “buena alianza” terapéutica a partir del primer contacto con el niño, para un buen comienzo y para afianzar en tratamiento.

Dentro del material de juego tenemos:

- 1) Objetos que representan personas y animales significativos: muñecos, títeres, familia de animales(salvajes y domésticos), soldados, muñecos articulados.
- 2) Objetos que pueden identificarse con las actividades de las personas significativas: autos, camiones, aviones, celular, bloques para construcción, pelota, revólver, ropa dramatizar. En niños más pequeños muebles de juguete, platos tacitas.
- 3) Materiales para dibujar, pintar, recortar, pegar, calcar: plastilina, temperas, plasticola blanca y de colores, lápices de colores o crayones, cinta de pegar, hojas blancas y de revistas, papel glase, papel d calcar, tijera punta roma.
- 4) Juguetes y juegos de mesa (de acuerdo a la edad): anillos para arrojar, dominó, ajedrez, naipes” **9**

“Se le propone al niño la utilización libre de los materiales puestos a su disposición, la invitación varía de acuerdo con la edad. El terapeuta observa la manera en que juega el niño, a nivel del tema, de la forma y del contenido. Observa la manera con que el niño se sirve del juego para excluir su presencia, para ignorarlo; o, por el contrario, cómo para el niño el juego es la ocasión para pedir su intervención.

Melania Klein, manifiesta que hay que tener muy en cuenta todas las transformaciones debidas a los mecanismos inconscientes, y, sobre todo, jamás perder de vista el vínculo de cada elemento con la totalidad de la situación. El análisis de los niños nos muestra constantemente que un solo juguete o un solo detalle del juego puede revestirse de muchos sentidos distintos y que únicamente podemos interpretarlos en la perspectiva de sus más alejadas relaciones y dentro del conjunto de la situación analítica” **10**

9 SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del curso de graduación, Año 2006.

10 CHAZAUD JACQUES, Las Psicoterapias del niño, Editorial Oikos – tau, s.a – Barcelona España, Año 1979, pg 37 – 51

Uso del material de acuerdo con la evolución del tratamiento

- a) Etapa de descubrimiento.
- b) Los juguetes se ponen al servicio de las fantasías.
- c) Paulatinamente el juguete va dejando de ser esencial y va dando paso a la palabra y la relación”

“ Como en cualquier forma de interacción, la comunicación psicoterapéutica con el niño debe estar con su nivel de desarrollo afectivo y cognoscitivo. Esta máxima se aplica, específicamente, a la alternativa y utilización de los materiales de juego en la terapia infantil. Estos se elegirán para cada grupo de edad, sexo y según la ideología de la época. También se aplica el principio de economía.

Una cantidad de materiales de juego compleja provocará más confusión en el niño, a demás, tenderá a representar al terapeuta como un gratificador inagotable, en lugar de un colaborador. En si los autores recomiendan que el lugar de terapia debe contener juguetes simples, durables y permitir un mínimo de desorden. Los materiales deben ser consistentes con el sentido de comodidad del terapeuta y de la realidad del espacio disponible.

Erikson (1950), señaló ciertos aspectos importantes de la psicogeografía y psicodinámica del juego, hace diferencia entre los diversos terrenos en los que se desenvuelven las fantasías y el juego del niño – la autósfera , refiriéndose al cuerpo y funciones corporales del niño, micrósfera, o el mundo de los objetos y materiales de juego, y macrósfera, el mundo mayor de la situación terapéutica incluyendo al terapeuta. Erikson señala que el juego del niño en la micrósfera en ocasiones puede referirse a sus preocupaciones en la autósfera (por ejemplo, el deseo de alimentar a la muñeca puede relacionarse con sentimientos de privación bucal) pero reflejar a la vez deseos relacionados con la macrósfera (por ejemplo, el deseo de ser alimentado por el terapeuta). El arte de la interpretación incluye el juicio del terapeuta para enfatizar cualquiera de estos significados durante las intervenciones.

Erikson también demostró el principio de interrupción del juego, aceptado actualmente y que significa que la interrupción en la secuencia y continuidad del juego del niño es un indicador de ansiedad y una pista para que el terapeuta examine el contenido manifiesto o latente de fantasías para señalar una configuración conflictiva de alta significación” **11**

“ La sala de juego será un cuarto no demasiado pequeño, con escaso mobiliario (una mesa, dos o tres sillas y pizarra) con el fin de posibilitar al niño la libertad de movimientos. Es preferible que las paredes y el piso sean lavables, lo que permitirá al entrevistador no preocuparse por la conservación del lugar del trabajo.

Los elementos deben estar expuestos sobre la mesa, al lado de la caja abierta, y que se hallen ubicados sin ninguna clase de agrupamiento, posibilitando al paciente que los ordene de acuerdo con sus fantasías. No obstante debe evitarse dar un panorama caótico con un amontonamiento de juguetes. La presentación de los juguetes sobre la mesa, fuera de la caja , evita el incremento de la ansiedad persecutoria que puede surgir en un primer contacto.**11**

SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001, pg 14 – 15.

Caja de juguetes:

- papel tamaño carta.
- lápices negros y de colores
- crayones
- tijera de punta roma
- platilina de distintos colores
- goma de borrar
- goma de pegar
- sacapuntas
- papel glacé
- hilo de tipo piolín
- dos o tres muñequitos (articulados y de distintos tamaños)
- familia de animales salvajes
- familia de animales domésticos
- dos o tres autitos de distintos tamaños que puedan funcionar
- dos o tres avioncitos con las mismas propiedades
- dos o tres tacitas con sus respectivos platitos
- cucharitas
- algunos cubos
- trapitos
- tizas
- pelota

Es necesario recalcar que el material sea de buena calidad para evitar su fácil deterioro, situación que puede crear culpa en el niño y hacerle sentir que el entrevistador puede ser fácilmente destruido por sus impulsos agresivos, que tienen poca capacidad para contenerlos y manejarlos.

“El cajón de juegos es individual para cada niño de acuerdo con la edad posee su propio cajón e incluso todo trabajo o juguete que se estropee forma parte este cajón. Estos no pueden ser utilizados entre varios pacientes, pues cada cajón tiene los juguetes preferidos de cada niño.

Cuando el niño entre al consultorio, el terapeuta debe poner de manifiesto en forma breve y en lenguaje sencillo una serie de información:

- definición de roles
- limitación de tiempo y espacio
- material a utilizar
- objetivos perseguidos” 12

➤ **Problemas que surgen en el manejo diario de la terapia.**

- El material suele romperse por el trato que le da el niño.
- Muchas veces el terapeuta no sabe que hacer con el material que se estropea.
- A veces el niño se resiste a dejar guardando el material.
- Muchas veces el niño pide exigentemente que el terapeuta participe en el juego.

12 SIQUIER, MARÍA Y GARCÍA, MARÍA, Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico, Editorial Nueva Visión, Año 1961, pg 196 – 199.

- El niño no suele respetar el cajón de juego de otros pacientes o el tiempo de duración de la sesión.
- Utilización desbordada del material y no respeta los límites en cuanto al material.
- El niño suele querer llevar o traer juguetes.
- Saben pedir que se expongan los dibujos o trabajos que hace en la sesión y esto no es posible.
- La confusión de una expresión de sentimiento infantil con una expresión de transferencia.

El terapeuta a veces suele sentirse intimidado por la excesiva destrucción o agresividad del niño y deja de interpretar.

➤ **Conceptualización psicoanalítica de atención**

“¿Qué es la Atención?”

Según el texto de Beatriz Janin: la atención es 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.

También se puede definir la atención en relación con la conciencia: la atención es la selección de un acontecimiento, o de un pensamiento y su mantenimiento en la conciencia.

Entonces se considera que la atención es un proceso activo que protege al individuo del caos del mundo externo y que se pueden diferenciar dos tipos de atención: la atención sostenida o constante, como estado de alerta, corresponde al estado de vigilia; y la atención selectiva presupone la selección de un elemento, a la vez que deja a un lado el resto. O sea, implica un paso más; no sólo estar despierto sino invertir privilegiadamente un elemento por sobre los otros.

Se manifiesta que hay que tener en cuenta que lo que se le pide al niño en la escuela es que mantenga durante mucho tiempo la atención selectiva., es decir, no solo se le pide que esté despierto, sino también atienda selectivamente a lo que la maestra le dice. Atención selectiva que, en este caso se rige habitualmente más por la obediencia a normas que por los propios deseos. Es por esto que se considera que hay una relación entre atención y motivación, Lawrence Diller plantea que el problema en los niños que no atienden en clase no es tanto de distracción sino la falta de motivación” **13**

Por cuestión de investigación considero necesario añadir otros criterios similares como los siguientes:

“ En la actualidad, el TDAH afecta aproximadamente a un segmento que va del 3 al 5 por ciento de la población en el nivel de educación primaria, del cual entre 80 y 90 por ciento son varones. Este trastorno representa también la categoría más elevada de referencias psicológicas recibidas en las clínicas y otras instalaciones relacionadas con la salud.

Un niño que tiene este trastorno presenta signos, para su edad mental y cronológica, por lo general quienes reportan esos signos son los padres y maestros, que se acentúan en un salón de clases.

Falta de atención - por lo menos seis de los siguientes:

1. A menudo deja incompleta las tareas que inicia.
2. A menudo parece no estar escuchando.
3. Se distrae con facilidad.
4. Tiene problemas para concentrarse en el trabajo escolar u otras actividades que requieren de atención continua.
5. Tiene dificultades para apegarse a las actividades lúdicas.
6. A menudo tiene problemas para organizar las tareas y actividades.
7. A menudo pierde los objetos que se requieren para realizar las tareas o actividades, como libros.
8. A menudo olvida las actividades cotidianas.
9. Casi nunca presta atención a los detalles o comete errores por descuidar el trabajo escolar.

Impulsividad:

1. Con frecuencia actúa sin pensar
2. Cambia muy seguido de una actividad a otra.
3. Tiene problemas para organizar el trabajo.
4. Necesita mucha supervisión.
5. Grita con frecuencia en clase.
6. Tiene problemas para esperar su turno en juegos o grupo.

Hiperactividad:

1. Corre o trepa en exceso.
2. Tiene problemas para permanecer sentado.
3. Se mueve en exceso mientras duerme.
4. Siempre está en movimientos o actúa como si estuviera impulsado por un motor.

Muchos niños afectados por este trastorno probablemente experimenten serios problemas académicos, dificultados sociales y conflictos para ajustarse a las peticiones de la autoridad. Esto no quiere decir que todos los niños que tienen este trastorno presentarán esos problemas. Sin embargo, si lo hacen, es preciso actuar para evitar la aparición de problemas secundarios.

La ayuda para niños con este problema debe ser individualizada, incluir varios tratamientos como psicoterapia, medicamentos, asesorías a los padres, modificación en el manejo dentro del salón de clases” **14**

14 R. PIEDRANGELO, ROGER Y JACOBY, ROBERT, Guía de Educación Especial para niños discapacitados Tomo II, Editorial Prentice – México, Año 1998, pg 153 – 155

De acuerdo con el caso a tratar del niño de 7 años con presunto déficit de atención, la alternativa a seguir es la psicoterapia. Este proceso ayudará al niño a aumentar la autoestima, expresar sus sentimientos y conflictos que pueden estar dando lugar a otros síntomas y están causando un control sobre el mismo. Por eso se requiere también la comunicación continua entre el terapeuta, la escuela y el maestro, para lograr reducir la frustración y los sentimientos de impotencia del niño, maestros y padres.

