

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
Trabajo Final Integrador

“Abordaje psicoeducativo de un Equipo de Orientación Escolar con un alumno en proceso de duelo con problemas de conducta y aprendizaje”

Autor: López Manuela.
Tutor: Ricardo Zaidenberg
Fecha de entrega: 02 de noviembre de 2016.

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 3 |
| 2. Objetivos | 3 |
| 3. Marco Teórico..... | 4 |
| 3.1. Definición y descripción del TDAH | 4 |
| 3.2. Características del aprendizaje en los niños con TDAH | 7 |
| 3.3. Técnicas de escolarización en niños con TDAH | 9 |
| 3.4. Definición y descripción de duelo | 13 |
| 3.5. Características del duelo patológico | 15 |
| 3.6. Características del duelo patológico en niños | 17 |
| 3.7. Intervenciones psicoterapéuticas en duelos patológicos | 21 |
| 4. Metodología | 23 |
| 4.1. Tipo de Estudio | 23 |
| 4.2. Participantes | 23 |
| 4.3. Instrumentos | 24 |
| 4.4. Procedimiento | 24 |
| 5. Desarrollo | 25 |
| 5.1. Describir el comportamiento de L en proceso de duelo | 25 |
| 5.2. Describir la influencia del duelo patológico y el TDAH en el desempeño académico de L..... | 27 |
| 5.3. Describir la evolución del comportamiento e interacciones de L | 30 |
| 6. Conclusión | 35 |
| 7. Referencia bibliográfica | 40 |

1. Introducción

El presente trabajo final integrador se realizó como requisito para la finalización de la materia Práctica y Habilitación Profesional V dentro de la carrera de Psicología cursada en la Universidad de Palermo. El caso elegido es un análisis de caso único, el cual trata sobre un alumno asistente a un colegio ubicado en Capital Federal, con la ayuda del Equipo de Orientación Escolar (EOE) al cual se concurrió lunes, miércoles y viernes de 8 a 12hrs y los días jueves de 12 a 16 hrs.

Las actividades desempeñadas dentro de la institución fueron la observación de entrevistas a padres, alumnos y psicólogos/psicopedagogos. También la narración de actas, actualización de datos del sistema de informática del colegio, asistencia a aula y talleres realizados con los niños, observación de Ludoteca (hora de juego libre), y presencia en reuniones del equipo con la presencia de los directivos de la escuela.

El EOE es un equipo compuesto por cuatro psicopedagogos y cuatro psicólogos, los cuales tienen constante contacto con padres, profesionales externos y otros miembros de la escuela, además de realizar actividades grupales y/o individuales con los alumnos.

El objetivo del presente trabajo es el análisis de un caso único basado en un alumno de la institución, del cual se preservará el nombre real para proteger su identidad. El mismo posee un seguimiento por el EOE debido a dificultades del aprendizaje directamente vinculadas a la pérdida de su padre, presuntamente suicidio.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General:

Analizar la sintomatología y el comportamiento de un niño escolarizado en proceso de duelo con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

2.2. Objetivos específicos:

Analizar el comportamiento de un alumno en proceso de duelo con TDAH y su modalidad de interacción con el entorno.

1) Describir la influencia del duelo patológico y el TDAH en el desempeño académico del alumno.

2) Analizar la evolución del comportamiento e interacción del niño con el entorno en base a las intervenciones realizadas por el Equipo de Orientación Escolar dentro del colegio con respecto a su situación emocional.

3. Marco Teórico

3.1. Definición y descripción del TDAH

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se define como un trastorno del desarrollo neurológico que implica tanto inatención y desorganización, así como la hiperactividad/impulsividad. Este tipo de trastorno suele manifestarse en el desarrollo temprano, y es por esto que en el ingreso al colegio ya se presentan conductas tales como el incumplimiento de tareas, incapacidad de esperar turnos, escuchar a los demás y mostrarse inquieto todo el tiempo. El TDAH además, repercute tanto en el ámbito personal, académico (problemas de aprendizaje), laboral y social de quienes lo padecen (American Psychiatric Association, 2013).

La APA (2013) sostiene que el criterio diagnóstico hace hincapié en la presencia de al menos seis síntomas de falta de atención: a) no prestar atención a los detalles, b) tener dificultad para mantener la atención en tareas/actividades, c) no escuchar cuando se le habla directamente, d) no seguir instrucciones ni finalizar tareas escolares, e) tener dificultad para manejar tareas secuenciales, f) evitar, tener disgusto o resistencia a realizar tareas que requieran esfuerzo mental sostenido, g) extraviar objetos, h) distraerse fácilmente con estímulos irrelevantes. Por otro lado, a su vez, también deben estar presentes al menos seis síntomas de hiperactividad/impulsividad: a) mover en exceso las manos o pies, b) abandonar el asiento en situaciones inadecuadas, c) correr o trepar cuando no corresponde, d) incapacidad de jugar/participar en silencio en actividades de ocio, e) actuar como si se fuese impulsado por un motor, f) hablar en exceso, g) responder a preguntas antes de que se les hayan realizado, h) tener dificultad para esperar turnos, i) interrumpir en los asuntos o actividades de los demás. Ambas características del TDAH deben haber persistido por lo menos durante seis meses en el tiempo y ser incongruentes en base al nivel de desarrollo de la persona.

Barkley (2002), por su parte, sostiene que se trata de un trastorno del desarrollo del autocontrol, atención, control de impulsos y nivel de actividad. Es normal que suceda en una fase de la infancia, pero erróneamente muchos profesionales aconsejan a los padres que no se preocupen por su curso ya que en la adolescencia ya no existirá. Si bien en algunos casos leves esto es cierto, en otros, no se diagnostica ni trata al niño que padece de TDAH y esto genera bajo rendimiento académico y fracasos en su vida. Postula por su parte que este trastorno no se basa solamente en la hiperactividad, la desatención o la incapacidad de hacer los deberes, sino que se trata de un relativo deterioro en cómo se organiza y dirige la conducta hacia el futuro. Para poder diagnosticarlo, se debe poder demostrar el cumplimiento de ciertos criterios: la aparición del mismo pronto en el desarrollo del niño, una clara distinción con respecto a los chicos que no poseen el trastorno, encontrarse presente en distintas situaciones diarias, fracasa en las exigencias capaces de ser realizadas por los niños de su misma edad, persistir a lo largo del tiempo, ser multicausal.

Rangel Araiza (2014) sostiene que el TDAH se puede clasificar de dos maneras. Por un lado, el de tipo hiperactivo e impulsivo y por otro, el subtipo combinado. El subtipo combinado muestra una sintomatología relacionada al movimiento constante, la verbosidad, la necesidad de tocar todo lo que está a su alrededor, el torcerse en el asiento, la incapacidad de prestar atención, dispersión bajo cualquier tipo de estímulo, tendencia a la mitomanía y piromanía, impulsividad y agresividad, el ser destructivo y maltratador, incapacidad de medición del peligro (por lo que suelen sufrir accidentes), ser una molestia para los que están cerca. En general se poseen datos neurológicos disfuncionales leves y labilidad emocional. La mitad de los niños con TDAH desarrollan trastornos de conducta, y su agresión/violencia es de tipo reactivo.

En cuanto a las causas, como primera hipótesis se destacan las causas genéticas, sin embargo causas biológicas y/o fisiológicas tales como disfunción neurológica en el cerebro y déficit de neurotransmisores son explicaciones tomadas por muchos autores. Algunos factores que aún siguen siendo estudiados son, por ejemplo, complicaciones o traumas durante el embarazo o el parto, envenenamiento por plomo, la dieta (tipo de alimentación y alergias) y la exposición prenatal al alcohol y a las drogas (Rief, 2008).

Barkley (2002) postula una serie de puntos sintomatológicos presentes en los niños. Como ya se ha mencionado anteriormente, lo característico del TDAH es la dificultad para mantener la atención, controlar los impulsos y la hiperactividad; pero además pueden observarse otro tipo de

comportamientos, tales como arriesgarse demasiado con la posibilidad de tener más accidentes, tomar atajos en aquellos trabajos que no son de propio interés, problemas para la administración del dinero por compra compulsiva.

El TDAH presenta una elevada comorbilidad y tiende a suceder combinado con otro trastorno psicopatológico. Aproximadamente en un 70% de los casos diagnosticados por TDAH se cumplen criterios de otro cuadro adicional. Puede presentarse asociado a otros tales como el trastorno negativista desafiante (presente en un 40% de los niños diagnosticados de TDAH), trastorno de conducta (14%), trastorno de los aprendizajes (15-40%), trastornos de ansiedad (25-33%) y trastornos de humor (20-30%). Si bien las causas de las bases del trastorno se consideran neurológicas y genéticas, en un 80% de los casos hay presencia de comorbilidad, y el entorno familiar afecta de manera fundamental. Sin embargo, el hablar de comorbilidad es usualmente cuestionado ya que no está claro si los diagnósticos concomitantes demuestran la presencia de otros cuadros clínicos diferentes o refieren a múltiples manifestaciones de una única entidad. (Ubieto, 2014).

López Soler y Romero Medina (2014) se basan en investigaciones para explicar la asociación entre la edad del inicio del TDAH y la sintomatología crónica; cualquier edad de inicio del TDAH está vinculada al incremento de psicopatología y sintomatología severa. Los trastornos coexistentes pueden ser los problemas de aprendizaje, psicopatologías agresivas, delincuencia, ansiedad y depresión.

La frecuencia con la que se presenta este trastorno es considerada por muchos expertos en una incidencia de entre un 3 y 10% de los niños en edad escolar. Debido a que el TDAH es más común en varones, y que las niñas tienden a tener TDA sin hiperactividad, la mayoría de ellas suelen quedar sin diagnosticar. Como consecuencia, es frecuente que la bibliografía acerca de la temática ronde cifras de entre un 3 y 5% de niños con el trastorno, pero sin duda es probable que sea una subestimación (Rief, 2008).

Hinojo Lucena, Cáceres Reche y Aznar Díaz (2007) aportan una coincidencia entre el DSM-5 y el ICD 10 con respecto a las características que poseen los niños con TDAH. En base a resultados de investigaciones logran demostrar que las posibilidades de que el fracaso escolar aumente pueden incrementarse si los padres ignoran las dificultades de los hijos, les exigen más de la cuenta y el poseer una capacidad intelectual baja ($CI < 100$).

