



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
División de Estudios Profesionales

**EL PROCESO DEL PSICODIAGNÓSTICO  
CLÍNICO E INTERVENCIÓN  
PSICOTERAPÉUTICA EN NIÑOS**

**INFORME PROFESIONAL DEL SERVICIO SOCIAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**EMMA DANIELA ACUÑA MUÑOZ**

**DIRECTORA: MTRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA**

**REVISORA: MTRA. WENDY DE LAS MERCEDES LARA  
OLGUIN**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



*"No puedo pensar en ninguna necesidad en la infancia tan fuerte como la necesidad de la protección de un padre." (Sigmund Freud)*

*"Es en el juego y sólo en el juego, que el niño o el adulto como individuos son capaces de ser creativos y de usar el total de su personalidad, y sólo al ser creativo el individuo se descubre a sí mismo." (Donald Winnicott)*

*"La imaginación es más importante que el conocimiento. El conocimiento es limitado, la imaginación rodea el mundo" (Albert Einstein)*

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mi mamá, que siempre está al pendiente de todo, que nunca niega su ayuda y atenciones a pesar de siempre tener muchas cosas que hacer; por siempre tener palabras de aliento y tus brazos dispuestos si necesito un abrazo, por siempre cuidarme y amarme, por las risas juntas, por tus enseñanzas y experiencias que me compartes.

A mi papá, que siempre me ha apoyado de forma incondicional, gracias por siempre cuidarnos y darnos lo mejor; porque nunca me niegas el tomar mis propias decisiones para hacer lo que me gusta, tener experiencias y crecer.

A mi hermana, Lu gracias por siempre estar ahí, a pesar de lo que pueda pasar; por todo lo que hemos vivido juntas y compartido, los juegos, las peleas, las tristezas, fiestas y confidencias. Porque nunca te olvidas de mí y siempre podemos aprender una de la otra.

A la Mtra. Eva, gracias por su infinita paciencia, por su guía y correcciones, por sus enseñanzas, tanto en la elaboración de este proyecto como en clase. Sin duda usted fue de las mejores profesoras que he tenido y que tuve durante mi recorrido en la facultad. Gracias por inspirarme y hacerme descubrir un camino dentro de la psicología que nunca hubiera imaginado que tomaría y que me gustaría tanto.

A Wendy, gracias por compartir tu espacio de trabajo y tus experiencias, por tu gran apoyo y guía, por tus enseñanzas y tu amistad. Gracias por siempre escuchar y por tus consejos. Aprendí mucho de ti y ha sido una gran experiencia y privilegio trabajar contigo.

Al Dr. Jorge Rogelio, por compartir su tiempo y hacerme practicar, por compartir sus conocimientos e igualmente ser uno de los mejores profesores que tuve dentro de la facultad.

A mis amigas que me acompañaron en este caminar universitario dentro de la facultad, Paty, Dióse y Fer, que ya sea que nos hayamos encontrado al inicio, a la mitad o al final de la carrera, han sido una parte valiosa para disfrutar este camino.

Gracias por las risas, las pláticas y sus consejos; porque cada una me ha enseñado y me ha hecho reflexionar. Gracias por compartir conmigo el amor a la psicología cada una a su manera.

A mis amigas, Jess, Sophie, Penny y Zuria, por echarme porras, por reírse conmigo de todo y nada. Por siempre "ponerme a prueba" en mis conocimientos cada vez que comparten sus dudas con un "A ver tú que eres psicóloga...". Gracias por todos los años de amistad, y todo lo que he compartido con cada una de ustedes.

A todos mis pacientes en el H.G Darío Fernández Fierro, porque trabajar ahí ha sido una gran experiencia, gracias por hacerme aprender y reflexionar sobre mis capacidades como psicóloga, e inspirarme a seguir aprendiendo y superarme.

A la Facultad de Psicología y a la Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad de prepararme dentro de sus puertas y brindarme toda una experiencia de vida.