Entre los postulados psicoanalíticos sobre la Atención y el Síndrome Desatencional tenemos:

“* Existen dos tipos de atención:

- a) Atención refleja o conciencia primaria, que se halla en el límite entre lo biológico y lo psíquico.
- b) Atención secundaria o conciencia secundaria, funciona como inhibidor de los procesos psíquicos primarios y produce el freno de la impulsividad.

* La atención depende de: a) la percepción.

b) La conciencia.

c) Funcionamiento del Yo.

d) Examen de la realidad.

Para hacer el examen de la realidad se necesita diferenciar:

1. La pulsión, que es constante y de la cual no se puede huir (interno)

2. El estímulo, que es intermitente y del que se puede huir (lo externo)

* La madre es quien libidiniza el mundo extenso, si el niño no encuentra una respuesta empática durante el primer año de vida, no puede dirigirse al mundo en forma focalizada (requiere seleccionar cierto grupo de estímulos) y sostenida (durante un cierto tiempo).

Los cuidados maternos van despertando sensaciones de placer y displacer y la búsqueda con la satisfacción de sus deseos. El tiempo transcurrido entre el llamado del bebé y la acción del otro para satisfacerlo posibilita que se ponga en marcha:

a) La alucinación, primera forma de representación en busca de la satisfacción.

b) Ante el fracaso de la satisfacción, comienza un rodeo de búsqueda de la situación placentera, tomando en cuenta los signos de la realidad, de esta manera comienza a armar las redes representacionales y va constituyendo los circuitos de pensamiento.

Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le van dando un modelo que le posibilita pensar.

c) Allí se inicia la historia de los procesos secundarios y del funcionamiento simbólico, así como de la organización de un contenido psíquico personal, que da base al soñar y a las relaciones con el mundo externo. Se va estableciendo el principio de la realidad y comienza a regir el juicio de existencia.

Francoise Doltó dice: “Los niños desatentos fueron niños desatendidos”

Existen diferentes tipos de desatenciones:

1. El niño dormido, no pueden mantener la atención sostenida (vigilia). Utiliza la evasión como defensa frente a lo considerado peligroso.

2. El niño que confunde adentro – afuera, no diferencia pulsión y estímulo. Atiende olores, sabores (el cuerpo de la madre) pero con investiduras lábiles.

3. El niño objeto a mostrar, predomina el deseo de ser mirado y no pueden fijar la mirada en el otro.
4. No escucha pues lo sabe todo, padecen carencias narcisistas graves. Solo atienden a lo que les resulta fácil.
5. Atentos al intercambio afectivo pero no al conocimiento, continúan necesitando la mirada del otro para sostener el amor sí mismo.
6. El niño triste, retraído narcisísticamente por pérdida o duelo.
7. El niño que juega en clase, como si se mantuviera en un mundo paralelo(el de la fantasía) porque la realidad es displaciente y el mundo es monótono y aburrido.
8. El niño que está en alerta permanente, Es una atención errátil, va de un objeto a otro sin poder parar. Muchas veces por efecto de situaciones de violencia. Por la misma situación otros se quedan anestesiados o como dormidos.
9. El niño de pensamiento “confuso”, en los que se produjo un déficit en la constitución del - proceso secundario –“ 15

➤ **Intervenciones del psicoanalista con los padres y con los niños.**

“ La intervención dentro de la terapia consiste en:

- Señalamiento, es relatar en términos claros y directos lo que se observa en la conducta del niño. Es una descripción de lo que ocurre en el aquí y ahora. Favorece la auto observación de su conducta y manifestaciones en relación con los demás.
- Interpretación, apunta a explicar el conflicto inconsciente. Temores, ansiedades y defensas, que en muchos casos se expresan en la relación con el terapeuta (trasferencial). Debe ser breve, sencilla, oportuna y adaptada al lenguaje infantil. Moviliza ansiedades cuya respuesta puede expresarse, verbalmente, en el juego o en la conducta motriz. Favorece a hacer consciente aspectos profundos que explican su sentir y su conducta. De esta manera pueden revertir sus manifestaciones sintomáticas.
- Explicación Psicológica, dirigida a los padres, respuestas científicas acerca de la conducta del niño, pero en un lenguaje llano y comprensible. Favorece la comprensión de aspectos del desarrollo evolutivo y conductas adecuadas para facilitarlos” 16

Las intervenciones psicoterapéuticas variarán de acuerdo con el conflicto que se presente, es muy diferente plantearse que un niño no atiende en clase porque está pendiente de las peleas entre sus padres, a pensar que lo que ocupa su atención es la búsqueda de aprobación y amor, o que queda, por momentos, inundado por fantasías. Serán, entonces, diferentes las intervenciones a las que el analista deberá apelar. Así , en el primer caso, pondremos en palabras el efecto que se produce en él, el estallido psíquico y la confusión que lo dominan cuando los padres se pelean. Y lo que hay que trabajar es en qué estado queda. En algunos casos, habrá que acortar un mundo fantasmático vivido como terrorífico y, en otros, transformar acciones en juegos.

15 SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del curso de graduación, Año 2006.

16 SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del curso de graduación, Año 2006

“Intervenciones con los padres:

Generalmente, son padres que llegan al consultorio desbordados, pidiendo que alguien los contengan. Presentan una sensación de que no dan más. Es habitual que sean padres en los que el fracaso escolar del niño o su excesivo movimiento y su cuestionamiento, haya producido un derrumbe narcisista. Aquel en quien depositaron tantos sueños.

Cuando se afirma que los padres están desbordados, significa que no puede sostener sus propios bordes y se quiebran frente a aquello que irrumpe desde el niño. El borde, los límites de cada uno, aquello que nos permite sentirnos siendo nosotros mismos, se pierde en estas situaciones.

El niño aparece como un espejo que, en lugar de devolver una mirada unificadora y aprobatoria, muestra las propias fracturas. Es una especie de espejo roto, que refleja con lente de aumento las propias imperfecciones y, sobre todo, lo insoportable de sí mismo.

Lo que se desborda, entonces, son las pasiones desatadas por un rasgo, una actitud, un decir o hacer del hijo con el cual se identifica. Pero no registran la identificación, sino que lo viven como algo extraño, ajeno a sí, atacante, que produce ese salirse de sí.

Estallido yoico, pérdida de la imagen de sí, terror en el desdibujamiento de los límites, ¿con quien se encuentra el niño cuando en él impera la desesperación y no tolera esperar?

Y frente a esto el terapeuta debe contener, sostener, armar redes.

¿Cómo contener el desborde?

Cuando un padre o una madre son escuchados sin sentirse juzgados, desaprobados, cuestionados, sino que lo que se les devuelve es una representación de ellos en la que están incluidos sus sentimientos, su angustia, sus miedos, podrán ir ligando lo que viven como disonante de sí mismos, unificándose y tolerando sus propios afectos, pensamientos, deseos.

Al darles un espacio en el que la descarga afectiva se pueda ir transformando en asunción de sus sentimientos y en reflexión sobre ellos, se inaugura una mirada diferente sobre sí mismos.

Si pueden conectar su historia con la del niño, podrán ir registrando las vías identificadoras y esto abrirá el camino para que le otorguen al niño un espacio, para que lo ubiquen como semejante.

Es un trabajo de armar tramas y redes, de construir un borde allí donde reinaba el desborde.

Se habla también de sostener, para ser sostén de otro uno tiene que poder sentirse sostenido internamente, tener una representación de sí que le permita tolerar los avatares del vínculo con los otros. Esto también implica que los padres están marcados por sus deseos y prohibiciones, que no actúan por pura voluntad y, fundamentalmente, como seres que sufren. Si el terapeuta puede registrar y soportar el sufrimiento en juego en el discurso de los padres, construirá una vía para que ellos registren y soporten el sufrimiento del niño.

Transportando al niño del lugar de portador de una enfermedad, ubicándolo como alguien que tiene dificultades a ser solucionadas, también les posibilitamos a ellos recobrar esperanzas, sueños, lo que va a derivar en una en una libidinización del niño mismo. Algo puede ser proyectado y los cambios son posibles.

También hay que tener en cuenta que esto no supone aconsejar, ni dar indicaciones, lo que sería desconocer las determinaciones complejas de la conducta humana y pensar que lo que incide en los niños, linealmente son los actos del otro. Entonces, no es cambiando los hechos con indicaciones como se dan las modificaciones, sino develando aquello que se pone en juego en los sucesos, lo que se repite. Los padres deben encontrar caminos creativos” 17

“Según Aberastury, ocurre a veces que luego de la entrevista con los padres, en la que hemos investigado la génesis, aparición y desarrollo ulterior del trastorno, consideramos que no es necesario o conveniente tratar al niño y sí, en cambio, intentar modificar las relaciones entre padres e hijos, no mediante consejos sino buscando que tomen conciencia de sus dificultades para asumir la paternidad o la maternidad. La interpretación va produciendo en ellos situaciones de cambio, como individuos. Suele surgir fuertes reacciones persecutorias o de idealización que deben ser interpretadas de inmediato. Parte de la intervención es la integración de los padres a grupos terapéuticos.” 18

“ Intervención con el Niño:

Es necesario diferenciar que tipo de trastorno tiene por ejemplo:

- Si un niño está en retracción, el terapeuta deberá ir acercándose y libinizando el mundo a partir de las sensaciones que el niño mismo registra. Ayudarlo a investir el mundo, a otorgarle el valor.
- Si un niño no puede atender porque está en alerta constante, por haber vivido situaciones de violencia, se deberán ir construyendo las vías para pasar del terror a la confianza, para ayudarlo a construir espacios estables. Se irá trabajando sobre esa historia de dolor, ligando y reubicando las ideas.
- Con alguien que no puede construir una representación de sí lo suficientemente estable como para dirigirse al mundo sin sentir que se quiebra, iremos armando una envoltura que posibilite ligazones, que le permita sentirse unificado, para lo que siempre es necesario un aporte externo. Esta envoltura se arma con las palabras, los tonos de voz, los ritmos del analista. Así se ayuda al niño a salir de la confusión, a ir diferenciando dentro – fuera, pulsión – estímulo.

Winnicott habla del sostén, que implica posibilitarle al otro un despliegue pulsional sin desorganizarse. Si hay otro que contiene el estallido, el niño podrá mostrar lo que siente sin riesgo de sentir que se fragmenta. El otro es la sustancia ligadora, el organizador que unifica y le permite seguir siendo el mismo. Para esto, después de cada situación de desborde, habrá que retomar lo que pasó, ir poniéndolo en palabras. Por lo tanto una tarea del analista es sostener la posibilidad de pensar. Para lo cual, muchas veces, debe recibir, agregar elementos intermedios y traducir, de distintos modos, el estallido del otro.

Desde cambiar poco a poco un juego repetitivo, seguir un ritmo y armar un diálogo con sonidos, nombrar afectos, nombrar partes del cuerpo, delimitar espacios, diferenciar el cuerpo propio del cuerpo del niño, posibilitar el despliegue lúdico hasta instaurar imperativos categóricos.