En las edades en que los niños generalmente son diagnosticados, tienen como escenario principal la escuela, aún casi más que el familiar. Por un lado, se encuentra la temática de las exigencias académicas, pero también la de poder socializar y hacer amigos; ambos aspectos se encuentran complicados con la presencia del trastorno. Usualmente un 25% de estos niños manifiestan problemas académicos, mientras que el 75% trata con problemas conductuales; es frecuente por ello la presencia de los problemas de interacción social con los compañeros, desaprobación del grupo y baja autoestima. Como consecuencia de todo lo mencionado anteriormente, los niños padecientes de TDAH poseen un mayor riesgo de fracaso escolar, retraso en el aprendizaje y rechazo de compañeros (Rodríguez- Salinas Pérez, Navas García, Rodríguez, Gutiérrez & Duelo Marcos, 2006).

3.2. Características del aprendizaje en los niños con TDAH

El ingreso al colegio en niños con TDAH es un factor de estrés importante tanto para ellos como para los padres, ya que además de enfrentarse a los problemas dentro de la casa, se suman las demandas académicas y sociales dentro de la escuela. Las complicaciones observables van desde el estar sentado en el banco, escuchar, obedecer, seguir instrucciones e inhibir las conductas impulsivas, entre otros. Entre el 20 y el 25% estos los niños llegan a presentar un trastorno de la lectura notable desde un primer momento, mientras que aquellos que tengan dificultad en el área de escritura y matemáticas pueden ser detectados años después, en la educación primaria. Si bien suelen ser poco aceptados por sus compañeros, en otros casos puede suceder lo contrario: tienen una imagen de sí mismos sobreestimada con función de autoprotección para evitar el rechazo de los demás. Aproximadamente a los 10 años de edad entre un 30 y 35% desarrollan síntomas de trastorno disocial y/o antisocial y un 25% problemas por peleas con otros niños (Barkley, 2002).

Existen varios criterios que explican que, aunque resulte llamativo, es más costoso el cursar el secundario o el bachillerato que los estudios universitarios. El colegio posee un currículo rígido con materias obligatorias y penalización frente a la falta de asistencias, mientras que en la universidad el

adolescente puede elegir una carrera de su agrado, en general adaptada a sus habilidades, donde la asistencia en general no es obligatoria, así como también existe la posibilidad de elegir los turnos de las cursadas (Orjales Villar, 2012).

Actualmente se considera que dentro de la población universitaria, entre un 1% y 3% de los estudiantes tiene TDAH, el cual sólo se descubre cuando las demandas académicas superan sus mecanismos de compensación. El costo emocional que esto genera sucede cuando se comienza a fracasar en los estudios y se es acusado por el resto por no esforzarse demasiado o estar poco motivado, lo que aumenta sus propias dudas en cuanto al propio potencial cognitivo y la elección de la carrera, generando aún más baja autoestima (Frank de Verthelyi, 1999).

Hay dos áreas problemáticas en cuanto al trabajo escolar. Por un lado, realizan menos trabajo que los otros niños debido a sus capacidades cognitivas, y por tanto tienden a obtener peores notas y repetir de año con más frecuencia. Por otro, sus habilidades pueden llegar a declinar con el paso del tiempo de escolarización requiriendo asistir a clases de educación especial o programas particulares para niños con este tipo de trastorno (Barkley, 2002).

Continuando acerca del rendimiento escolar, las dificultades son observables en las diferentes áreas: en cuanto a la escritura: escriben desprolijo, la letra es torpe, no respetan los márgenes de las hojas, no la sostienen cuando escriben. Los trabajos escritos tienen aspectos inmaduros y confusos, y pueden ser sumamente lentos aun cuando realizan el mejor esfuerzo, así como también producir material totalmente ilegible por su extrema rapidez. En cuanto a las matemáticas, las dificultades se centran en cálculos imprecisos y descuidados, desorganización en copia de problemas, memorizar tablas y una gran debilidad en la comprensión de conceptos matemáticos (por ende resolver problemas y aplicar el conocimiento) (Rief, 2008).

Ubieto (2014) en su libro “TDAH: hablar con el cuerpo” expone un punto de vista contemporáneo y novedoso acerca de dicho trastorno. Además de en la atención, la problemática se encuentra instalada en la función ejecutiva la cual incluye una serie de procesos cognitivos que permiten la anticipación, elección de objetos, planificación, selección de la conducta, autorregulación y uso de feedback. Estudios recientes permiten afirmar a investigadores la aparición de un nuevo trastorno llamado *tiempo cognitivo lento* caracterizado por el letargo, soñar despierto y procesamiento mental retardado, el cual se asemeja al TDAH y el factor atención. Pero lo interesante, de todos modos, es la vinculación que realiza del mismo con la tecnología: a medida que el cerebro evoluciona enfocado en las destrezas tecnológicas (juegos de video, redes sociales, entre otros), se aleja cada vez más de habilidades sociales fundamentales tales como leer expresiones faciales manteniendo una conversación o captar sentimientos a través de los gestos de los demás. Esta revolución tecnológica provoca un estado de atención parcial sostenida generando un modo de estar siempre atentos a todo pero sin involucrarse realmente en algo concreto. No es detalle menor que la evidencia demuestra que todas las personas diagnosticadas con TDAH practican alguna de estas actividades relacionadas al mundo de la tecnología.

3.3. Técnicas de escolarización en niños con TDAH

Como se mencionó anteriormente, la baja autoestima es una de las consecuencias más relevantes del TDAH. Es importante que tanto padres como maestros cooperen a desarrollar y proteger el sentido de competencia propia del alumno. Algunos caminos para lograr esto pueden ser el ayudar a desarrollar el sentido de responsabilidad, brindando oportunidades de analizar problemas y tomar decisiones propias, mostrando retroalimentación positiva, verificando que el programa escolar sea adecuado para él (Bauermeister, s/f).

Barkley (2002) señala que dentro del ámbito escolar, los niños con TDAH trabajan mejor y de manera más eficaz cuando se les realiza un seguimiento de las actividades, es decir una atención individualizada donde las instrucciones y tareas puedan ser más reiterativas en estos casos particulares. La hora del día también es un factor importante en cuanto a la conducta, fatiga y nivel de distracción, por lo que es recomendable que se realicen por la mañana aquellas actividades que requieran mucha atención o autocontrol.

Puntualmente, Barkley (2002) en su libro “Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales” brinda aspectos útiles a tener en cuenta dentro del ámbito escolar para mejorar la calidad de estadía y aprendizaje. Por ejemplo, la disposición de los asientos dentro del aula en bancos

individuales frente al pizarrón brindan mejor resultado que aquellos compartidos entre compañeros, y más aún si el niño con TDAH se ubica próximo al profesor. Las tareas y actividades brindadas a ellos deberían ser adaptadas considerando el contenido como para un niño un 30% más joven, estableciendo tiempo límite para completarlas y proporcionando refuerzo positivo cuando sea posible. Este tipo de refuerzos va tanto desde la atención positiva por parte del profesor, uso de señales como pegatinas con caras sonrientes, o programas de refuerzos tangibles y fichas o puntos. Si bien los refuerzos negativos, por su parte, deberían usarse en menor medida que los positivos, los estudios demuestran efectividad cuando se alternan ambos. Los segundos suelen ser la retirada de la atención, reprimendas breves, concretas e inmediatas a la conducta (es importante el contacto visual), *tiempo-fuera* en base al retiro de los refuerzos positivos y recompensas, y en los casos de conducta más graves, la expulsión del colegio. Rief (2008) coincide con Barkley en varios aspectos, tales como brindar encuadre y claridad al alumno, mantener una comunicación estrecha entre el hogar y la escuela, destacar el trabajo en equipo, *tiempo fuera* y refuerzos tanto positivos como negativos, limitar cantidad de tareas para el hogar y adaptar las que se realizan en el aula, y modificar la misma en base a captar la mayor atención posible de estos. Por otra parte, también recalca la derivación del niño al equipo de consulta de la escuela para realizar una observación y seguimiento individualizado, conservando ejemplos de tareas y documentando las conductas relevantes siempre respetando la privacidad y confidencialidad.

Es usual leer en bibliografías actuales acerca del TDAH que la terapia y técnicas cognitivo-conductuales son de gran eficacia para tratar este trastorno, ya que la modificación de la conducta es uno de los aspectos fundamentales a tratar. Una técnica interesante cuya efectividad pudo demostrarse, se basa en la adquisición de procesos de autorregulación: los otros controlan el comportamiento del niño a través de comandos lingüísticos que luego son interiorizados y asociados a determinadas situaciones. En otras palabras, la capacidad de autorregulación es la capacidad de hablarse a uno mismo de modo tal que se logre imponerse órdenes reguladoras. Para lograr esto, primero se debe mostrar al niño ciertas estrategias cognitivas que puedan repetirse a sí mismos, luego en voz alta y después en silencio, de modo tal que se proporcione a sí mismo un lugar de reflexión acerca del problema y las posibles soluciones y estrategias de resolución. Esta interiorización sólo se logra con un elevado número de repeticiones y en los contextos más variados como sea posible, donde los maestros y los padres pueden ser de mucha ayuda para lograrlo (Boneta Osorio, 2013).

El tratamiento farmacológico es uno de los más importantes al momento de tratar el TDAH. Los estimulantes son los considerados más efectivos en la mejoría de la conducta, el trabajo escolar y la adaptación social, funcionando entre en un 50 y un 95% de los casos. Lo que este tipo de medicamentos proporciona, en pocas palabras, es el incremento de ciertas sustancias químicas presentes de forma natural en el cerebro, y los usualmente utilizados son la d-anfetamina (dexedrina), el metilfenidato (Ritalin) y la pemolina (Cylert). Se observa de igual manera una reducción de la intranquilidad y la actividad motora gruesa, disminución de la impulsividad y alteración, y mejoran la calidad de las interacciones, obediencia y hasta la memoria a corto plazo. Ciertos antidepresivos y la clonidina (utilizado para el tratamiento de hipertensión) también han demostrado eficacia, pero no son optados como primer opción (Barkley, 2002).