17 JANIN, BEATRIZ, Niños desatentos e Hiperactivos ADD / ADHD, Editorial Conjunciones, pg 97 - 104

18 ABERASTURY, ARMINDA, El Psicoanálisis de los Niños y sus aplicaciones, Editorial Paidós Buenos – Aires, Año 1972, pg 28 – 329

Con el niño, el cara a cara, el cuerpo a cuerpo parece ser fundamental y tiñe la relación transferencial, tanto del niño como del analista.

Las interpretaciones parentales le permiten organizar el cúmulo de sensaciones y afectos.

También dar sentido a expresiones que aparecen fuera de toda intención comunicativa permite ir construyendo lenguaje allí donde predominaba la pulsión.

Moldear, dibujar, hacer de espejo, son modos de ir delineando posibilidades traductoras.

Con el niño no sólo tiene valor lo que el terapeuta dice, sino también cómo lo dice, si sus palabras son coherentes con sus acciones, el tono de voz en que habla, los gestos.

La voz del analista reenvía al paciente al período de la relación pre – verbal con la madre” 19

➤ Descripción de las etapas de juego en las diferentes edades.

“El sentido psicológico del juego, es que es afín al sueño, mucho más todavía al trauma, y, especialmente, al síntoma. Significa una irrupción del instinto en una forma apenas disfrazada, apenas reprimida por el Yo (conciencia, censura), que aún no se ha formado completamente. El placer del juego se comprenderá por este relajamiento de las tendencias instintivas. Puede ayudar también a ello la imposición de la propia voluntad frente a la de los padres y el placer de lo prohibido.

El juego significa también una desviación de las tendencias instintivas, la supresión de alguna repugnancia, la eliminación o bien la transformación de una angustia en placer,

un compromiso entre las bajas tendencias sexuales y las exigencias de la estructura del Yo, una satisfacción del instinto acomodado al Yo.

Desde el punto de vista social, el juego equivale a un intento de conjugar las exigencias apremiantes del instinto con las leyes de lo permitido y con el principio de la realidad.

Existen dos grandes grupos de juegos : 1) Juegos solitarios 2) Juegos colectivos
Y también se pueden distinguir juegos inventados por los niños, juegos elegidos por ellos, juegos impuestos a los niños, juegos de una sola significación, juegos de varias significaciones.

Lo que hay de magia en el juego de los niños:

1. En el juego infantil se oculta una tendencia instintiva libidinosa.
2. El placer del juego se une al goce de la satisfacción, procedente del complejo de Edipo, el placer de lo prohibido.
3. En la manifestación del instinto, el impulso aparece como voluntad propia.
4. El yo del niño, aún no desarrollado del todo, colabora en la estructura del juego, en tanto que permite una satisfacción del instinto bastante primitiva, pero todavía enmascarada, y hace del juego un compromiso entre las exigencias del yo y las del instinto.
5. Aquí puede iniciarse el estudio de la adaptación social y de la realidad.
6. El juego significa una abreacción simbólica, muy similar a los síntomas neuróticos.

7. Se consigue con el juego una relajación de los instintos para evitar lo desagradable.” **20**

“Etapas en el juego:

5 – 6 años:

Materiales preferidos: cubos, soldados, plastilinas, muñecos, camiones, elementos para armar, lápices, pizarrón.

Lo importante, es la utilización expresiva del material, que va acompañada de soltura en la movilidad física y de espontaneidad en la verbalización.

La dificultad de la técnica, es que a pesar que se comprende fácilmente las fantasías, defensas y maneras de vincularse, puede resultar difícil captar la fantasía global y hacerse escuchar.

7 – 8 años:

Materiales preferidos: utilizan más el pizarrón, hojas, lápices, ya que prefieren dibujar. Organizan juegos más competitivos, pero no saben mantener una regla universal. Les cuesta establecer normas y mantenerlas.

Lo importante, es que pueden usarlo más defensivamente.

La dificultad de la técnica, es que es más difícil captar el significado.

9 – 10 – 11 años:

Materiales preferidos: pinturas, lápices, hojas, juegos de mesa, pelota, anillos para arrojar, ajedrez, dominó, naipes, alcanzan el juego reglado.

Lo importante, es que representa una de las pautas organizadoras del niño de esta edad, y en general eligen juegos que requieren destrezas motrices.

La dificultad de la técnica, es cuando se realizan los juegos que sólo admiten la descarga y no la elaboración de conflictos.

Se puede interpretar en función de los roles, modalidades de expresión, actitudes competitivas, fantasías omnipotentes, tendencias masoquistas, etc.

12 años:

Materiales preferidos: títeres, material para dramatizar, hojas y lápices, juegos de mesa, juegos de habilidad verbal, juegos reglados. Alternan rápidamente entre jugar y hablar sobre sus propios intereses, pero no sobre sus cambios puberales.

Lo importante, es que se puede señalar conductas referentes a rigidez, flexibilidad, deseos de cooperar, actitudes competitivas.

La dificultad de la técnica, es que les resulta difícil aceptar las interpretaciones y hay que cuidar la participación del terapeuta, para que no sea percibida como intrusiva.

Con respecto al juego reglado es conveniente:

- Aceptarlo sin sentirse excluido.
- No interpretar fantasías o defensas si no son evidentes.
- Participar activamente como un chico más.
- Señalar conductas y roles dentro del juego.
- Una vez instaurado el clima necesario, se puede expresar preguntas y comentarios, si son adecuados el chico comenzará a hablar y de ahí surgirá el material latente” **21**

20 ZULLIGER, HANS, Fundamentos de Psicoterapia Infantil, Editorial Marata S.A. – Madrid, Año 1989, pg 22, 23 y 29.

21 SIRLIN, MARÍA ELISABETH Y GLASSERMAN MARÍA E, Psicoterapia de grupo en niños, Editorial Nueva Visión – Colección Psicología Contemporánea, Año 1971, pg 105 – 118.

➤ **El equipo terapéutico y las consideraciones sobre la personalidad del terapeuta.**

“ Condiciones necesarias del terapeuta de niños:

1. Haber conservado el placer de jugar, algo de ingenuidad, fantasía y capacidad de asombro de la infancia.
2. Ser lo suficiente plástico, para identificarse y comprender ansiedades, defensas.
3. Capaz de disociarse instrumentalmente para poder entender e interpretar ansiedades, defensas.
4. Suficientemente permisivo como para favorecer la expresión de los niños.
5. Establece y regula sus manifestaciones, para evitar que los niños incrementen la culpa persecutoria.
6. Suficientemente receptivo, como para poder captar el sentir del niño.
7. Sensible al trato con los niños y capacidad para comunicarse con ellos con un lenguaje espontáneo y natural (con los niños antes de interpretar hay que aprender a hablar, a preguntar)
8. Ser capaz de poner límites, sin tensiones o agresiones sutiles, pues los niños lo perciben.
9. Debe contar con una gran tolerancia a la frustración, para admitir la manifestación de los aspectos dañados del niño.
10. Ser capaz de tolerar el desorden, el caos y la suciedad.

La participación activa del terapeuta, requiere tres premisas fundamentales:

1. Que lo que sucede, sea comprendido y en lo posible interpretado para esclarecer lo ocurrido.
2. Neutralidad y coherencia en sus acciones, cuidar que las mismas no sean producto de situaciones infantiles no resueltas del terapeuta. Analizar la contratransferencia.
3. Permitir un desarrollo en el grupo que no siempre será armónico, pero que estará al servicio del crecimiento de todos sus miembros” 22

“ Según el Manual de Terapia de Juego, considera que el terapeuta debe tener una base profunda en desarrollo infantil y experiencia en la observación de diversos niños y en diferentes situaciones, Debe estar familiarizado con la teoría psicoanalítica del desarrollo de la personalidad, su estructura y función y ser conocedor de la literatura en el campo. A más de esto quien practique la terapia debe ser lo suficiente maduro para poder empatizar sin sobreidentificarse, permitirse cierta medida de regresión controlada sin perder su capacidad para observar e interpretar y soportar presiones afectivas intensas sin perder el control. Debe ser capaz de sobrellevar la provocación sin ser provocado. El terapeuta debe estar lo suficientemente satisfecho con la resolución de sus propios problemas infantiles como para soportar su resurgimiento en la situación de tratamiento y su representación en el juego del niño. Pero sobre todo el terapeuta debe tener un interés genuino en los niños, una curiosidad sensitiva sobre lo que los caracteriza y el deseo de subordinar los juicios. Por último debe estar dispuesto y capaz de ser completamente honesto con el paciente y consigo mismo.

22. SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del curso de graduación, Año 2006

Se concluye diciendo que la función del terapeuta es observar, intentar entender, integrar y finalmente comunicar los significados del juego del niño con el fin de promover el entendimiento del mismo sobre su conflicto hacia el fin de una resolución más adaptativa” 23

En conclusión de todo lo mencionado, el terapeuta debe estar preparado para resistir sin actuar ni hacerse cargo de las proyecciones que intentan adjudicarle, debe lograr comprender, interpretar y / o limitar significativamente.

➤ **Psicodinamismo de la familia con los niños.**

Comenzar a trabajar en la terapia familiar con niños y adolescentes tempranos, aplicando la técnica del análisis infantil mediante la utilización de juguetes y material de libre expresión, lo que se pretende es la rapidez para que desaparecen los síntomas y se superen los conflictos, para lo cual basta unas pocas entrevistas (seis a diez).

Conceptualizaciones del proceso terapéutico según Raquel Soifer:

“ El proceso terapéutico:

Si se parte de que el niño o adolescente enferman a causa de que sus padres no los pueden ayudar a elaborar el aprendizaje psicológico necesario en determinado momento evolutivo porque ellos mismos no han logrado perfeccionarlo en el pasado, se puede entender que la terapia familiar consiste en promover la adquisición de esa posibilidad. Cuando se ha resuelto el conflicto, la detención en el desarrollo del niño, que es su consecuencia, es superada y el paciente puede proseguir normalmente su evolución, libre de los síntomas que padecía.

La terapia de grupo familiar se decide cuando después de la primera entrevista se ha comprobado la incidencia de la distorsión de la comunicación familiar en el niño teniendo presente:

- La plasticidad de los mecanismos de defensa.
- Las posibilidades de resolución del conflicto en pocas entrevistas.
- La posibilidad de una mejor aceptación del eventual tratamiento del niño.

Soifer asevera que la terapia familiar con niños permite no solamente comprender mejor la interacción familiar, lo que facilita la orientación terapéutica, sino que, en algunos casos, puede resolver conflictos latentes en un lapso bastante breve y con un número reducido de entrevistas. Esta posibilidad está dada por la dramatización que se produce al interactuar el juego de los niños con las expresiones de los padres, es decir, por la unión de lo verbal con lo preverbal.

Esta terapia no es aplicable cuando el conflicto se plantea sólo en el nivel de la pareja, es imposible tratarlo delante de los niños, no así, en cambio, en casos en que el problema concierne a todos, fundamentalmente por la depositación en los niños de la parte neurótica infantil no elaborada por los padres y el consiguiente fracaso en la asunción de los roles paterno – materno.

En todo tratamiento psicológico se establece, entre el paciente y el terapeuta, un convenio, que en la práctica recibe el nombre de contrato, en el cual se define las reglas que deberán respetar ambas partes.