Además de las intervenciones no medicamentosas, son de importancia aquellas dirigidas a los padres y los tratamientos conductuales. Son esenciales los programas escolares para este tipo de trastornos, pudiendo contar con la participación docente e incluyendo los aspectos del aula y la escuela en sí, así como también la presencia de personal de enfermería, y fundamentalmente de psicopedagogos, psicólogos y profesores especialistas. La evidencia demuestra que las clases de tamaño reducido, aulas de recursos en lugar de las convencionales, la enseñanza directa y el compromiso de toda la clase ayudan a un mayor nivel de concentración y atención en alumnos con TDAH (Rodríguez-Salinas Pérez et. al., 2006).

En base al estudio realizado por Presentación Herrero, Siegenthaler Hierro, Jara Jiménez y Casas (2010) se demuestra que la inclusión de modificaciones instruccionales y organizativas, y las adaptaciones ligadas específicamente a los alumnos con TDAH dentro de la escuela, ayudan a mejorar la situación académica de los niños. Se destaca de igual manera el trabajo realizado con los padres en base a la ayuda hacia los hijos en el aspecto escolar, así como la colaboración entre la casa y la escuela. La participación de los docentes del aula en función a la inclusión y atención a los alumnos con TDAH también resultaron influencia para la mejoría notable en ellos.

Los alumnos que padecen este trastorno, suelen responder de manera muy efectiva con aquellas técnicas que liberan estrés y ansiedad, principalmente los niños hiperactivos e impulsivos. Es importante la risa, diversión, meditación, técnicas de respiración consciente, imaginación guiada: son caminos que generan paz y sensación de autocontrol. Desde el punto de vista docente y/o psicólogo escolar, es útil hacer un seguimiento de las conductas del niño en un legajo individual que facilite el traspaso de información a terapeutas externos, padres, o incluso para ellos mismos en el momento en que se requiera. Este tipo de documentación, a pesar de respetar la privacidad, permite que en las reuniones de equipo escolar o contacto familiar puedan plantearse y comunicarse estrategias de intervención. La evaluación psicoeducativa incluye las observaciones del comportamiento dentro del colegio, examen de los registros y la historia escolar, exámenes de la visión, audición, aptitudes para el habla, el lenguaje y las habilidades motrices, historial clínico de los problemas de salud y el desarrollo confeccionado por los padres y la administración de tests psicológicos, cognitivos, académicos y perceptivo-motores, todos realizados por profesionales aptos. Este equipo es un grupo multidisciplinario de profesionales que suelen reunirse regularmente para analizar los casos derivados, y generalmente se compone del maestro de grado, psicólogo, psicopedagogo, directivos, maestro integrador en caso de que haya, y cualquier otra persona invitada a participar de los encuentros (Rief, 2008).

3.4. Definición y descripción de duelo

El término *duelo* se utiliza para abarcar una amplia gama de procesos psicológicos, tanto conscientes como inconscientes que se activan ante la pérdida de una persona amada; por el anhelo hacia la ausencia el dolor resulta inevitable (Bowlby, 1980).

La base del duelo destaca el apego y la pérdida como pilares fundamentales. La muerte implica irreversibilidad, universalidad, implacabilidad; la separación sin muerte deja abierta la esperanza al reencuentro, mientras que la muerte jamás. La intensidad del duelo depende del valor que se le atribuye a esa persona que ya no está. Algunos estudios refieren a que el 16% de las personas que pierden un familiar sufre una depresión durante aproximadamente un año (Meza Dávalos, García, Torres Gómez, Castillo, Suárez & Martínez; 2008).

Bowlby (1980) en su libro “La pérdida afectiva: tristeza y depresión” describe cuatro fases características del duelo que más tarde son retomadas por numerosos autores para tratar el tema. Primero se produce el embotamiento en el momento de noción de la pérdida, cuya duración puede prolongarse desde unas horas hasta una semana. Dentro de las distintas maneras de reaccionar (en base a la personalidad y carácter individual), es normal el sentirse aturdido, intentar negar la realidad, tener ataques de pánico, enojo e inclusive euforia. Cuando comienza lentamente a comprenderse la realidad de los hechos, surge la etapa de anhelo y búsqueda de la figura perdida con características tales como el insomnio, llanto, congoja. Se tienden a interpretar ciertas señales y sonidos que recuerdan a la persona fallecida como que la misma ha vuelto (por ejemplo, confundirla con un desconocido). La ira puede hacerse presente con aquellos a los que se considera responsables de la muerte y por las frustraciones generadas ante el fracaso de la búsqueda. La fase de desorganización y desesperanza y fase de reorganización comienza cuando se empieza a aceptar que la pérdida es permanente y se debe continuar con la vida propia; para esto es necesario el poder haber tolerado el anhelo, la intensa y consciente o inconsciente búsqueda, y analizar el cómo y el porqué de la muerte. Nuevas posibles maneras de poder enfrentar la situación comienzan a alternarse con los síntomas anteriores y se empieza una

redefinición del punto de vista hacia el alrededor y las representaciones mentales como acto cognitivo. Si bien la temática del duelo cuenta con una infinidad de bibliografía, estudios y opiniones al respecto, la mayoría de éstas coinciden en varios aspectos en común. Por ejemplo, citando a Neimeyer (2002) en su libro “Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo”, plantea que hablar de etapas puede llegar a ser erróneo ya que supone que todas las personas transitan el duelo por el mismo camino sea cual sea la pérdida. De todos modos, menciona ciertas características observables del proceso presentes en la mayoría: la evitación como primer punto en donde la asimilación de la pérdida parece casi imposible, e incluso una vez que comience a aceptarse, se tiende a vivir en aturdimiento y oyendo o viendo a la persona fallecida en lapsos breves de tiempo. Otra de las reacciones comunes es que comiencen a buscarse culpables tales como los médicos, un tercero partícipe del incidente en caso de que haya, Dios o el mismo fallecido. Luego comienza la parte de asimilación con la profunda angustia y

sentimiento de soledad que implica; se tiende a limitar la atención y las actividades, así como distanciarse del resto y el exterior. Este momento puede ir acompañado también de síntomas tales como depresión, insomnio, pérdida de apetito, llanto impredecible y ansiedad. Por último comienza el proceso de acomodación. Es aquí donde la angustia y la tensión se re-direccionan a una aceptación resignada de la realidad de la muerte, en donde lentamente comienzan a desaparecer los síntomas físicos y psíquicos intensos y la persona vuelve a recuperar su vida anterior y social adaptándose a los cambios.

Las reacciones ante el duelo normal suceden desde distintos aspectos personales. En el ámbito cognitivo se puede observar culpa y auto-reproche, ansiedad que puede generar desde inseguridad hasta ataques de pánico, soledad, fatiga o apatía, incapacidad, emancipación, sensación de adormecimiento o inclusive en algunos casos, hasta alivio si la persona antes de fallecer sufría una enfermedad terminal. El ámbito emocional suele tornarse en confusión, incredulidad, impotencia, tensión, desesperanza, nerviosismo, vulnerabilidad. Por último, el aspecto conductual no es menor y puede generarse pérdida de confianza, problemas económicos, resentimiento social, aislamiento, problemas sexuales, aislamiento, disminución de actividad y hasta involucración con drogas o alcohol (Pérez Trenado, 2010).

Los criterios para la diferenciación entre las formas saludables y las patológicas de sobrellevar un duelo son tanto la duración en el tiempo de los procesos defensivos y la manera en que influyen en el funcionamiento mental. En general, se considera que si hacia finales del primer año del duelo no se nota una mejoría y proceso a la recuperación, el panorama/pronóstico no es bueno (Bowlby, 1980).

Ahora bien, como se ha mencionado anteriormente, el duelo puede clasificarse en duelo normal (de transcurso con características esperadas hasta la superación del mismo) y duelo patológico (similar al anterior pero con problemas en la recuperación). Sin embargo, UNICEF (2010) plantea un tipo particular de duelo, el duelo especial. El mismo no se ajusta a la pérdida por enfermedad, accidente o distanciamiento de una persona, sino que involucra otros factores que dificultan su elaboración. El ejemplo más claro es el suicidio del otro significativo, donde la muerte se da a consecuencia de actos intencionales y genera sentimientos mucho más amenazantes ya que la posibilidad de entender lo sucedido está negada, sumada la información distorsionada de lo ocurrido.

3.5. Características del duelo patológico

La APA (2013) menciona en el DSM-5 el duelo patológico como trastorno de duelo complejo persistente, dentro de la categoría de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado. El mismo es caracterizado con una pena intensa y persistente y por reacciones de luto. Esta categoría involucra aquellas patologías con presencia de síntomas relacionados a traumas y factores de estrés generadores de malestar significativo, deterioro en los distintos contextos de la vida diaria, pero que sin embargo no cumplen todos los criterios correspondientes de ninguno de los otros trastornos de la categoría diagnóstica.

El vivir implica la experiencia de una sucesión de duelos, cuya evolución le proporciona al yo la elaboración de las pérdidas y al restablecimiento de los momentos transitorios de trastorno de la identidad. En el caso de padecimiento de un duelo patológico se trata de un fracaso en la elaboración del mismo, generando graves perturbaciones de ésta e inclusive otras formaciones patológicas (Gamo Medina & Pazos Pezzi, 2009).

Bowlby (1995) expone en su libro las principales características del duelo patológico para lograr diferenciarlo de uno sano. Ante la pérdida de una persona cercana, ya sea en un niño o en un adulto, se genera un sentimiento de ira que cumple la función de un intento por recuperar a la persona perdida. Una vez aceptada la derrota y la ausencia irremediable, es posible retomar el curso normal de la propia vida. El duelo se complica y torna patológico cuando se produce una incapacidad de expresión de la necesidad de recuperar al fallecido, así como también la ira anteriormente mencionada, y es como se genera una represión. A partir de esto tanto la personalidad como los sentimientos y los comportamientos son influenciados inconscientemente por este proceso, y aparecen distintos trastornos del carácter y enfermedad neurótica.

Bowlby (1989) especificó dos variedades patológicas de duelo. En aquella denominada por Bowlby como duelo crónico, las respuestas son intensas y prolongadas, hay presencia de cólera y auto-reproche, y la persona se encuentra estancada en la reorganización de su propia vida: la depresión puede llegar a combinarse con ansiedad, agorafobia, hipocondría o alcoholismo. La segunda variante del duelo

patológico se produce cuando se carece de la conciencia prolongada de la aflicción. El individuo puede verse afectado con dolencias psicológicas o fisiológicas y termina en un estado de depresión aguda. Ambos tipos de duelo concuerdan, de todos modos, en que la persona cree en cierto punto que la pérdida puede repararse continuando así el proceso de búsqueda, dando lugar luego a la ira y auto-reproche; el proceso de duelo permanece inconcluso.

Otra definición contemporánea hace hincapié en que el duelo padecido como patológico, puede también llamarse no resuelto, complicado, crónico, retardado o exagerado. De cualquier manera, es el duelo intenso a nivel de generar en la persona una sensación de desbordamiento, recurriendo a conductas desadaptativas o generando un estancamiento. Esto genera que se produzcan repeticiones estereotipadas o interrupciones en el proceso de curación, que el dolor se prolongue en el tiempo, que su intensidad no coincida con la personalidad previa del duelo; no se es capaz de amar o interesarse por otras personas y produce también una invalidación en la vida diaria (Meza Dávalos et al., 2008).

Existe una serie de variables que pueden influenciar y/o determinar el desenlace del duelo, ya sea normal o patológico. La identidad y el rol de la persona perdida es importante, ya que no se considera de la misma influencia la muerte de un miembro íntimo de la familia que la de otra persona cercana; si se trata de un padre o madre de un niño, por ejemplo, puede ser más determinante aún. Como segundo punto, la edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida también son relevantes: si bien no se cuenta con demasiada evidencia, el duelo suele ser más padecido por mujeres que por hombres especialmente en duración, y lo mismo sucede mientras a más temprana edad sea vivenciado; de todos modos, el duelo cualquiera sea su tipo puede darse en ambos sexos y a cualquier edad (Bowlby, 1980).

Las causas y circunstancias de la pérdida pueden hacer referencia tanto a la muerte como al abandono, y en ambos casos de manera repentina o prevista. Sin embargo, por el contrario a lo que podría fácilmente deducirse, de manera repentina abrupta se produce un shock inesperado en la vida del sobreviviente, y por ende un alivio al final. Pero en el caso de una enfermedad terminal por ejemplo, el transcurso hasta el final de la vida puede llegar a ser una gran carga para las personas sobrevivientes. La muerte por suicidio es un caso especial ya que se tiende a considerar como un acontecimiento innecesario y a culpar a alguien (la persona perdida o un tercero). Por último, también se deben considerar las circunstancias psicológicas y sociales que afectan a la persona que sufrió la pérdida. Las condiciones de vida refieren a si ésta vive sola o con otros parientes y si tiene bajo su responsabilidad hijos pequeños o adolescentes, y las provisiones y oportunidades socioeconómicas pueden facilitar o dificultar la reorganización de la vida. Las creencias y prácticas culturales también tienen esta capacidad de determinar el duelo sano o patológico, así como del mismo modo pueden influenciar parientes o personas cercanas (Bowlby, 1980).

3.6. Características del duelo patológico en niños

Los niños comienzan a considerar la muerte como problema a medida que se empiezan a diferenciar los sexos, y en general las preguntas frecuentes acerca del tema se realizan de forma indirecta: “¿morirás viejo?”, “¿morirás pronto?”; a pesar de que estas dudas comienzan cerca de los tres años, es hasta aproximadamente a los siete que los chicos preguntan y piensan a la muerte sin ningún tipo de angustia. “Con frecuencia se miente a los niños sobre este tema. Se habla de un viaje a un lugar lejano, de una enfermedad que resulta interminable y de la que ya nadie da ninguna noticia. La situación se hace insostenible, sofocante” (Dolto, 1981, p. 112)

La exposición a la muerte en niños menores de seis años puede encontrarse como duelo dentro del trastorno de estrés postraumático, junto con sufrir lesiones graves o abuso sexual, donde el mismo puede darse a través de la experiencia directa del suceso, por la presencia ante el hecho ocurrido a cuidadores primarios, o por conocimiento de lo sucedido a uno de los padres. Para el diagnóstico de este trastorno, se requiere la presencia de uno o más síntomas de intrusión que produzcan malestar, tales como recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios, sueños persistentes, reacciones disociativas con sentimiento de repetición del hecho, malestar psicológico intenso o prolongado, reacciones fisiológicas importantes; todo en relación al suceso traumático vivido o el recuerdo del mismo. Por otro lado, se debe contar con una evitación persistente de los estímulos asociados al evento, así como de los recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos, y también la evitación de recordatorios externos (personas, lugares, actividades). Otro de los puntos necesarios para el diagnóstico son las alteraciones cognitivas negativas y del estado de ánimo, como el recordar aspectos importantes del suceso

traumático, creencias o expectativas negativas en cuanto a uno mismo o los demás, estado emocional negativo, disminución del interés y distanciamiento de los demás y la incapacidad de tener emociones positivas. Se debe puntuar en uno o más síntomas relacionados a la exaltación y reactividad: comportamiento irritable y ataques de ira, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y trastornos del sueño. A tener en cuenta, la duración de todos los criterios mencionados anteriormente debe ser mayor a un mes, generando malestar clínicamente significativo en todas las áreas de la vida de la persona, y descartando que la alteración se deba a efectos fisiológicos de alguna sustancia o condición médica (APA, 2013).

Las estadísticas mundiales reflejan un 4% de niños que pierden a uno de sus padres antes de los 15 años. El apoyo de los demás miembros de la familia se vuelve relevante para que el proceso del duelo sea transcurrido de la forma más natural y sana posible, ya que de lo contrario, esta pérdida traumática puede poner en riesgo el sentido de seguridad del chico, tener quejas somáticas, accidentes, mal rendimiento académico y social; desde lo psicológico las consecuencias llegan a ser depresión, ansiedad, aislamiento, trastorno de estrés postraumático y disminución del autoestima (Lozano Cortés & Chaskel, 2009).

El papel de la familia se vuelve fundamental luego de la pérdida de uno de sus miembros, ya que entre todos se conforma una unidad psíquica que en situaciones de esta índole quedan expuestos el tipo de interacción, conexiones y vínculos que se mantienen dentro del sistema familiar. Es también de este modo que cuando se produce un duelo, determinada parte de esta estructura desaparece y el modelo comienza a alterarse así como sus componentes y funciones; queda exigida una nueva organización y estilo de relación de los miembros sobrevivientes (Lozano Cortés & Chaskel, 2009).

Desde la perspectiva del niño que pierde a su padre, las formas a las reacciones del duelo son tan variables como persona y personalidad haya padecido. En casos traumáticos como, por ejemplo, el suicidio, suelen ser duelos más delicados y a atender con mayor cautela en base a que fácilmente podría transformarse en uno patológico. El poder dificultarse puede verse provocado tanto por el tipo de vínculo que tenía el niño con su padre, si en el momento de la pérdida la relación era conflictiva o quedaron asuntos pendientes, y no menos importante el momento evolutivo que el chico se encuentra atravesando: cambio de etapa y adquisición de habilidades (Aleman Méndez, 2016).

Además, la muerte de un padre puede implicar otros factores que producen aumentar la intensidad del duelo: disminuyen la cantidad de ingresos económicos, cambio de domicilio y de escuela (y por ende de amigos) y una reducción de cantidad y calidad de cuidados al niño. Con o sin la suma de estas variables externas, los estudios clínicos sugieren que las consecuencias inmediatas en los niños ante una pérdida podrían llegar a ser severas, pero generalmente de una duración relativamente breve; la persistencia o no de los síntomas se encuentra estrechamente ligada a las respuestas y conductas del padre sobreviviente (Mazaira & Gago, 1999).

La muerte puede ser percibida por los niños de diversas formas, al igual que reaccionar ante ésta. Los factores que intervienen en ello son tanto la edad, la experiencia, el nivel de desarrollo y conocimiento, el entorno en el cual se desenvuelven, la personalidad, nivel de sensibilidad, habilidades de afrontamiento y el pensamiento abstracto; todas estas variables son las determinantes a la hora de elaborar la muerte de un ser querido (Meza Dávalos et al., 2008).

En ocasiones es posible percibir que el niño piensa más en sí mismo y en sus propios asuntos y pensamientos cuando se enfrentan a la pérdida y la muerte. Este egocentrismo se debe a estar bajo el factor de estrés, lo que genera a su vez el poder actuar de manera inmadura, inclusive sucede entre los adultos. En el caso de los niños, pueden volverse abruptamente apegados o tener problemas de separación, y desde el punto de vista social tornarse más exigentes, fríos, rehusarse a compartir o generar peleas en todo tipo de vínculos (New York Life Foundation, 2009).

El estudio realizado por Villanueva Suárez y García Sanz (2000) demuestra que el duelo en los niños se manifiesta en mayor medida con alteraciones de conducta (31%) y con fracaso en el rendimiento escolar (20%) que con sintomatología depresiva observable (16%). Aparecen más síntomas de ansiedad ante enfermedad grave de uno de los padres, somatizaciones y síntomas depresivos ante la muerte de un familiar directo. Es importante destacar también que los antecedentes psiquiátricos en padres influyen en mayor medida en el momento de atender las situaciones de pérdida y/o duelo de los hijos.

No es de sorprender que el niño que padece una pérdida importante luego tema el sufrir otra, y por ende se lo note más pendiente y ansioso en situaciones a las que un adulto le resulten inocuas. Siguiendo esta

línea de diferencias entre los grupos de edades, se puede considerar que una persona adulta posea mayor conocimiento y experiencia con respecto a pérdidas sobre todo de figuras de apego, lo cual en un niño se torna un aspecto más complicado. Tienen menor comprensión de las cuestiones de vida y temas relacionados a la muerte, y como consecuencia pueden recibir de manera errónea la información recibida e interpretar inapropiadamente. Es importante evitar el misterio acerca de la causa de la muerte del fallecido, así como también prohibir que realicen preguntas. En el caso de que el duelo sea hacia uno de los padres, es posible que el niño crea que sí falleció temprano él también pueda hacerlo, y por lo general tiende a aumentar esta posibilidad si la persona perdida sea de su mismo sexo ya que suele tener mayor identificación debido al momento de desarrollo (Bowlby, 1980).