23 SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001, pg 16 – 17

En la terapia de grupo familiar, el paciente es la familia y como entre sus miembros hay niños o adolescentes, la responsabilidad del cumplimiento recae sobre los progenitores.

Pero esto no excluye de las responsabilidades a los más pequeños y es posible que alguno de los miembros no está en condiciones de acudir a una entrevista. Inclusive el niño que originó la consulta puede tener motivo para no asistir, en tal caso, los demás familiares deberán concurrir sin él.

El contrato familiar establece como condición fundamental que vayan a la entrevista todos los que puedan, o quieran hacerlo, las ausencias por resistencia conciente o inconsciente, están previstas y son material de análisis.

En cuanto a los niños, el intenso padecimiento causado en ellos por el conflicto, tanto por sí mismo cuanto por las inhibiciones y detenciones en el desarrollo que origina, los impulsa a volcarse por entero a la terapia. La única traba que puede presentarse es la profunda resistencia de los padres, lo cual coloca a los pequeños ante la disyuntiva de mantener la necesaria dependencia respecto de ellos a abandonarlos para seguir al terapeuta. Enfrentados con una situación tan conflictiva, también ellos experimentan una gran resistencia. Por lo tanto el terapeuta tener clara la posibilidad de que aparezca resistencias en los padres y debe detectarlas a tiempo.

Cada familia tiene su propio tiempo de elaboración y que es éste el que determina el criterio de duración del contrato. La entrevista diagnóstica debe proporcionar la indicación acerca de cuál será la duración más conveniente para esa familia.

Pero como en psicoterapia la evolución constituye otro factor de suma importancia, lo óptimo es ofrecer contratos de corta duración, con la posibilidad de renovarlos.

Al terminar el período establecido, se debe hacer una entrevista de evaluación con los padres a solas para convenir, según el caso, la interrupción de la terapia o la renovación del contrato. Lo aconsejable es no prolongar un tratamiento familiar más allá de los tres años, si pasa de este tiempo se corre el riesgo de que el tratamiento familiar se convierta en una situación familiar o social, en la cual la familia va de visita al consultorio del terapeuta.

La regulación de los honorarios en la terapia familiar debe tener en cuenta varios factores:

- Su duración mayor (una hora)
- Compartir los honorarios con el observador.
- El tratamiento a varias personas.
- La frecuencia (quincenal, mensual)
- El honorario debe ser por cada entrevista por separado.

El intervalo entre sesión y sesión debe contemplar la capacidad para tolerar las ansiedades que surgen en cada entrevista, así como las posibilidades de introyectar y elaborar las situaciones vivenciadas y comprendidas

La duración de cada sesión es de una hora. A los cincuenta minutos comunicar a los niños que ya deben guardar los juguetes en la caja, a esto están destinados los restantes diez minutos. Este período de cincuenta minutos admite una buena concentración tanto por parte del terapeuta como de la familia

Una vez por semana se atiende al binomio y una o dos veces por mes a la familia, la modalidad consiste en practicar la terapia matrimonial a razón de una sesión cada quince días” 24

Según Arminda Aberastury:

“Hace referencia a la entrevista diagnóstica en grupo familiar con niños:

Manifiesta como primer paso, estudiar el diagnóstico individual realizado previamente. Se pueden hacer estas entrevistas diagnósticas familiares como primer abordaje, pero dada la complejidad de la situación (recolección de datos y observación del juego) es preferible y resulta más certero realizar previamente el trabajo individual. Se requiere de unas tres entrevistas, según los casos, para formular y explicar los diagnósticos.

En el transcurso de la entrevista interpretamos las conductas y hacemos algunas preguntas en relación con aspectos que no hubieran sido aclarados en el diagnóstico previo (hábitos y modalidad familiar), se imparte información psicosocial, o dar indicaciones terapéuticas (nueva entrevista, citación al matrimonio solo, citación a madre e hijo).

Datos obtenidos, los observadores se distribuyen la tarea de manera tal que uno registra todo lo observado en el niño y el otro las comunicaciones y actitudes de los adultos, anotando ambos, además los señalamientos del coordinador. Integrando ambos protocolos en uno solo se procura como primer paso ordenar los siguientes datos:

- Comunicación: a) modalidad: histérica – esquizoide
b) nivel (según los puntos de fijación)
c) distorsiones de la comunicación, sus motivos.
d) mecanismos de las distorsiones.
- Roles: distribución, adjudicación, asunción.
- Ansiedades: depresivas, paranoides, su transmisión entre los miembros de la familia
- Mecanismos de defensa frente a las ansiedades.
- Fantasías inconscientes.
- Ideología explícita e implícita, es decir, la idea que cada uno tiene de la familia y la conciencia o no con la idea que todo grupo tiene sobre él mismo como familia, lo cual nos da el nivel de aspiración y lo temido en conexión con el extragrupo.

Elaboración de los datos, reunidos estos datos, se formula sobre la base del esquema referencial y de la correlación con nuestra propia causalidad.

- La interpretación de la dinámica de la entrevista.
- El diagnóstico dinámico de la familia.
- El diagnóstico estructural y dinámico de cada uno de sus miembros.
- El pronóstico individual y grupal.
- La indicación terapéutica.

Por diagnóstico dinámico de la familia entendemos la sucesión de acontecimientos dentro de la entrevista, según el concepto de cono invertido (Pichón Rivere), las bases serían las primeras observaciones, más numerosas en cantidad, pero indefinidas, que luego van transformándose en emergentes más o menos delimitados, pero cada vez menores en número, hasta llegar al vértice, en donde aparece el conflicto básico. De este modo el cono invertido permite estudiar el pasaje de lo grupal a lo individual e integrarlo.

Por diagnóstico estructural y dinámico entendemos una formulación que incluye los datos aportados por nuestro esquema referencial sobre estructuras de la personalidad y dinámica de la conducta en relación con los mecanismos de defensa y las ansiedades.

En cuanto a la formulación del pronóstico, tenemos en cuenta: a) la fijeza o ductilidad de los roles (Rolla) sobre el rol llevado a la fijeza de status; b) la existencia de estereotipos o no y el grado de rigidez mental (Rokeach), y c) la plasticidad, de acuerdo con los postulados de Pichón Rivere.

Para la indicación terapéutica seguimos el siguiente criterios: 1) si es preferible que el niño se trate en terapia individual o grupal con otros niños, 2) cuáles de los otros integrantes del grupo deben ser tratados, 3) si el matrimonio debe ser tratado como tal, 4) si es posible tratar a la madre en un grupo de orientación.” 25

“ Postulados de formas de organizar el mundo en la temprana infancia

1. Posición Esquizo – Paranoide: Miedo al ataque
Ansiedad Persecutoria.

Mecanismos de Defensa: Proyección
Escisión.
Introyección.
Identificación.
Idealización.
Negación.

2. Posición Maníaco – Depresiva: Miedo a la pérdida.
Ansiedad Depresiva.
Mecanismos de Defensa: Reparación.”26

➤ Técnicas proyectivas.

Para Freud significaba la tendencia a atribuir a otras personas caracteres, estructuras emocionales y relaciones sociales más apropiadas del que las asigna que de las demás personas.

Cada test de proyección constituye un fragmento de un mundo y aunque de suyo sea extraordinariamente polivalente, es, a la vez, necesariamente limitado. Al cabo de cierto tiempo de emplear un test proyectivo determinado se llega a conocer sus posibilidades y alcances y se empieza a pensar que ningún test posee suficiente universalidad para recabar para sí el monopolio, por lo que se suele recurrir a un sin números de tests proyectivos. Entre los tests proyectivos tenemos:

- H.T.P
- La Familia
- Roberto
- Sacks
- F.P.T.
- T.A.T
- CAT – A

25 ABERASTURY, ARMINDA, El Psicoanálisis de Niños y sus aplicaciones, Editorial Paidós – Buenos Aires, Año 1972, pg 200 – 202.

26 SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del curso de graduación, Año 2006

Otra de las técnicas proyectivas posibles de ser usadas tenemos:

- Método Proyectivo de papel y lápiz de Sargent:

Este método depende esencialmente de dos factores: 1) explicar las instrucciones cuidadosamente al sujeto, 2) proponer situaciones interesantes, pero sistemáticamente seleccionadas, en las que intervenga una persona del mismo sexo que el sujeto, cuyas respuestas a determinadas preguntas tirn que escribir o relatar el sujeto. Las preguntas son del tipo de: ¿ Qué hizo el (o ella) y por que?, ¿ Qué sentimientos experimentó él(o ella)?.

En este test no hay respuestas buenas y respuestas falsas, tan sólo demostrará la comprensión de los personajes según se los haya interpretado.

Al sujeto examinado se le presenta una serie de quince situaciones que Sargent denomina armadura, hay dos series una para varones y otras para mujeres.

Por ejemplo:

Un joven se da cuenta de que su prometida ha tenido muy mala reputación en el pasado:

- a) ¿qué hizo y por qué?
- b) ¿qué sentimientos experimentó?

En este test no hay respuestas buenas y respuestas falsas, tan sólo demostrará la comprensión de los personajes según se los haya interpretado.

Al sujeto examinado se le presenta una serie de quince situaciones que Sargent denomina armadura, hay dos series una para varones y otras para mujeres.

Por ejemplo:

Un joven se da cuenta de que su prometida ha tenido muy mala reputación en el pasado:

- c) ¿qué hizo y por qué?
- d) ¿qué sentimientos experimentó?

- Método de Narración y Conclusión de Historietas:

Es una terapia creadora de gran atractivo, especialmente para los niños. Este procedimiento se apoya en una base teórica semejante a la propuesta por Freud y desarrollada por sus discípulos respecto al sueño. Se supone que dado un tema relativamente poco estructurado, la historia narrada revelará información que por preguntas directas no se obtendría. Además la actividad narrativa es un fenómeno tan corriente en los niños, que resulta la manera más natural de aproximarse a su vida de fantasía.

Los temas empleados como estímulos van desde temas muy estructurados como relatar la historia del Lobo feroz, hasta otros menos estructurados, como la historia de un muchacho, la historia de un héroe, la historia de dos niños, hasta pedirle simplemente, - cuéntame una historia o invéntate una historia-

- Método del Tautófono:

Shakow y Rosenzweig pensaron que el instrumento utilizado por Skinner podía ser un material que ofrecería posibilidades de proyección,. Y sustituyeron el nombre del aparato (sumador verbal) por el tautófono, también modificaron la presentación de los estímulos, adaptándola a sus propios fines.

La indicación que recibía el sujeto examinado era la siguiente: Aquí tiene un gramófono y un disco en el que se oye la voz de un hombre diciendo diversas cosas. Habla algo confuso, así es que pondré el disco varias veces.

Escuche con toda atención y tan pronto como comprenda lo que está diciendo, repítalo. Uno de los experimentadores maneja el gramófono, mientras el otro registra las respuestas y demás información, el experimento dura en total unos treinta minutos. Elaboraron un sistema de puntuación algo subjetivo pero sistemático”²⁷

Conclusiones

1. Es indispensable conocer y manejar los fundamentos de la Psicoterapia de Juego con orientación Psicoanalítica de una forma consciente y responsable, para poder llevarla a la práctica, caso contrario no se podrá obtener resultados favorables en el transcurso de las sesiones por falta de preparación.
2. Los temas tratados en el presente capítulo requiere de una constante revisión por parte de cada profesional para que se pueda manejar en la terapia con soltura, de forma eficaz cada principio o recomendación que surge de la teoría.
3. Es necesario tener presente la importancia de un equipo multidisciplinario que corrobore o facilite la comprensión y tratamiento de cada paciente, considerando que el aporte de cada uno es favorable para el avance o la superación en la resolución de conflictos que presenta cada niño.