3.7. Intervenciones psicoterapéuticas en duelos patológicos

Cuando se atraviesa un duelo, y aún más en los casos de fallecimiento de una persona cercana, es importante atender a ciertos síntomas que son considerados normales, pero también algunos que pueden persistir o repercutir de manera más presente transformándolo en duelo crónico o patológico. Suelen presentarse sentimientos de intensa culpa acerca de las cosas que hizo o no en el momento en que la persona perdió la vida, pensamientos de suicidio que van más allá del sólo deseo de estar muerto (es decir, llevarlo a cabo en acción), desesperación extrema, inquietud o depresión prolongada, síntomas físicos tales como pérdida de peso considerable o sensación de tener un cuchillo clavado en el pecho, ira incontrolada y abuso de sustancias. La presencia de uno o varios aspectos mencionados, requiere la necesidad de acudir a un profesional o alguien del entorno que pueda ayudar, pueden ser también médicos, grupos de apoyo, guías espirituales o profesionales de la salud mental, entre otros (Neimeyer, 2002).

Gamos Medina y Pazos Pezzi (2016) sostienen que desde el punto de vista terapéutico es necesario atender los duelos y las pérdidas que padecen tanto niños como adolescentes para poder trabajarlos en la terapia, hacer un seguimiento de su evolución e intentar evitar la reactivación y/o descompensación a partir de nuevas circunstancias. Se debe realizar un abordaje de modo preventivo a través de proporcionar un ambiente contenedor y abierto teniendo en cuenta el contexto familiar, para lograr así evitar la negación excesiva que repercute en la elaboración del duelo. Es de primordial importancia la actuación aún más específica en casos de riesgo, tales como el padecer antecedentes patológicos, situaciones de desestructuración o catástrofe familiar, o pérdidas múltiples de figuras cercanas.

La calidad del cuidado recibido luego de la muerte de uno de los padres es el mayor determinante de riesgo de psicopatología en el adulto, por lo que además la pérdida temprana de uno de ellos duplica la posibilidad de padecer depresión posteriormente. Es por esto que los niños que han sido criados por padres en situaciones de duelo traumático proporcionan mayor vulnerabilidad psíquica en comparación con la población general. La teoría demuestra que ante la muerte o el divorcio de padres de chicos de temprana edad, afecta más a los varones debido a la pérdida del padre del mismo sexo del cual generaría su identificación y suele ser el padre con el que se pierde más contacto (Villanueva Suárez & García Sanz, 2000).

Lozano Cortés y Chaskel (2009) proporcionan una serie de posibles intervenciones según la edad del niño que ha perdido a su padre. Aquellos menores de tres años aún no son capaces de interpretar conceptos tales como muerte o permanencia, pero consideran como omnipotentes a sus padres, sin embargo fácilmente puede transformar el tema como tabú si se censura dentro del hogar o no se les permite aclarar sus dudas. Entre los tres y los cinco años de edad, el significado de la pérdida comienza a tomar sentido, así como también reaccionar ante ésta con agresividad y enojo. Ya desde los nueve en adelante, existe la posibilidad de que el refugio se dé de manera importante con los pares y se comience a cuestionar la propia mortalidad: se encuentra presente el riesgo de desarrollar conductas vinculadas a las drogas o el alcohol. Cualquiera sea la edad en que se sufre la pérdida del padre, es importante tener en cuenta estrategias tales como: incrementar la autoestima del niño, facilitar la expresión de las emociones, mejorar las estrategias de afrontamiento, reducir la exposición a nuevos eventos negativos y aumentar las creencias de control. Es importante de igual manera la psico-educación, redefinir las relaciones y los nuevos roles, y el contacto constante con el resto de la familia para lograr preservar memorias positivas.

Es importante que la temática del duelo y la muerte pueda comenzar a tratarse más dentro del ámbito escolar, ya que el niño se encuentra en etapa de desarrollo y aprendizaje tanto académico como así también de experiencias de vida. Por otro lado, el recibir este tipo de información forma parte del derecho del niño y el desconocimiento puede generar más inseguridad, ansiedad y miedos. Dentro del colegio se debe explicar de manera concisa las causas de la muerte, intentar mantener el orden y la calma proporcionando información al respecto, evitar metáforas o eufemismos que puedan generar más confusión e intentar seguir con las tareas y las rutinas habituales adaptando y flexibilizando las condiciones que sean necesarias a la situación (Miret Rial, 2016).

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Estudio descriptivo de caso único.

4.2. Participantes

L (como se llamará al niño para preservar su identidad) es alumno de 10 años con una marcada problemática tanto conductual, como social y de aprendizaje, diagnosticado con Déficit de Atención con Hiperactividad. En la edad de 2 años pierde a su padre (quien padecía de psicosis y depresión), y decide prenderse fuego, lo que lo conduce a dos meses en el Instituto del Quemado, dos paros respiratorios y el consiguiente fallecimiento. El alumno reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina y actualmente vive con su madre y la pareja. Se encuentra desde hace cuatro años bajo tratamiento psicológico, psicopedagógico y fonoaudiológico, y desde hace tres asiste con un psiquiatra quien lo medica con Ritalina y Risperidona.

También fueron participantes el psicólogo del gabinete escolar que llevó el seguimiento del alumno dentro del colegio, su maestra integradora y subdirectora (con quienes se realizaron algunas reuniones con el objetivo de intercambiar datos) y los familiares de L, su madre y su abuelo.

Dentro del colegio se lo observa con falta de atención, baja tolerancia a la frustración, dificultad con la escritura y vocabulario, disperso, perdiendo y olvidando cosas, durmiendo en las clases, gran impulsividad, agresividad y violencia (con los compañeros y las maestras), inquietud e irritabilidad.

L se encuentra a cargo de psicólogos y psicopedagogos propios de la institución, correspondientes al primer ciclo escolar.

El psicólogo perteneciente al EOE, quien realizó y realiza actualmente el seguimiento, intervenciones y evolución de L, es un profesional egresado de la misma escuela, desempeñando desde hace 3 años su rol de psicólogo en la institución. El mismo se especializó en orientación clínica psicoanalista y actualmente se encuentra finalizando un postgrado en intervención con arte-terapia.

4.3. Instrumentos

Para el presente trabajo se utilizaron datos extraídos del legajo de L. El mismo cuenta con sus datos personales, su evolución dentro de la escuela, registros de interacción entre el EOE tanto con la familia como con profesionales externos al colegio que atienden al alumno. También se tuvieron en cuenta test y técnicas aleatorias realizadas por el niño en entrevistas individuales dentro del gabinete. Se tuvo en cuenta información extraída por la observación no participante de las reuniones de equipo, así como entrevistas semi-dirigidas con las docentes y maestras integradoras con respecto a los vínculos con sus compañeros y aprendizaje.

Finalmente, se realizó una observación no participante del alumno en los recreos y en el trabajo de aula.

4.4. Procedimiento

Se observó al alumno una vez por semana durante aproximadamente 20 minutos tanto en el aula, recreo o citado en el gabinete psicológico, en el tiempo de tres meses.

Se recolectó información sobre cómo se desenvuelve L tanto dentro de la escuela como en el contexto

familiar. Para esto se hizo hincapié en obtener datos con las distintas docentes de manera diaria, maestras integradoras, y contacto con los familiares del niño y los terapeutas externos al colegio una vez por mes.

5. Desarrollo

5.1. Presentación del caso

L es un niño de 10 años que se encuentra cursando el quinto grado de primaria de un colegio privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el cual comenzó a los seis en primero. La escuela tiene 100 años de antigüedad y de modalidad católica, fundada por hermanos y primeramente exclusiva para alumnos varones (mixto desde hace pocos años). Cuenta con el EOE compuesto por cuatro psicólogos y cuatro psicopedagogos: se cuenta con un psicólogo y un psicopedagogo en nivel inicial, dos psicólogos y dos psicopedagogos en primaria, y un psicólogo y un psicopedagogo en secundaria. Mantienen constante contacto con los profesores, las maestras integradoras, los directivos, padres de los alumnos y profesionales externos que atienden a los alumnos, realizando actas con el seguimiento de cada uno de ellos gracias a observaciones dentro del aula, del recreo, talleres individuales y grupales y entrevistas particulares con cada uno. Se realizan una vez por mes reuniones de equipo entre todos los integrantes del ámbito escolar con el objetivo de intercambiar información y comentar datos relevantes, plantear estrategias y determinar cuando sea necesario realizar derivaciones externas o tener contacto con los padres.

Es uno de los casos particulares de la escuela, y por particular se hace referencia a que es seguido, observado y tratado dentro del equipo de orientación escolar por sus dificultades académicas y conductuales producidas por padecer TDAH, diagnosticado hace aproximadamente dos años. Sumado al trastorno mencionado, cabe destacar que la infancia vivida por el niño se vio notablemente perturbada por la experiencia de duelo temprano ante la pérdida de su padre.

L es hijo único y su familia está compuesta por su madre (de aproximadamente unos 30 años), su pareja actual y su abuelo paterno, quien no convive con ellos pero suelen verse muy a menudo. A los pocos meses de edad, el padre de L (de edad similar a la madre) comenzó con un cuadro depresivo que duró aproximadamente dos años, momento en el que decide quitarse la vida. Si bien en un principio se habló de un accidente doméstico, en una de las reuniones programadas dentro del colegio su padre, abuelo del niño, aclaró que padecía de psicosis desde hacía ya tiempo y las depresiones eran algo normal dentro de sus características. De hecho, antes del fallecimiento intentó ponerse en contacto y si bien no quiso ahondar en detalles, confirmó que lo sucedido había sido un intento de suicidio: se prendió fuego y pudo ser socorrido a tiempo para ser internado en el Instituto del Quemado con un 60% del cuerpo perjudicado, pero luego de encontrarse totalmente inconsciente sufrió dos paros respiratorios, y a los dos meses pierde la vida.

No sólo es relevante el hecho de perder un padre, aún peor en la infancia, sino que adicionalmente la manera en que sucede es trágica. Como se ha visto en el marco teórico, Yoffe (2003) destaca la manera en que la pérdida de seres queridos en situaciones de accidentes, homicidios y suicidios hacen un duelo mucho más complejo y sobre todo si estas situaciones impiden al sobreviviente tener contacto con el cuerpo, por ejemplo si el mismo fue víctima de desaparición o desfigurado por muerte violenta.