²⁷ ANDERSON Y ANDERSON, Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicopatológico, Editorial Rialp, s.a. – Madrid, Año 1976, pg 577 –599.

METODOLOGÍA – TÉCNICAS – RECURSOS:

INTRODUCCIÓN

Los métodos a utilizarse en el plan de recuperación para el niño de 7 años de tercero de básica con presunto déficit de atención son los planteados por la psicoterapia de aplicación psicoanalítica expuestos por Melania Klein y otros autores con la misma orientación, con la finalidad de que el diagnóstico del paciente así como su tratamiento psicoterapéutico sea confiable y de mayor validez.

Entre los métodos a utilizarse están: el juego, el dibujo, las marionetas. Como técnicas están: la entrevista diagnóstica, la individual y familiar, la observación del juego, el arte como medio terapéutico, la interpretación; todas estas herramientas indispensables para el desarrollo de cada una de las sesiones y su respectivo éxito.

La metodología propuesta y los recursos que la favorecen son muy flexibles y es por esto que se ha considerado conveniente este tipo de orientación psicoterapéutica pues la finalidad es que el trabajo de recuperación sea lo más diligente y eficaz posible.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA – TÉCNICAS – RECURSOS:

➤ Metodología acorde a la Psicoterapia de Juego.

El psicoanálisis del niño es, en sí mismo, una psicoterapia de aplicación psicoanalítica, así que los métodos psicoterapéuticos a utilizarse en el tratamiento del caso en cuestión son de tendencia psicoanalítica:

- **“El Método del juego:**

Para Melania Klein el análisis no debería tener otra finalidad que la de introducir al niño en un orden simbólico que le permitiese acceder a una mejor comprensión de Si y del mundo. En sí se trata de permitir al niño emplear los sectores cognoscitivos y superar la angustia. Aquí los fenómenos de adaptación son considerados como el efecto de una modificación de los fantasmas.

El camino para la realización de este proyecto es la utilización del llamado Juego.

Desde este punto de vista el juego representa el equivalente lúdico del fantasma, en vez de ser como en las asociaciones libres su equivalente hablado. La evolución del juego traduce la evolución del fantasma, el cual traduce la evolución de la relación de objeto del niño. Por medio del juego el niño actualiza y de una manera simbólica, sus imaginaciones inconscientes, sexuales y agresivas, sus deseos, sus experiencias vividas. Y este lenguaje, como el del sueño, es susceptible de interpretación de acuerdo con los mismos principios.

- **El Método del dibujo:**

Se trata de un método representativo, de un método de imaginación que encuentra su origen, su complemento, o su continuación, en el fantasma, el ensueño en vigilia, la invención de escenas, de historias, de cuentos.

El dibujo es espontáneo, libre, sin un tema impuesto, se evidencia rápidamente como un texto, una escritura del inconsciente. En las condiciones de la situación terapéutica, la expresión simbólica prevalece sobre la creatividad.

A nivel del tratamiento del dibujo destacan tres aspectos: la inhibición (fóbica), la meticulosidad obsesiva y la inestabilidad.

El dibujo tiene exactamente la estructura de un sueño, en el cual la hoja de papel reemplazaría a la pantalla sensorial de la proyección en la regresión imaginaria.

Las resistencias vienen representadas de diversas maneras y surgirán a nivel de la asociación verbal consecutiva, de la amplitud o de la pobreza de las imaginaciones liberadas a partir del grafismo. Es evidente que hay que crear una atmósfera de relajamiento y mostrar la suficiente paciencia para no bloquear ni reforzar este tipo de resistencias frecuentes.

- **El Método de las marionetas:**

Es utilizar un material permanentemente que pone en marcha la aparición de motivos, tipos, y permite la comparación de uno a otro sujeto.

El psicoterapeuta presenta al niño una familia de marionetas, cuyos personajes se completan a medida de las necesidades. El niño pone en escena sus marionetas. En la primera parte del tratamiento a menudo es sorprendente comprobar hasta qué punto la historieta representada expresa su conflicto.

Estos relatos espontáneos de los comienzos del tratamiento, estos relatos tan diversos, imaginados mediante las mismas marionetas, expresan el alma del niño; los conflictos que en ellos salen a la luz, son verdaderos dramas pasionales, salvajes, crueles; o bien se trata de un sufrimiento escondido, desesperado a veces.

En todos los casos, las pulsiones agresivas son las que más difícilmente se integran y subliman, ya que subtienden la ambivalencia, la culpabilidad, y la angustia, que se evidencia en el juego.

Metiendo tres dedos en la cabeza y los brazos de su marioneta, el pequeño paciente la mueve de acuerdo con los sentimientos que se agitan en él.

Se trata de crear proyección y participación, de permitir que el niño exteriorice sus sentimientos” 28

➤ **Técnicas basadas en la Psicoterapia de Juego.**

- **“Entrevista Diagnóstica:**

En esta entrevista es necesario datos básico como:

- Motivo de consulta.
- Historia del niño.
- Cómo se desarrolla un día de su vida diaria.
- Cómo se festejan los cumpleaños y cómo se desarrollan las vacaciones.
- Cómo es la relación de los padres entre ellos, con sus hijos y con el medio familiar inmediato.
- Ideología y religión.
- Historia de los padres.

Las entrevistas son para obtener esta información y no se realizan en presencia del niño. Las entrevistas en cierto modo son dirigidas, antes de iniciar el tratamiento. Esta entrevista debe tender a aliviarlos de culpa y por tanto no debe nunca parecer un cuestionario, lo que los haría sentirse investigados

Además durante la primera entrevista es necesario preguntar a los padres con qué suele jugar el niño en su casa y siempre que sea posible hay que incluirlo en el material de su cajón individual” 29

28 CHAZAUD, JACQUES, Las Psicoterapias del Niño, Editorial Oikos – tau, Año 1979, pg 57 – 89

29 ABERASTURY, ARMINDA, Teoría y Técnicas del Psicoanálisis de Niños, Editorial Biblioteca de Psiquiatría, Año 1972, pg 75 – 77.

- **“Observación:**

La observación de los niños mientras juegan permite presenciar el significado simbólico de los materiales que toma para jugar, el contenido que expresa a través del juego, la designación de personajes que hizo, qué papel adopta el niño en el juego, las relaciones con los demás y con su entorno. En conclusión qué se debe observar y qué indica:

- *Tiempo que transcurre hasta que comienza a jugar.
(Actitud frente al mundo).
- * Relación con la caja de juego y el material.
(Representaciones de su mundo interno).
- * Dificultad para jugar.
(Inhibición para enfrentar las situaciones nuevas)
- *Que rol nos asigna y como se comporta con el psicólogo
(Con qué figura nos identifica)
- *Qué juego desarrolla, como es su inicio, final
(Fantasías de enfermedades y de curación)
- * Modalidad del juego
(Plasticidad, rigidez)
- * Aceptación de la consigna y formas de enfrentar dificultades
(Tolerancia a la frustración)
- * Posibilidad creativa
(Capacidad de sublimar)
- * Aceptación del encuadre, de su rol y el del terapeuta.
(Adecuación a la realidad)” 30

- **“El arte como medio terapéutico:**

Orientada psicodinamicamente en los conflictos. Así también, el trabajar con niños, el dibujo se ha utilizado cada vez más como medio terapéutico. Se pide a los niños que realicen dibujos de manera espontánea y asociarán libremente sus obras. El arte es una forma de comunicación simbólica que ofrece una oportunidad para la representación terapéutica y su solución. El arte es comunicación gráfica instantánea dirigida hacia alguien o hacia el Yo como expresión de alguna emoción y nos ayuda a comprender los problemas de los que no pueden hablar. A través de las actividades del arte, el niño exterioriza sus preocupaciones con mayor facilidad. Entre los materiales que utilizan los niños tenemos: pintura acrílica, óleo, pintura de agua, anilina, esmalte, arcilla, barro, plastilina, porcelana, masa, papas, vegetales, esponjas, vegetales, serigrafía, yeso, cera, jabón, madera, alambre, metal, tejido, encaje, piel, paletas, modelos, mica, sobres, papeles de diferente tipos, cartón, periódico, terciopelo, crayones, lápiz, marcadores, carboncillo, plumas, pinceles, esponjas, espátula, navaja, pegamento, cemento de contacto, caja de arena, cinta de video, grabadora, máquina de escribir.” 31

30 SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del Módulo del curso de graduación, Año 2006.

31 SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001, pg 210 – 214.

- **Interpretaciones:**

Para el terapeuta la herramienta fundamental es la interpretación, es aquí donde se pone a prueba la habilidad, el tacto y la sensibilidad empática, es decir, cómo va a expresar mejor los pensamientos el terapeuta, para que el paciente pueda captarlos y utilizarlos.

Distintos niveles de intervención, las afirmaciones de atención dirigidas a provocar la conciencia del niño, reductivas, las que buscan demostrar patrones de conducta no advertidos reduciendo los sucesos dispares a una forma común, situacionales, las que buscan hacer al niño consciente de aquellas situaciones que hacen surgir ciertos afectos o conductas, interpretaciones de transferencia, que pretenden mostrarle al niño cómo se reflejan sus conflictos en su relación con el terapeuta y afirmaciones etiológicas, que buscan unir la conducta actual del paciente con sucesos de desarrollo temprano. 32

➤ **Recursos de acuerdo con la Psicoterapia de Juego.**

“ Algunos recursos posibles de ser utilizados son:

- Crear una situación de juego a partir de un acto, por ejemplo, un paciente tira una madera al terapeuta, después de esquivarla arma poco a poco un juego de esconder y buscar, introduciendo elementos lúdicos y de lenguaje, con lo que se pasa de una acción que podría ser como ataque, a un juego que tiene ciertas reglas.
- Construir ritmos: comienzo – fin, secuencia en la sesión, tiempos de reflexión.
- La escritura y el dibujo. El dibujo es un tipo de lenguaje muy especial, implica ubicar un intervalo, un respiro, entre la impulsión y la acción. La ligazón entre imágenes visuales, cinéticas y verbales, van siendo establecidas. La escritura presupone un paso más, permite ir construyendo una historia con un lenguaje compartido socialmente.
- Diferenciar el juego de la realidad: esto es importante en los niños que se sienten atrapados por un mundo fantasmático del que no pueden salir.
- Incluir variaciones, como intermediaciones: cuando lo que se repite es una secuencia siempre idéntica, ir variando el curso de la secuencia, introduciendo poco a poco nuevos elementos, lleva a complejizar el mundo representacional.
- Historizar: es decir, ir ubicándolos en un antes y un después, introduciendo la idea de temporalidad” 33

32 SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001, pg 13 – 14.

33 JANIN, BEATRIZ, Niños desatentos e Hiperactivos ADD / ADHD, Editorial Conjunciones, pg 107.

Conclusiones

1. Los métodos planteados así como las diversas técnicas favorece para la introducción del niño en un orden simbólico que permite acceder a una mejor comprensión del niño y su mundo interno, es decir, trata de permitir al niño emplear los sectores cognoscitivos y superar las diversa angustias.
2. Se debe prestar mucha atención a la metodología planteada y tener un manejo más profundo de la misma, la cual se logra con la práctica, pues es un área subjetiva que lleva a la interpretación y afirmación o negación de las hipótesis que el terapeutas se formula con el propósito de llegar al núcleo del conflicto del niño y es por esto que hay diversidad de técnicas a utilizar una son de carácter más libres que otras como los test pero todas enfocadas al área del inconsciente del paciente.
3. Uno de los inconvenientes de esta metodología es que al principio se necesita desarrollar rápidamente la habilidad de observar, interpretar, llevar al niño al insight y anotar todo lo mencionado anteriormente para poder analizarlo en conjunto y poder elaborar un diagnóstico y período de tratamiento psicoterapéutico.
4. Además se requiere de la colaboración y constancia del niño como paciente y de sus familiares, que muchas de las veces son un obstáculo debido a su falta de tiempo para asistir a la terapia , es por eso que es necesario buscar muchas más herramientas que ayuden a establecer un diagnóstico más veraz y confiable de la situación conflictiva del niño.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene la finalidad de dar a conocer brevemente como diversos autores redactan y llevan a cabo una psicoterapia de juego, en estos ejemplos tomados textualmente de lo que se habla en una sesión por parte de cada miembro de una familia , se visualizará como el terapeuta indaga a través de preguntas, observaciones, interpretaciones y reflexiones, las conductas de los diferentes miembros que asisten a una sesión.

Estos ejemplos dan a conocer como se realiza un estudio de una entrevista familiar o individual, sus antecedentes, la entrevista en sí como se debe llevar a cabo, la interpretación dinámica de la misma, la modalidad de comunicación que existe entre los miembros, el nivel de comunicación, distorsiones que se manifiestan en la comunicación, los mecanismos de distorsión, roles que están asumiendo cada individuo, ansiedades, mecanismos de defensa, fantasías inconscientes y establecer un diagnóstico inicial de cada miembro de la familia así como del paciente que ha sido llevado a consulta, para finalmente proponer un pronóstico de los mismos.

CAPÍTULO 3

PLAN DE INTERVENCIÓN:

➤ Actividades y ejemplos según la orientación de la Psicoterapia de Juego.

Ejemplo 1:

“Federico tiene 9 años. En una primera consulta, un neoropediatra diagnóstico ADD” y lo medicó. Otro neurólogo reiteró el diagnóstico, pero decidió sacar la medicación e indicó psicoterapia.

Los padres lo describen: “ No presta atención, no atiende en clases, no trabaja”.

“Es inseguro, temeroso, no tiene paciencia”. “ Quiere seguir siendo el bebé”.

A los ocho meses tuvo un espasmo de sollozo, por lo que durmió con ellos hasta los cinco años.

De bebé, no lo dejaban gatear en el piso para que no se ensuciara .

Los padres dicen en la primera entrevista: “ Estamos muy cargados, ¿podemos empezar a descargar?”

Cargar...descargar...Estos padres hablan con un lenguaje – acción, ubicándose a sí mismos como algo a llenar y vaciar...¿ Qué es lo que los ha “cargado” en este tiempo? ¿Cuál es la “carga” que dicen llevar? ¿De qué están “cargados”? El espacio analítico es un espacio en el que podrán hablar, para poder ir incorporando aquello que viven como una carga, ya metabolizado por el analista. Es decir, es un espacio en el que pueden ir pasando de sensaciones de “exceso” a pensamientos.

La maestra les ha dicho que está pendiente de lo que hacen todos los chicos.

Con ella, no registra lo que dice, la mira, pero no la escucha.

Podemos tomar esto: por un lado está abstraído, ausente..., pero a la vez pendiente de lo que los otros hacen. Aquí la acción toma un valor fundamental. Y él mira, alerta, el movimiento de los otros. La maestra, por el contrario, le habla, y él no la escucha.

“Ni siquiera cuando se le dice que hay prueba”. ¿ A qué está atento este niño?

Federico moldea con plastilina y dibuja, pero sin que se sepa qué es lo que hizo. No puede poner palabras y, cuando la analista le dice algo, puede asentir, pero como si incorporara ahí un significado posible.

Muchas veces, juego, dibujo, modelado, no son el “reflejo” exterior de una representación mental “interna”. Se podría hablar mejor de un tanteo representativo. Es en el acto mismo que se va construyendo, con el otro, la actividad de representar. Y el analista debe transformar un material no representable, restituyéndolo a la dimensión representativa.

En el trabajo de metabolización, el entorno juega un rol fundamental. Es el adulto el que le posibilita representarse el mundo, en tanto va “ metabolizando” lo indigerible y se lo devuelve ya procesado. Si estos padres hablan en términos de acción y de puesta afuera, parecen necesitar ellos un intermediador para tornar representables las vicisitudes de la vida. En el trabajo analítico van construyendo esa posibilidad, a la vez que con el niño las intervenciones se van centrando en otorgarle sentido a producciones que carecen de intención comunicativa, en ayudarlo a conectarse con sus sensaciones, en acotar los tiempos y en instaurar ritmos.” **34**

Ejemplo 2:

“ Estudio de una entrevista:

Antecedentes: paciente niño de 4 años de edad traído a la consulta por una vecina de los padres, preocupada por su escaso lenguaje. El equipo encargado de su diagnóstico dio la indicación de entrevista familiar por haberse comprobado una situación irregular: el paciente pasaba el día con los abuelos paternos que vivían en una casa contigua y que tenía totalmente a su cargo a un hermano mayor de éste, de 9 años de edad. Además, la madre no percibió el embarazo, siendo tratada hasta los 7 meses de gestación como portadora de un quiste uterino.

Las dos situaciones, delegación de la paternidad y negación materna del embarazo, promovieron la inquietud hacia una mayor investigación. Como datos importantes registramos: cohabitación con los padres, tendencia a la zurdería, rabieta, hábito de chuparse los dedos y pronunciar pocas palabras, en media lengua. Además de él y su hermano, hay una niña de 11 años.

Entrevista: Concurrieron el padre, la madre, la abuela, la hermana de 11 años, y el paciente, o sea que dejaron de hacerlo el abuelo y el hijo de 9 años. Los participantes se sentaron en círculo en torno de los terapeutas con la siguiente distribución: la abuela a la derecha de la coordinadora, el padre enfrente, la hija junto al padre, la madre en un rincón y hacia atrás. El niño se dirigió hacia el extremo de la habitación, en donde se hallaban los juguetes, entre la abuela y la hermana, le alcanzó una muñeca a ésta y se puso a jugar.

Durante unos cinco minutos permanecieron todos en silencio, mirando jugar al niño, absorto y quietos, como frente a un televisor. Luego el padre comentó frontalmente a la coordinadora. “ve...juega”. La coordinadora señala que al parecer no sabía para qué han venido, pero se sienten muy satisfechos al ver que el niño juega y piensa que no cabe hacer nada más. El padre y luego la abuela respondieron a esto destacando la normalidad del niño. La coordinadora pregunta si la madre, que allí permanece silenciosa y aparte en el otro extremo del cuarto, tampoco interviene en la casa, a lo cual la abuela aclara que el niño le dice “ ma” a ella y es muy obediente.

Se desata un diálogo en el que la madre interviene por primera vez para corroborar que el chico es normal, la abuela afirma que se hace entender muy bien, es capaz de cintonar con gestos todo lo que ve en la televisión.

La coordinadora insinúa que tal vez el problema del paciente sea el que se observa allí, que es el centro de atención de todos. Ambos progenitores confirman esto, pero aduciendo que es porque a veces está en situaciones de peligro, sale a la calle o hace cosas que no debe. Mientras tanto el niño sigue jugando, pero la hermana, que se ha inclinado hacia él, le pide juguetes, le hace una torre, le formula indicaciones con tono autoritario. La coordinadora señala que mientras los mayores hablan, dejando de estar pendientes del niño, la hermana asume ese papel, en forma vigilante y controladora.

Ellos comentaban entonces que la hermana es con quien más se comunica el chico. Este , que acaba de hacer una torre de maderitas, se la tiende al padre, quien sigue mirando a la coordinadora, sin hacerle caso. Señalada esta situación, el padre se dirige al niño y le dice: “Está bien hecha”, y prosigue hablando. La coordinadora describe esto así como también que la madre no se acerca al niño y relaciona ambas situaciones con la dificultad para hablar.

Los padres comentan el señalamiento y la madre dice que cierta vez que le repite las palabras “anda a dormir”, el preguntó: “ ¿a mimir?”. Se les señala entonces que, evidentemente, la madre comprende, aprende.

A todo esto el paciente intercambia juguetes con su hermana, quien le reprocha continuamente su inhabilidad. La coordinadora vuelve a resaltar el rol de maestra severa que la familia delega en la hermana. La madre comenta entonces que la vecina tiene mucha paciencia con el chico y procura enseñarle a hablar. Pregunta también por qué sus otros hijos no presentaron esa dificultad. La coordinadora interpreta la sensación que tienen ellos de no saber de donde viene la capacidad de hablar .

En ese momento el paciente se lleva una maderita a la boca y todos se abalanzan sobre él al grito: “no, ¡no, cuidado!” se les muestra entonces que ante el intento del niño de conocer algo, por el medio primitivo que es la boca, ellos se asustan, por lo cual no pueden guiarlo hacia otra forma de aprendizaje. Así mismo se insiste nuevamente en cuanto a la escasa participación de la madre y la de la delegación de sus funciones a otros.

Responde la madre explicando que el niño es más dado con el padre(en ese momento este le limpia la nariz), y que cuando ella lo reta se va con él. Luego le pide al niño unas maderitas. El chico le alcanza plastilina ella se la rechaza y se queja de que no le da nada de lo que ella le pide.

El niño que estaba juntando un montón de maderitas, se las tiende, con grandes muestras de alegría. El resto del grupo sigue complaciendo emocionado esta escena. La coordinadora interpreta el temor en todos de no lograr lo deseado y resume las incidencias de la entrevista, impartiendo varias indicaciones psicosociológicas: hablar directamente con el niño, nombrarle los objetos, que haya más contacto entre él y la madre, que lo lleven a la plaza, que supriman la cohabitación y se cita a la madre y al hijo para una próxima entrevista, obteniendo la conformidad de ambos progenitores.

Interpretación dinámica de la entrevista: el grupo reacciona retrayéndose a un nivel máximo de pasividad, tomando al niño como fuente de placer visual, configurando así una regresión oral. Vemos que la expectativa es colocar en el paciente el centro de atención, o sea la enfermedad negada bajo una apariencia de normalidad seguir siendo, a través del niño, un chico que juega despreocupado, en oposición a los adultos que se ven obligados a hablar. Por causa de los señalamientos surge la segunda situación: el pacto incestuoso entre el padre y la abuela según el cual el niño es hijo de esta y es una criatura normal.

Luego emerge el tercer problema: los peligros del crecimiento y de la motilidad que pueden llevar a la destrucción de la simbiosis grupal.