Actualmente L se encuentra viviendo con su madre y su nueva pareja, aunque como se ha mencionado anteriormente su abuelo impone más presencia y apoyo desde un primer momento, incluso más que ella. Si bien puede contar con una figura externa de apoyo y contención, y así como con el sustento materno, esto se conduce en un factor crítico que de haber sido de otra manera hubiera podido ayudar al niño a tener más estrategias de afrontamiento ante la pérdida. Villanueva Suárez y García Sanz (2000) explican la importancia del cuidado por parte del padre sobreviviente, ya que la pérdida puede llegar a ser un factor desencadenante de una futura psicopatología y duplica el riesgo de padecer depresión; en suma el perder al padre del mismo sexo no favorece la situación debido a que el niño se encuentra desarrollando su personalidad e identificándose con el mismo. Es posible también citar a Lozano Cortés y Chaskel (2009) para destacar el papel familiar como fundamental luego del hecho, debido a que es el momento en que quedan en exposición los tipos de interacción y vínculos entre los miembros; es cuando parte de esta estructura desaparece y se vuelve necesaria la reorganización de roles y estilo de interacción dentro

de la familia.

5.2. Describir el comportamiento de L en proceso de duelo

Dentro del ámbito escolar, el niño recibe por parte del personal docente una atención particular: si no se le realiza un seguimiento individualizado no posee las habilidades cognitivas ni atencionales con respecto al nivel de los compañeros de su grado. Es usual notarlo distraído, disperso, muy inquieto. Se lo observó dentro del aula como un niño aislado donde prácticamente no interactuaba con el resto si no se lo hacía participe de manera directa, sumido en sus pensamientos y contando con un grado de timidez e introversión. Lozano Cortés y Chaskel (2009) articulan que la pérdida temprana de los niños con respecto a uno de sus padres repercute de manera particular en el comportamiento de ellos, ya que se torna posible la pérdida de seguridad y la disminución de la autoestima, las quejas somáticas y el declive tanto académico como social. Aumentan por otro lado las posibilidades de ansiedad, aislamiento, trastorno de estrés post-traumático y depresión.

La APA (2013) menciona al duelo en los niños menores de seis años como exposición a la muerte dentro del estrés post-traumático, donde puede suceder por la experiencia directa, presencia o conocimiento del hecho. L no presenció directamente la muerte de su padre, pero en sus últimos años de vida sólo notaba su depresión persistente, y por ende su estado anímico el cual impedía que puedan realizar juntos el tipo de vida esperable de vinculación padre/hijo, rol que manifestó haber desarrollado su abuelo. Se le comunicó al niño en el momento en que intentó quitarse la vida, tuvo la oportunidad de ir a visitarlo al Instituto del Quemado en algunas ocasiones (aunque estaba inconsciente, en estado de coma) y se le informó del fallecimiento cuando finalmente ocurrió. Los criterios para la evaluación diagnóstica cuenta con la necesaria presencia de ciertos criterios, los cuales se mencionarán y analizarán a continuación.

Como primer punto se requiere la presencia de uno o más síntomas de intrusión que produzcan malestar: recuerdos angustiosos, recurrentes e involuntarios; sueños persistentes; reacciones disociativas con sentimiento de repetición del hecho; malestar psicológico intenso o prolongado; reacciones fisiológicas importantes. Anteriormente se han mencionado las conductas que Lorenzo tenía con los demás y su insistencia en involucrarse en la temática de la muerte y el suicidio: entregar notas a sus compañeros con la palabra “asesino”, y escribirla reiteradas veces tanto en su pupitre como en el pizarrón. En ocasiones se quedaba dormido en el horario en que las clases eran dictadas, y cuando se le llamaba la atención y preguntaba al respecto, sólo decía que no había dormido bien la noche anterior.

Por otro lado, también se debe contar con la presencia de evitación persistente de los estímulos asociados al evento: recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos, y evitación de recordatorios externos (personas, lugares, actividades). El niño no solía hablar de lo sucedido con el padre, y de hecho, las veces que fue invitado al gabinete escolar para observar cómo se encontraba, buscaba la forma de evitar mencionar el tema y lo que él sentía al respecto. Muchas veces manifestó no tener ganas de ir al colegio, y abandonó karate, deporte que realizaba extra-escolarmente; no solía juntarse con amigos ni compañeros fuera del colegio.

En cuanto a las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, se hace referencia al no recordar aspectos importantes del suceso traumático, tener creencias o expectativas negativas tanto en uno mismo como en los demás, poseer estado de ánimo negativo, disminución del interés y distanciamiento de los demás, y la incapacidad de tener emociones positivas. En el anterior párrafo ya se hace referencia a la evitación de L en recordar a su padre y el trauma experimentado con su muerte, por lo que no pudo confirmarse la idea que se formó acerca de la muerte y las circunstancias en las que se produjo. Su baja autoestima era observable: cualquier persona que lo miraba notaba esta particularidad, la cual estaba acompañada de introversión y desinterés por comenzar una interacción con la gente que lo rodeaba.

Por último, para finalizar los criterios diagnósticos que la APA (2013) especifica para diagnosticar dentro del trastorno de estrés post-traumático, también es necesario puntuar en uno o más síntomas con respecto a la exaltación y reactividad: comportamiento irritable y ataques de ira, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y trastornos del sueño. El alumno contaba con un nivel de agresión y violencia que iba de lo verbal hasta lo físico. Fue relevante el dato de haber golpeado reiteradamente a algunos de sus compañeros, e inclusive en ocasiones a las maestras de grado. Si bien fue sancionado en las oportunidades en que esto ocurrió, sus ataques de ira no parecían disminuir hasta tiempo después.

Se mencionó en el marco teórico que las maneras de afrontar un duelo pueden llegar a ser muy diferentes dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, el apoyo externo, entre otros; en el caso de los niños es aún más difícil realizar clasificaciones, pero lo que sí es notoria es la diferencia de expresión con respecto a los adultos. Bowlby (1980) lo explica en términos en que en la infancia se posee menos conocimiento y comprensión en torno a términos como muerte, además que por cuestión de tiempo de vida las pérdidas significativas son menores que en la adultez. En tanto a las consecuencias vivenciadas por los niños ante este tipo de situaciones, Villanueva Suárez y García Sanz (2000) demuestran mediante estudios que la manifestación del duelo repercute principalmente en alteraciones de conducta y fracaso en el rendimiento escolar, y luego en un menor grado en síntomas depresivos. Destacan también la relevancia de los antecedentes psiquiátricos en los padres para el desarrollo y evolución del hijo, y es en este caso trabajado particularmente en que la situación de psicosis con cuadros depresivos no favorece el panorama de L.

Dentro del legajo personal de L, con el que se cuenta dentro del gabinete psicológico, se encontraron ciertos datos relevantes acerca de su conducta. En una de las entrevistas que se realizan usualmente con todos los alumnos, independientemente de la presencia o ausencia de sucesos específicos que requieran del seguimiento del equipo, la psicóloga comenzó a entablar una conversación espontánea con el niño, sin intención de ahondar ningún tema específico. En un momento determinado, comentó que tenía una goma de borrar nueva, a lo que agregó “la mató mi mamá”. Enseguida la psicóloga preguntó (con intenciones de que corrija su equivocación inconsciente del comentario) “¿quieres decir que la compró tu mamá?”, recibiendo la reiterativa respuesta “no, la mató mi mamá”.

Otros hechos particulares que surgieron en relación a la temática de la muerte fueron comentados por parte de las maestras en el EOE. En reiteradas ocasiones escribió la palabra asesino tanto en el pupitre, en el pizarrón y hasta en papeles que luego le entregaba a sus compañeros. En varias ocasiones se tomó registro de su nivel de agresividad y violencia para con sus compañeros y maestras.

5.3. Describir la influencia del duelo patológico y el TDAH en el desempeño académico de L

El duelo de por sí es un suceso natural en la vida de las personas, pero dependiendo de otros factores tanto internos como externos, y del apoyo recibido por parte de los demás, puede tornarse traumático y/o patológico. L perdió a su padre (quien desempeñaba el papel con el que el niño se identificaba debido a su etapa de desarrollo) y la circunstancia de suicidio produjo aún un mayor impacto. Dolto (1981) explica que hasta que el niño no comienza a hacer esta diferenciación de sexos, el tema acerca de la muerte es algo desconocido para ellos. De hecho, a pesar de comenzar con dudas y realizar preguntas al respecto a los tres años de edad, y en aproximadamente a los siete años sienten y comentan sin ningún tipo de angustia. Al tener dos años al momento del hecho de pérdida, sus primeras reacciones no fueron de índole relevante o detectarse como graves: de hecho se lo notaba apático pero dentro de los parámetros normales de su personalidad. Además, no fue sino hasta los seis años de edad que dentro del ámbito escolar se recomendó la asistencia de un psicólogo, un psicopedagogo y un fonoaudiólogo al comenzar a notarse un cambio en sus niveles conductual y cognitivo.

Era usual verlo constantemente distraído, no prestar atención en las clases ni tampoco interactuar con el entorno. Sus dificultades en cuanto a la literatura (escribir desprolijo y con letra torpe, no respetar los márgenes), las matemáticas (cálculos imprecisos y descuidados, desorganización en la copia de problemas, comprensión de conceptos matemáticos y en la memorización de tablas), la lectura y todo rendimiento académico general parecían seguir decayendo y ya no alcanzar el nivel esperado para un niño escolarizado de su edad. Era tan amplia la gama de materias en las que encontraba problemas, que el tipo de terapias a las que asistía parecían no ser suficientes y fue cuando se lo diagnosticó con TDAH y se tomó la decisión de realizar una consulta con un psiquiatra externo del colegio.

L cumple con la gran mayoría de los criterios diagnósticos de este trastorno propuestos por la APA (2013). El DSM plantea que para poder realizar el diagnóstico de este trastorno se deben cumplir al menos seis de los criterios ubicados dentro de atención y seis dentro de hiperactividad/impulsividad, persistiendo en el tiempo mínimo de seis meses y siendo incongruentes en base al nivel propio de desarrollo del niño; serán citados a continuación.

La inatención a los detalles es un aspecto característico y que puede notarse bastante en el ámbito escolar. Según las observaciones realizadas acerca del comportamiento y la actitud de L, así como también la información recibida por partes de las maestras (de grado e integradora) y del EOE, la falta de atención en cuanto a los detalles es una de las problemáticas que dificultan su desempeño académico; ya sea tanto en las instrucciones verbales, copias en los cuadernos o desarrollo de las tareas y evaluaciones suele omitir por descuido cosas que repercuten en sus calificaciones.

Su nivel de distracción e inatención generaba dificultad en el poder mantener la atención en tareas y actividades dentro del aula. Se le solía llamar la atención para lograr involucrarlo en el contenido dictado, pero luego de prestar atención unos minutos se lo volvía a notar disperso y pensativo, claro que en temas no relacionados al aprendizaje. Esto se vincula con otro de los ítems, el distraerse con estímulos irrelevantes.

El no escuchar cuando se le habla directamente a su vez se vincula con el siguiente ítem presente en el diagnóstico, el cual es la incapacidad de seguir instrucciones ni finalizar tareas escolares. Al no prestar atención ni obedecer a los reclamos por parte de sus maestras del aula, las actividades a realizar concluían incompletas y con suficientes errores a llamar la atención. Claro que las tareas secuenciales complicaron más este aspecto, ya que a su vez requieren mayor atención sostenida de la cual carecía y producía un bajo rendimiento y calificaciones escolares.

Además de su pobre rendimiento causado por la inatención y fácil distracción por estímulos externos e irrelevantes, muchas veces se rehusó a realizar aquellas tareas que requieran esfuerzo mental sostenido. Uno de los planteamientos realizados por el EOE ponía en duda si esta evitación era generada por desgano y desinterés, o si era generada por su baja autoestima y el sentimiento de que no era capaz de hacerlo de manera correcta, entonces simplemente se negaba.

En cuanto a los criterios de hiperactividad/impulsividad, el movimiento constante y excesivo de manos y pies y abandonar el asiento en situaciones inadecuadas era algo cotidiano. Se le llamaba la atención por un intento de que logre calmarse, e incluso muchas veces se lo retiró del salón y se lo envió a dirección cuando no se encontraba la forma de poder detenerlo.

Ya ha sido mencionado su abandono al deporte extracurricular, karate, pero la mayoría de veces también mostraba desinterés por asistir al campo de deportes, lugar donde los alumnos realizan educación física. No solía reunirse fuera del colegio con amigos (ya que decía no tenerlos), ni tampoco mostraba interés por asistir a eventos organizados por la escuela tales como campamentos, picnics, viajes de egresados ni actividades que cualquier otro alumno vive con entusiasmo (APA, 2013).

Se debe tener en cuenta, según Barkley (2002), dos aspectos problemáticos en tanto el trabajo académico: son notables las diferencias de su calidad de trabajo debido a sus capacidades cognitivas (evaluadas por el colegio con exámenes anuales, a todos los alumnos en general) con respecto a los demás alumnos, y por ende poseen mayor tendencia a obtener peores notas y repetir de grado. Por otro lado, estas habilidades pueden continuar declinando en el tiempo, obligándolos a requerir clases de educación especial, programas particulares donde se realice un seguimiento individualizado. Dentro de este colegio, las maestras integradoras son asignadas a un alumno particular, donde se brinda la posibilidad de seguir y ayudar en la realización de las tareas y aprendizaje de los contenidos curriculares correspondientes al grado. También termina siendo, aunque en segundo plano ya que es objetivo propio del EOE, un espacio donde el alumno puede expresarse sentimental y emocionalmente y pueda cambiar favorablemente el vínculo con sus compañeros y maestros de grado.

5.4. Describir la evolución del comportamiento e interacciones de L

Son de mucha utilidad las sugerencias realizadas por Bowlby (2002) para mejorar la calidad escolar de los niños con TDAH. Menciona la disposición de los asientos dentro del aula, donde los bancos individuales y la ubicación cercana al profesor demuestran mayor efectividad; esta técnica es implementada en el colegio y en todos los casos de integración del alumnado, ubicados en la primer fila del aula y en algunos casos hasta en el mismo banco de la docente. Es primordial la adaptación de las tareas referenciando el contenido para un niño un 30% más joven de edad, lo que se tiene en cuenta tanto en las lecturas, actividades a realizar y también en las evaluaciones de las asignaturas dadas. Si bien no se tiene consideración extra y todos los errores son puntuados, la adaptación del contenido se realiza en conjunto entre el personal docente y la vicedirectora, quien aprueba o realiza

recomendaciones para que la calidad del aprendizaje siga siendo favorable. Para que esto brinde mayor efectividad, se emplean así mismo tiempos concretos para el cumplimiento de las tareas.

Bowlby recomienda también que aquellas actividades más complejas o que requieran de un mayor nivel de autocontrol, debieran dictarse por la mañana para evitar el grado de distracción y fatiga que se van generando a lo largo del día. Al ser un colegio de doble jornada, éste es un punto que resulta dificultoso, ya que las materias en español se brindan en horario temprano, pero luego del descanso para el almuerzo se cuenta con una gran carga horaria de idioma inglés. De todos modos, además de las maestras integradoras de cada alumno que requiera integración, las maestras de grado que dictan este idioma cuentan con una auxiliar que ayuda en lo posible con todos los alumnos.

En la institución uno de los objetivos principales es favorecer la integración e inclusión, por lo que cada caso particular cuenta con atención y adaptación necesaria para que esto pueda llevarse a cabo. Es de este modo que las estrategias utilizadas son constantemente supervisadas y renovadas, y que los refuerzos son tenidos en cuenta para mejorar la motivación del alumno. Los refuerzos son esenciales según Bowlby (2002): los positivos fueron observados en el constante reconocimiento al finalizarse alguna tarea de manera satisfactoria, así como también en cuanto a las conductas esperadas. Cuando sucede lo contrario, se implementa el refuerzo negativo en donde se quita la atención que el alumno pretende, se lo castiga enviándolo fuera del salón o a sala de dirección, se lo priva de actividades que la escuela realice como viajes, excursiones, campamentos.

La gran mayoría de estos aspectos lograron ser puestos en práctica dentro del colegio, pero es necesario destacar que fue posible gracias a la presencia del EOE, ya que en la gran mayoría de colegios no existe la posibilidad de contar con psicólogos ni psicopedagogos que atiendan casos de integración de ésta índole, así como tampoco realizar seguimientos de todo el alumnado sea cual fueren sus dificultades.

Se debe recalcar que la mayor evolución que tuvo L se produjo al comenzar el tratamiento psicofarmacológico cuando empezó a tomar Ritalina y Risperidona aconsejados para su trastorno de TDAH. Es excluyente y complejo decir que los fármacos fueron la principal causa de mejora observable de L, pero al menos es acertado mencionar que sucedió al tiempo en que comenzó a tomarlos. Barkley (2002) describe cómo la administración de los estimulantes en niños con este trastorno genera una modificación favorable tanto a nivel conductual, trabajo escolar y adaptación social. De hecho, los cambios funcionan entre un 50 y 95% de los casos al incrementar el nivel de serotonina, sustancia química presente de forma natural en el cerebro, pero que en el TDAH se encuentra desregularizada.

Dentro de las mejoras que se mencionaron en el párrafo anterior, se observa actualmente una reducción de la intranquilidad de L dentro del aula. Ya no se mueve frecuentemente en el asiento, no hace mucho ruido ni deambula ni corre mientras se dicta la clase. Su nivel de agresividad para con los compañeros y maestras es básicamente nulo, teniendo en cuenta también aquellas conductas que realizaba de esta índole acerca de la temática de la muerte; es por esto que la calidad en cuanto su interacción social ha mejorado notablemente. Gracias a su mejoría en cuanto al control de los impulsos, es capaz de obedecer, mantener el cumplimiento de las normas a lo largo del tiempo y mejorar sus tiempos de reacción, lo cual influye a su vez en la mejora de su memoria a corto plazo. Todas estas características son mencionadas por Barkley (2002) como consecuencias positivas de los efectos de los estimulantes, y en este caso pueden ser claramente observables.

El tema de la muerte nunca fue evitado dentro de la institución, pero principalmente en el curso de L fue tratado de manera particular e insistió a que los chicos puedan despejar todas las dudas que tenían al respecto. Fue de gran ayuda ya que, además de brindarle un contexto de contención al niño, favoreció al disminuir la incertidumbre del resto ante las actitudes de L referentes de la temática. Miret Rial (2016) destaca la importancia de este aspecto justificando que los niños se encuentran en una etapa de desarrollo y aprendizaje, tanto en el colegio como en experiencias de vida. Brindar la información necesaria de la muerte y lo que implica disminuye las probabilidades de generarse inseguridad, ansiedad y miedos.

6. Conclusión

En el presente trabajo se analizó el abordaje psicoeducativo de un Equipo de Orientación Escolar en base a un niño de 10 años, el cual se encontró transitando un proceso de duelo y al mismo tiempo diagnosticado con TDAH. La modalidad de doble jornada del colegio, con carga importante del idioma

inglés y materias católicas implicaron un esfuerzo aún mayor, el cual generó dificultades para mantenerse dentro del mismo nivel de los compañeros de grado.

Sus dificultades variaron tanto en entorno cognitivo (problemas de atención, aprendizaje y desempeño académico), afectivo (retraimiento, síntomas depresivos) y de interacción social (agresividad, rechazo, aislamiento).

El duelo en términos generales puede involucrar tanto la separación o la muerte de una persona amada, y en ambos casos la perspectiva es diferente: la muerte implica universalidad, irreversibilidad, imposibilidad de reencuentro, mientras que una separación física no elimina la posibilidad de generarse un reencuentro (Meza Dávalos, et al., 2008). El duelo se torna patológico cuando se produce una incapacidad de expresión en la necesidad de recuperar a la persona fallecida y la ira por la pérdida, generando una represión. En base a esto, los sentimientos y comportamientos son influenciados por estas variables, produciendo trastornos en el carácter y enfermedades neuróticas (Bowlby, 1995).

UNICEF (2010) al mismo tiempo plantea que un tipo de duelo, llamado duelo especial, se produce cuando la pérdida no es generada por un distanciamiento, una enfermedad o un accidente, sino por ejemplo con un suicidio. Este hecho se genera intencionalmente y los sentimientos a consecuencia son más amenazantes en base a que el suceso es más difícil de comprender y tiene tendencia a negarse o distorsionar la comprensión del mismo. En el caso de L al haber sucedido de este modo tornó la situación aún más compleja repercutiendo tanto en el ámbito académico como así en el social.

Es interesante recalcar que los síntomas de la última categoría para el diagnóstico del trastorno de estrés post-traumático postulados por la APA (2013) (síntomas relacionados a la exaltación y reactividad), en el cual se incluye el duelo en niños menores a seis años, forman también parte de las características propias del TDAH. Por ejemplo, el tener comportamiento irritable, ataques de ira, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y trastornos del sueño: todas estas características se encontraban presentes en L, el cual también fue diagnosticado por TDAH, lo que pone en duda si estas actitudes son propias de alguno de los dos diagnósticos o simplemente una influencia de ambos al mismo tiempo.