Esto debe ser impedido a toda costa y si los mayores decaen en la tarea, la hermana se encarga de sustituirlos en la vigilancia. La vigilancia es para no dejar entrar a la madre a la que apartan. Al mostrárseles la abuelita, se comprueba la plasticidad del niño, que intenta comunicarse con el padre, haciéndose entonces evidente el rechazo de este y el código especial en que se mueve, que es del pensamiento valorativo: está bien o está mal, propio de los primeros estadios del desarrollo psíquico interpretada esta situación, el grupo dramatiza el conflicto interno que lo paraliza: es el rechazo de la ineptitud. La hermana que sanciona al niño expresa la severidad del super yo grupal. Esto surge claramente con el grito de “cuidado” al llevarse el niño la maderita a la boca. Este grito es la expresión de un momento hondamente dramático en que el niño logra hacer actuar al grupo, que expresa entonces la prohibición de la introyección , base de la simbolización y verbalización.

La madre confirma entonces la capacidad del niño para el aprendizaje, en tanto se le brinde la enseñanza adecuada.

Surge luego el intento de relación madre – hijo pero se hace evidente, en cambio, la exigencia de .la madre, que confunde a su hijo con un adulto que debiera darle muchas cosas todas las que ella le pide. En ese momento queda demostrada la posibilidad de mejoría del niño, en el gesto final de tenderle muchas maderitas a la madre, evidenciando así su captación y sus tendencia a la reparación.

La integración de lo psicológico individual con lo familiar se produce en el vértice, al final, configurando la ansiedad depresiva que puede llevarlos a aceptar la relación madre – hijo, una vez laborado el conflicto inconsciente. Queda sentado así también el pronóstico y la indicación terapéutica : el tratamiento de la madre y el hijo, a los fines de su capacitación para introducir las modificaciones necesarias tendientes a la reubicación de los vínculos familiares.

Modalidad de Comunicación: Esquizoide, con rasgos fóbicos. Esto se ve la retracción del grupo y la segregación del niño que funciona como una parte separada de ellos, un objeto interno al que no se les respeta su “tiempo” también en el clan cerrado que forman la abuela, el padre y la hermana como su grupo en coalición y conspiración.

Nivel de Comunicación: oral – visual, con exigencias verbales, sanciones y premios.

Distorsiones de la Comunicación: se debe a la ansiedad paranoide derivada de la situación conflictiva inconsciente y de la detención del desarrollo del niño en un estadio preverbal.

Mecanismos de la Distorsión: silencios, órdenes impartidas en lenguaje de acción preverbal.

Roles: El grupo ha instituido dos roles. Uno es el de sancionador, a cargo del padre, la abuela y la hermana. El otro es el de sancionado, a cargo del niño explícitamente y de la madre implícitamente. La abuela es la encargada de regir el circuito autoritario.

Ansiedades: en lo manifiesto predomina la ansiedad depresiva latente, emerge al promediar la entrevista, en dos planos: uno de desesperanza y otro reparatorio.

Mecanismos de Defensa: negación, omnipotencia, aislamiento, anulación, control.

Fantasía Inconsciente : la sensación experimentada por el grupo, de habilidad para juntar elementos, mantenerlos unidos y manejarlos expresa una fantasía inconsciente de una pareja parental rota, que desean reparar y temen no poder hacerlo en el extragrupo está proyectada la imagen del atacante.

Ideología: ser hábil, poder juntarse (juntar a la pareja y al self) y mantener un equilibrio.

Diagnóstico de la familia: presenta técnicas esquizoides, resultantes de ansiedades depresivas por un duelo que no han podido elaborar (ataque a la pareja, ansiedad persecutoria, proyección del ataque y dolor depresivo que promueve los mecanismos esquizoides)

Diagnóstico individual de cada uno de los miembros:

Padre : personalidad esquizoide, con rasgos fóbicos y relación simbiótica.

Madre: personalidad esquizoide, con mecanismos histéricos y fóbicos.

Abuela: personalidad esquizoide, con mecanismos regresivos, posible cuadro de depresión melancólica, la más enferma del grupo.

Hermana: personalidad esquizoide, que procura estructurar mecanismos histéricos.

Niño: su desarrollo psíquico está interferido en los estadios preverbales, receptivo a la estimulación adecuada.

Pronóstico: Óptimo para el niño en caso de seguir el tratamiento, bueno para la madre, posibilidad de lograr una mejoría en el grupo familiar. Comprobado que la falta del lenguaje del niño estaba estrechamente conectado a la situación familiar y el grupo familiar no le brindaba la estimulación adecuada para el desarrollo del habla”
35

Conclusiones

1. El llevar a cabo una entrevista suele ser mucho más fácil cuando se lo realiza únicamente con el paciente, pero cuando acude toda la familia es un poco complicado, porque se necesita estar observando a todos , interpretando sus conductas o palabras y esperar que reaccionen a cada intervención, mirando así también como reacciona el miembro que está haciendo el síntoma y por el cual han a asistido a la sesión.
2. El análisis de lo que se redacta en la entrevista también lleva un determinado tiempo y en varias ocasiones parece que no se avanzara y no se pudiera obtener el cumplimiento de los objetivos que fueron planteados para la entrevista, aun establecer un pronóstico de lo que puede darse a un futuro con la terapia implica una seria responsabilidad y arduo trabajo.
3. Es necesario estar muy bien entrenada en esta capacidad de observar e intervenir en el momento propicio y con las palabras adecuada, que realmente produzca un avance en el exteriorizar el conflicto del o de los miembros y la búsqueda de soluciones al mismo.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

INTRODUCCIÓN

La utilización de diversas baterías es lo que se dará a conocer en este capítulo, con la finalidad de establecer el diagnóstico sobre el caso de estudio y a su vez establecer las sesiones pertinentes que incluyen el plan de recuperación según el caso, las recomendaciones que se le sugerirá al paciente y a la familia del mismo.

Entre los reactivos a utilizar estarán la historia clínica aplicada a la madre del niño, el cuestionario EDAH aplicado a los maestros del niño, el cuestionario ADHD DSM – 4 aplicado a los padres , la aplicación del test de Apercepción Infantil CAT – A para el niño, el test de Frostig aplicado al mismo y el test de WPPSI. Sin dejar de un lado el diagnóstico del neuropediatra sobre el déficit de atención del paciente.

Una vez que se obtengan los resultados se podrá establecer la orientación y tratamiento psicoterapéutico para el niño, estableciendo una fecha determinada, hora, metodología y actividades a realizarse en cada sesión.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

CAPITULO 4

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

A. Observación del niño a través de la historia clínica.

El nombre del niño es Joel Armando Morocho Solano, nacido el 9 de Diciembre de 1999, actualmente tiene 7 años 2 meses, cursa el tercero de básica en una escuela particular, vive únicamente con la madre y su hermana que tiene 5 años y su padre está fuera del país más o menos 4 años.

La relación con su hermana es buena, aunque manifiesta algo de celos y a su vez de sobreprotección de ella sobre Joel.

La madre describe al niño como un ser cariñoso, sentimental que llora de todo, es triste, melancólico y deprimido. Además la mamá expresa que ella no tiene tiempo para jugar con él.

En cuanto a la relación con la familia es muy afectivo con su abuela y tía materna, pero no así con su abuelo materno.,es muy distante con este.

La relación del niño con los demás es de no hablar si no tiene confianza, retraído e incluso indiferente.

En la historia clínica se manifiesta que el niño presenta insomnio, pesadillas, sonambulismo y por las tardes sueño excesivo. En cuanto a su alimentación, la madre dice que tiene poco apetito.

En términos generales, su período de embarazo fue normal, su parto fue por cesárea.

En cuanto a su desarrollo motor fue algo tarde, en especial el niño caminó a los 2 años y medio. En el desarrollo del lenguaje la madre manifiesta que fue normal.

En sus antecedentes de salud tiene una importante intervención quirúrgica a los 4 años (tibias varas), pero a pesar de la operación sus piernas no están creciendo.

Según la historia clínica si existen antecedentes de parientes con problemas de aprendizaje y así también de alcoholismo.

B. Observación del niño a través de las escalas para la evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH)

De acuerdo al cuestionario EDAH llenado por los maestros de Joel, el niño presenta dificultades de aprendizaje escolar, se distrae fácilmente y muestra escasa atención, tiene dificultad para las actividades cooperativas, está en las nubes y ensimismado, deja por terminar las tareas que empieza, es mal aceptado por el grupo, se lleva mal con la mayoría de sus compañeros, sus esfuerzos se frustran fácilmente y es inconstante. Según la valoración del EDAH, el Déficit de Atención está en Riesgo elevado y el H + DA está en Riesgo moderado.

En consecuencia el niño presenta sospecha de TDAH de tipo combinado.

C. Observación del niño a través del cuestionario para padres y maestros (ADHD) DSM – LV

Joel a menudo no presta suficiente atención a los detalles como: órdenes, mandatos, encargos e incurre en errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades.

A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. Parece no escuchar cuando se le habla directamente. No sigue instrucciones y no finaliza actividades escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo por descuido. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades. Evita, desobedece en cuanto a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido en cualquier ambiente. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades por ejemplo: juguetes, lápices, libros, etc. Se distrae fácilmente con cualquier estímulo. A menudo es descuidado en las actividades diarias y tiene un poco de dificultad para esperar turnos. Por consiguiente se sospecha que el niño manifiesta Desatención.

D. Observación del niño a través del test de Apercepción Infantil (Con figuras de animales CAT – A)

Joel manifiesta de acuerdo a esta batería la ausencia de un miembro en su familia, el padre, y como esto le afecta.

Valora a su mamá como un ser indiferente, estricto y exigente en las áreas escolares y una posible rivalidad entre ambos padres, pero a su vez con la posibilidad de manipular a su mamá y familiares provocando compasión para con él. Considera a los adultos como seres dominantes que le causan daño.

Manifiesta la necesidad de más diversión, de una vida menos rutinaria, que lo protejan y la presencia de su papá.

La concepción del ambiente actual se lo percibe como triste, aburrido, melancólico y exigente. Los conflictos significativos que se notan son excesiva tristeza por la ausencia de su papá y la indiferencia de su madre transformada en autoritarismo.

Se observa que el niño está utilizando como defensa ante los conflictos el aparentar no escuchar lo que le dicen, dormir excesivamente, evadir las responsabilidades, llorar cuando no se le dan las cosas o siente que no las puede realizar y demanda de más diversión por estar aburrido.

Expresa ansiedades ante la desaprobación, ser abandonado, ser dominado, ser devorado y la privación afectiva, considera al castigo como apropiado, pero en sí no da mucho a conocer respecto a esto.

E. Observación del niño a través del test de Frostig.

Según el análisis de los resultados del test, Joel en la prueba de Coordinación motora de los ojos presenta un adelanto de 3 años 3 meses. En la prueba de Discernimiento de figuras el niño tiene un leve retraso de 1 mes. En la prueba de Constancia de forma, Joel tiene un retraso considerable de 3 años 1 mes (no reconocen una letra o palabra cuando esta se escriba en tamaños, colores diferentes, colores, con letras mayúsculas). En la prueba de Posición en el espacio el niño presenta un notable adelanto de 1 año 8 meses y en la prueba de Relaciones espaciales, Joel presenta un adelanto de 5 meses.

Según su cociente de percepción, su actuación se sitúa en el cuartil superior, pero necesita entrenamiento perceptivo en constancia de formas.

F. Observación del niño a través del test de WPPSI

El niño Joel Morocho según el test de Wppsi tiene en el Escala Verbal un C.I. de 106, que equivale a una Inteligencia Normal. En la Escala de Ejecución el C.I. 107,

que equivale a una Inteligencia Normal y en la Escala Global un C.I. de 107, equivalente a una Inteligencia Normal.

Dentro de las áreas altas del niño están: Aritmética, Comprensión, Laberintos y Diseños geométricos. Las áreas que están en un nivel medio son: Vocabulario, Semejanzas, Frases, Casa de animales y Diseño de prismas. El área que presenta un nivel bajo es la de Información y por último el área débil del niño es: Figuras incompletas.

Conclusiones:

De acuerdo con la historia clínica y los reactivos psicológicos aplicados, el paciente requiere de orientación y tratamiento de los siguientes aspectos:

- 1) Mejoramiento de las relaciones interpersonales.
- 2) Tratamiento de la perturbación emocional, caracterizada por una alteración del sueño el mismo que se acompaña de pesadillas y sonambulismo.
- 3) Participación constante en actividades cooperativas en los diversos ambientes de su entorno.
- 4) Concluir tareas que inicia e incorporar hábitos de estudio, orden y cuidado en su desenvolvimiento diario.
- 5) Discriminar y priorizar los estímulos que recepta desarrollando la capacidad de concentración sobre un aspecto específico.
- 6) Organización de cronogramas diarios, semanales y hasta mensuales para las diversas tareas y actividades a realizar.
- 7) Ejercitar las áreas de atención, concentración, percepción y motivación que están influenciando en su aprendizaje y desarrollo personal.
- 8) Canalizar los conflictos que expresa por la ausencia de su padre, la exigencia de su madre – maestros y la sobreprotección de su familia.
- 9) Verbalizar y expresar los sentimientos, pensamientos, acuerdos y desacuerdos en lugar de recurrir a mecanismos de defensa ante los conflictos.
- 10) Entrenamiento perceptivo en constancia de formas.

Plan de Recuperación.

Sesiones de trabajo:

Sesión 1

Fecha: 27 de Febrero del 2007.

Hora: 4 p.m. hasta 5 p.m.

Metodología: Entrevista al miembro que lleva a consulta al paciente.

- Actividades:**
1. Llenar los datos de identificación.
 2. Averiguar el motivo de consulta.
 3. Descripción en síntesis de la historia personal del niño.
 4. Relatar el desarrollo de un día de la vida diaria del paciente.
 5. Describir un día de cumpleaños y vacaciones del niño.
 6. Describir la relación padres – paciente y paciente – familia.
 7. Indagar sobre la historia personal de los padres del paciente.
 8. Anotar los juguetes y juegos preferidos del paciente, para hacer uso en la terapia.

Sesión 2

Fecha: 4 de Marzo del 2007.

Hora: 5 p.m. hasta 6 p.m.

Metodología: Entrevista a los miembros que conforman la influencia familiar.

- Actividades:**
1. Llenar los datos de identificación de todos miembros.
 2. Indagar sobre los antecedentes del paciente.
 3. Escuchar a cada miembro de la familia sobre la conducta, desempeño escolar y familiar del paciente.
 4. Realizar las diversas interpretaciones para cada miembro y lograr un insight.
 5. Identificar :
 - * La dinámica de la familia (problema)
 - * Modalidad de la comunicación.
 - * Nivel de comunicación.
 - * Distorsión de la comunicación.
 - * Mecanismos de distorsión.
 - * Roles de cada miembro dentro de la familia.
 - * Ansiedades.
 - * Mecanismos de defensa.
 - * Fantasías inconscientes.
 6. Establecer el diagnóstico de la familia y del paciente
 7. Establecer un posible pronóstico.

Sesión 3

Fecha: 5 de Marzo del 2007.

Hora: 3: 10 p.m. hasta 4: 10 p.m.

Metodología: Observación de la primera hora de juego del paciente.

- Actividades:**
1. Anotar todo lo que el niño expresa a través del juego.
 - Tiempo que el paciente se demora para iniciar el juego.
 - Relación del niño con la caja de juego.
 - Relación del niño con el material del juego.
 - Dificultad para jugar.
 - Rol que asigna al terapeuta.
 - Juego que desarrolla al inicio y al finalizar la sesión.
 - Modalidad de juego.
 - Aceptación de la consigna.
 - Cómo enfrenta las dificultades.
 - Posibilidad creativa del paciente.
 - Rol que asume el niño en el juego.
 - Rol que asigna a los demás en el juego.
 2. Realizar las interpretaciones de cada observación del juego.

Sesión 4

Fecha: 6 de Marzo del 2007.

Hora: 3: 30 p.m. hasta 4: 30 p.m.

Metodología: Aplicación de Tests Proyectivos.

- Actividades:**
1. Pedir al niño ayuda para descubrir cómo es nuestro amigo llamado Roberto, contestando una serie de preguntas.
 2. Indicarla al niño que ahora dibuje a su amigo Roberto.
 3. Reflexionar con el niño sobre la actitud de su amigo Roberto.
 4. Pedir al niño qué recomendaciones daría a su amigo Roberto para que mejore su conducta y rendimiento.
 5. Aplicación del test proyectivo H.T.P.
 6. Aplicación del test proyectivo de la Familia.
 7. Realizar la interpretación de los dibujos.

Sesión 5

Fecha: 6 de Marzo del 2007.

Hora: 4: 40 p.m. hasta 5: 40 p.m.

Metodología: Observación de una hora de Psicoterapia de juego, con sus respectivas interpretaciones e insight.

- Actividades:**
1. Observar como inicial el juego y el contenido del mismo.
 2. Interpretar de acuerdo a lo que el niño va manifestando en el juego.
 3. Preguntas de diversos aspectos mientras se desarrolla la terapia y que favorezcan la interpretación
 4. Indagar más allá de lo que aparenta expresar el niño en la hora de juego.
 5. Anotar todo lo explícito e implícito que manifiesta el paciente a través de su juego.

Recomendaciones:

- Después de 5 sesiones de Psicoterapia de Juego, se recomienda que la mamá de Joel coordine con la terapeuta más sesiones de juego para lograr que el niño puede expresar en su totalidad sus conflictos internos, busque posibles soluciones y persevere en ellas.
- Es conveniente que Joel asista a terapia de Psicomotricidad, Recuperación Psicopedagógica, es decir, se requiere de un equipo multidisciplinario para sacar adelante al niño.
- Como familia se recomienda que asistan a Terapias Familiares porque los miembros que están rodeando a Joel causan mucha influencia en su estado anímico y académico del mismo.

Conclusiones

1. La aplicación de la Psicoterapia de Juego se requiere de un contacto muy cercano con el niño, estar dispuesto a indagar con perseverancia en aquellas situaciones que se hallan implícitas y que a simple vista no son posibles percibir las. Introducirse en el juego del niño implica tiempo, paciencia y mucho tino de tal manera que el niño no se sienta presionado o avasallado, sino que el terapeuta sea ese compañero (a) de juego que asu vez le permite jugar con libertad, pero que también es el mismo que establece límites y que a pesar de todo esto no cohibe el accionar libre del niño. Durante la terapia se dan momentos donde el bloqueo que manifiesta el niño es muy intenso y es necesario suspender la sesión hasta que el niño nuevamente retorne la actitud de colaborar en la hora d juego y el paciente pueda soltar el temor que siente de ser descubierto u observado.
2. El trabajar con niños y muchas veces con sus familias son experiencias gratificantes, es plasmar realmente el conocimiento adquirido durante mucho tiempo y aun reconocer que por estas vidas es necesario mantenerse preparado para ser excelentes profesionales. Es necesario ser responsable no solo con sacar a flote al paciente, sino con todos los miembros que conforma su entorno familiar. Es por eso que en el caso de Joel es necesario comunicar a su madre que el niño requiere de más sesiones para obtener mejores resultados y también con su familia.
3. Como es la primera práctica en realidad existieron varios inconvenientes ya sea de tiempo, disposición, bloqueo del niño, aun no se puede decir que los objetivos del tratamiento psicoterapéutico están cumplidos, todavía el niño no puede expresar en su totalidad su vida interna a través del juego, a aliviado en parte sus ansiedades, no modifica las formas de relaciones perturbadas, aun no hay por parte del niño una reparación de situaciones traumáticas, a mejorado algo en su comunicación , intenta sublimar su conflicto mediante la expresión creativa y todavía hay la manifestación de bloqueos en el niño durante la terapia.
4. Finalmente podría concluir que esta investigación ha sido de gran enriquecimiento en el campo cognoscitivo, práctico y aun ético para mi persona , pero no es factible asegurar que esta experiencia sea suficiente para afirmar que es posible establecer con mucha facilidad un diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, sino más bien afirmar que este es el comienzo de una gran senda de continua práctica para poder hacer uso de los conocimientos adquiridos durante los años de mi carrera y realmente con el tiempo brindar un trabajo profesional de calidad.

Bibliografía

- ABERASTURI, ARMINDA, El Psicoanálisis de Niños y sus aplicaciones, Editorial Paidós - Buenos Aires, Año 1972.
- ABERASTURY, ARMINDA, Teoría y Técnicas del Psicoanálisis de Niños, Editorial Biblioteca de Psiquiatría, Año 1972
- ANDERSON Y ANDERSON, Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicopatológico, Editorial Rialp, s.a. – Madrid, Año 1976.
- AXLINE, VIRGINIA, Terapia de juego No – Directiva, Edición Diana – México, Año 1975.
- CHAZAUD JACQUES, Las Psicoterapias del niño, Editorial Oikos – tau, s.a – Barcelona España, Año 1979
- F.B.SIMON, H. STIERLIN Y L. C. WYNNE, Terapia Familiar, Editorial Gedisa, Año 1993.
- GARCÍA, RODRIGO, Psicoterapia Cognitivo Conductual, Edición Poligrafiado del Módulo del curso de graduación, Año 2006.
- JANIN, BEATRIZ, Niños desatentos e Hiperactivos ADD / ADHD, Editorial Conjunciones
- R. PIEDRANGELO, ROGER Y JACOBY, ROBERT, Guía de Educación Especial para niños discapacitados Tomo II, Editorial Prentice – México, Año 1998
- SCAGLIA, ADALGISA, Psicoterapia de juego, Edición Poligrafiado del Módulo del curso de graduación, Año 2006.
- SCHAEFER, CHARLES y CONNOR, KEVIN, Manual de terapia de juego, Edición Manual Moderno, Año 2001.
- SIQUIER, MARÍA Y GARCÍA, MARÍA, Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico, Editorial Nueva Visión, Año 1961.
- SIRLIN, MARÍA ELISABETH Y GLASSERMAN MARÍA E, Psicoterapia de grupo en niños, Editorial Nueva Visión – Colección Psicología Contemporánea, Año 1971.
- SOIFER, RAQUEL, Psicodinamismo de la familia con niños, Editorial PS, Año 1960.
- ZULLIGER, HANS, Fundamentos de Psicoterapia Infantil, Editorial Marata S.A. – Madrid, Año 1989.