El alumno fue tratado por diversas intervenciones. Al comenzarse a notar dificultades en el comportamiento y el aprendizaje a temprana edad, empezó a asistir a al psicopedagogo, fonoaudiólogo y psicólogo exteriormente al colegio; dentro de éste, la psicopedagoga y la psicóloga dedicadas a trabajar en primaria, realizaron un seguimiento particular acerca de sus dificultades y comportamientos, teniendo en cuenta al mismo tiempo aspectos y datos brindados tanto por los padres, sus maestros e inclusive los profesionales externos que tratan a L. El equipo de orientación escolar es un grupo multidisciplinario compuesto por profesionales de distintas áreas: fonoaudiología, psicología, dirección escolar, cuerpo docente y cualquier otro que sea solicitado y/o requerido por el equipo (Rief, 2008). Al estar conformado por especialistas de diversas áreas, se brinda una posibilidad de encuadre mucho más amplia al leer los datos acerca de L. Rief (2008) explica la manera en que la evaluación constante es fundamental para luego poder prestar los servicios necesarios para ayudar en el caso. Dentro de la evaluación psicoeducativa se tiene en cuenta la observación del niño, registros e historial escolar, la historia clínica en cuanto a problemas de salud y el desarrollo confeccionado con los padres, exámenes de la visión y la audición, administración de tests académicos, cognitivos, psicológicos y perceptivo-motrices, evaluación de la aptitud para el habla y el lenguaje y las habilidades motrices. El relevamiento de estos datos es lo que se incluye dentro del legajo de L, donde las evaluaciones de progreso en el aprendizaje se realizan cada principio de año con todos los alumnos, y además se seleccionan técnicas proyectivas y psicométricas que se requieran necesarias en cada caso particular.

En base a atender su evolución, se notó que la mejoría no había sido la esperada con el transcurso del tiempo en base a la gran cantidad de intervenciones y servicios a los que se atendió a L, y es en ese momento en que tanto los padres con la recomendación brindada por el equipo de orientación escolar deciden realizar una interconsulta con un psiquiatra especializado en TDAH. Barkley (2002) postula que el tratamiento farmacológico para este trastorno es uno de los más relevantes. Los estimulantes reducen notablemente la intranquilidad, la impulsividad, la actividad motora gruesa, alteración y a su vez mejoran la calidad de las interacciones, la obediencia y hasta la memoria a corto plazo. En pocas palabras, se observa una mejora tanto en la conducta, como en el trabajo escolar y en la adaptación social, entre un 50 y 95% de efectividad. Lo que proporcionan los estimulantes es el incremento de ciertas sustancias químicas que ya se encuentran de forma natural en el cerebro, pero desreguladas en

las personas que padecen TDAH. Los más utilizados son la d-anfetamina, el metilfenidato y la pemolina, aunque (en menor grado) se observa mejoría con el uso de antidepresivos y la clonidina.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, cabe mencionar que el tiempo pautado de la práctica y habilitación profesional dentro del colegio es relativamente poco; contando con más horas se podría haber realizado un estudio más profundo acerca del caso y recolectado más material de L. Por otro lado, la información familiar se resguardo en cuanto a mantener la privacidad, pero la cual hubiese ayudado a enmarcar aún más la situación del niño, como por ejemplo el tipo de vínculo que tiene tanto con el abuelo como el rol que cumple o no su madre.

De todos modos, considero que el trabajo puede llegar a ser de mucha utilidad tanto para aquellas personas interesadas en el estudio del duelo infantil y el TDAH, profesionales, así como también a padres y familias que busquen informarse en estas temáticas y en posibilidades de estrategias de afrontamiento.

El caso de L es complejo e involucra distintas variables, lo cual trabajarlo con más tiempo para ahondar en mayores detalles sería importante para abordar el tema, pero sin embargo fue notable su mejoría tanto conductualmente, en base a su interacción social, aprendizaje y autoestima. Sería interesante estudiar el abordaje de estas temáticas en las distintas ramas de la psicología (como por ejemplo, cognitivo-conductual, psicoanálisis, sistémica) en base a que cada una de ellas posee paradigmas y supuestos diferentes, así como también estrategias y modelos para interpretar y tratar los conflictos. De este modo se podría encontrar un modelo que se ajuste a las características del niño, pero sin dejar de recibir atención multidisciplinaria como lo hizo hasta el momento.

Sin dudas el trabajo realizado por el equipo de orientación escolar dentro del colegio permite mejorar la calidad de aprendizaje y también de interacción de los alumnos. Haber realizado la práctica profesional dentro de la institución me generó poder visualizar el contraste entre las escuelas promedio que no poseen el servicio del grupo de profesionales (psicólogos y psicopedagogos) que atiendan a cuestiones que puedan llegar a ser fundamentales, dada la etapa de desarrollo y crecimiento que los niños vivencian en la edad escolar. Con esto hago referencia tanto a problemas de aprendizaje así como también de índole emocional, inclusive refiriendo a cuestiones que tal vez dentro del ámbito familiar no son detectadas. En el caso específico de L, el seguimiento demuestra su avance positivo gracias a la ayuda de las distintas terapias a las que asiste, y al constante apoyo por parte del EOE para favorecer su evolución e integración. Aquel niño callado, agresivo, solitario, hiperactivo y desatento pudo mejorar estas cuestiones que entorpecían tanto su calidad de aprendizaje como su calidad de vida en general; hoy se lo observa menos ansioso, respetando turnos y cumpliendo las tareas, capaz de mantener conversaciones amenas con los demás, y lo que es más importante, no se lo ve triste ni reprochándose constantemente. Sus habilidades en matemáticas y literatura mejoraron, alcanzando un poco más el nivel de los compañeros del aula, y es donde el trabajo de los psicopedagogos influyó favorablemente.

7. Referencia bibliográfica

Alemán Méndez, A. (2016). Sobre duelo infantil y familia. *Haurdanik*. Recuperado de <http://centrodocumental.avaim.org/haurdanik->

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barkley, R. A. (2002). *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.

Bauermeister, J. (s/f), *El déficit atencional, nuestros niños, y la autoestima: ¿qué podemos hacer?*. Recuperado de <http://www.tdah.com.ar/articulo-06.html>

Boneta Osorio, V. B. (2013). *Como pienso soy: tratamiento para niños con dificultades de atención e impulsividad*. S. A.: Desclée De Brouwer.

Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1995). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.

Dolto, F. (1981). Morimos porque vivimos. *¿Niños agresivos o niños agredidos?* (pp. 109-114). Barcelona: Paidós.

Frank De Verthelyi, R. (1999). *Nuevos temas en evaluación Psicológica*. Buenos Aires: Lugar Editorial S. A.

Gamo Medina, E. & Pazos Pezzi, P (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 29(104), 459-460. doi: 10.4321/S0211-57352009000200011

Hinojo Lucena, F. J., Cáceres Reche, M. P., Aznar Díaz, I. (2007). TDAH y Educación: hacia una visión holística y comprensiva de su evaluación y tratamiento. *El Guiniguada*, (16), 145-172. Recuperado de http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/5718/1/0235347_00015_0011.pdf

- Korzeniowsk, C., Ison, M. S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Psicología*, 17(1), 65-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921796006.pdf>
- Kübler-Ross, E. (1997). *On children and death*. New York: Scribner.
- López Soler, C. & Romero Medina, A. (2014). *TDAH y trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Lozano Cortés, L. M. & Chaskel, R. (2009). El diagnóstico y manejo del duelo en niños y adolescentes en la práctica pediátrica. Reconocimiento y manejo. *CAPP*, 8(3), 19-32. Recuperado de https://scp.com.co/precop-old/precop_files/modulo_8_vin_3/Dx_y_manejo_duelo_ninos.pdf
- Mazaira, J. & Gago, A. (1999). Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 19(71), 407-418. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15656/15515>
- Meza Dávalos, E. G., García, S., Torres Gómez, A., Castillo, L., Sauri Suárez, S. & Martínez Silva, B. (2008). El proceso del duelo: un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>
- Miret Rial, A. (2016). Cómo afrontar la muerte y el duelo en los centros escolares. *Haurdanik*, 28, 8-11. Recuperado de <http://centrodocumental.avaim.org/haurdanik-28>
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- New York Life Foundation (2009). Después que muere un ser querido: cómo enfrentan el duelo los niños 2016. Recuperado de <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-44>

- policy/aap-health-initiatives/Children-and-Disasters/Documents/After-a-Loved-One-Dies-Spanish.pdf
- Orjales Villar, I. (2012). *TDAH: elegir colegio, afrontar los deberes y prevenir el fracaso escolar*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez Trenado, M. (2010). Duelo: proceso individual, proceso familiar, proceso social 2016. Recuperado de <http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material%20Duelo-magdalena.pdf>
- Presentación Herrero, M. J., Siegenthaler Hierro, R., Jara Jiménez, P. & Casas, A. M. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22 (4), 779-782. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3801.pdf>
- Rangel Araiza, J. F. (2014). El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía. *Salud Mental*, 37(1), 77-78. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2014.009
- Real Academia Española. *Diccionario Real Academia Española*. Recuperado el 15 de octubre de 2014 de <http://www.rae.es/recursos/diccionario/drae>
- Rief, S. F. (2008). *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad: técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez-Salinas Pérez, E., Navas García, M., González Rodríguez, P., Fominaya Gutiérrez, S. & Duelo Marcos, M. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8(4), 176-186. Recuperado de <http://www.pap.es/files/1116-598-pdf/623.pdf>
- Ubieto, J. R. (2014). *TDAH: hablar con el cuerpo*. Barcelona: Editorial UOC.
- UNICEF (2010). Manual para educadores y educadoras guías 2016. Recuperado de http://files.unicef.org/republicadominicana/Manual_para_Educadores.pdf 45

Villanueva Suárez, C., García Sanz, J. (2000). Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiatría Pública*, 12(3), 219-228. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/psiquiatra-publica/vol-12-n-3/219-especificidad-del-duelo-en-la-infancia.pdf>

Yoffe, L. (2003). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate*, 3, 127-158. doi: 10.18682/pd.v3i0.507