## INDICE:

Resumen.....	1
1.- Datos generales del programa de servicio social.....	2
2.- Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio.....	2
3.- Objetivos del Informe de Servicio Social.....	4
4.- Soporte Teórico	
I.- Introducción.....	5
II.- La Psicología De Interconsulta Y Enlace En El Hospital Pediátrico.....	10
III.-La Entrevista.....	14
IV.- Evaluación Psicodiagnóstica.....	17
A. Técnicas Proyectivas.....	21
A.1. Técnicas De Apercepción Temática.....	24
A.2 Técnicas Proyectivas Graficas.....	28
B. Técnicas Psicométricas.....	33
V.- El Informe Psicológico.....	42
VI.- Entrevista de Devolución de Diagnóstico.....	46

VII.- Intervención Psicoterapéutica.....	49
A. Terapia Centrada en la Conducta Sintomática.....	51
B. Terapia de Corte Psicoanalítico.....	52
C. Introducción de los padres en el tratamiento.....	54
5.- Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.....	56
6.- Resultados Obtenidos.....	61
7.- Exposición de un caso que ejemplifica el proceso del.....	66
psicodiagnóstico clínico en niños dentro de la institución hospitalaria.	
7.1 Soporte teórico referente al caso.....	67
7.2 Ficha de Identificación e Historia Clínica .....	92
7.3 Pruebas Psicológicas Aplicadas.....	97
7.4 Integración Diagnóstica y Plan Terapéutico.....	107
7.5 Tratamiento.....	109
7.6 Conclusiones.....	113
8.- Aprendizaje Obtenido y Recomendaciones del Programa.....	115
de Servicio Social.	
9.- Bibliografía.....	118
ANEXO.....	121



**Resumen:**

El presente Informe Profesional de Servicio Social busca reflexionar sobre la importancia y los pasos a seguir en el proceso del psicodiagnóstico clínico para la posterior intervención psicoterapéutica en niños. También busca señalar las diferencias que existen en el trato de pacientes pediátricos al trato que se tiene con pacientes adultos. Para estos propósitos se presenta una descripción detallada de cómo se lleva a cabo un psicodiagnóstico clínico en niños, dentro un contexto de una institución hospitalaria, para su posterior tratamiento psicoterapéutico. Dicha descripción está basada en la comparación de la investigación bibliográfica sobre el tema, y la experiencia que tuve dentro del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro donde llevé a cabo el servicio social; y en donde la población atendida se centra en niños y adolescentes, de los cuales la mayoría de su población atendida se centra en una edad de entre 6 y 12 años.

También dentro de este escrito se describe en qué contexto se llevó a cabo el servicio social dentro del programa "Profesionalización del Psicólogo Clínico", y las actividades que se realizaron en el mismo.

**Palabras clave:** servicio social, psicodiagnóstico infantil, intervención psicoterapéutica, hospital.

### **1.- Datos generales del programa de servicio social:**

El programa de "Profesionalización del Psicólogo Clínico" a cargo de la Mtra. Eva María Esparza Meza, se llevó a cabo en el Hospital Darío Fernández Fierro del ISSSTE, bajo la supervisión directa de la Mtra. Wendy Lara Olguín.

Como parte de los objetivos específicos del programa, se realiza una introducción, de manera directa a la práctica clínica con pacientes, con la finalidad de aplicar los conocimientos teóricos y prácticos en la realización de valoraciones psicológicas y entrevistas a pacientes tanto hospitalizados como pacientes de consulta externa. Tener un adecuado manejo de las herramientas que se emplean en una valoración de psicodiagnóstico, como son: la entrevista, aplicación y evaluación de pruebas psicométricas y proyectivas, elaboración de reportes psicológicos, etc.

Así como también la observación y participación en intervenciones psicoterapéuticas a través de técnicas como la psicoterapia breve, cognitivo-conductual, y la psicoterapia con orientación psicoanalítica.

### **2.- Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio:**

El Hospital General "Darío Fernández Fierro" pertenece al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a una población usuaria potencial de más de 517 mil derechohabientes, en donde se ofrecen 35 especialidades médicas y quirúrgicas; cuenta con 174 camas censables.

Dentro de los principales servicios de atención que ofrece el Hospital Darío Fernández se encuentran las áreas de ginecobstetricia, cirugía, pediatría y nefrología; en ésta última especialidad, el hospital es de los pocos que cuentan con un espacio especialmente adaptado para atención pediátrica. Todo esto, junto con sus actividades académicas y de investigación, son el motor más importante en su desarrollo.

El hospital sólo cuenta con un sector de atención psicológica, el cual se encuentra dentro del área de pediatría, orientado solamente a la atención de niños y adolescentes. La Mtra. Wendy Lara desde hace 12 años se ha dedicado a la atención, evaluación e intervención de niños y adolescentes referidos por otras especialidades del hospital y en ocasiones también referidos de otros hospitales o clínicas.

- Datos generales de la institución:

El Hospital General Darío Fernández como hospital perteneciente al ISSSTE tiene la misión de “contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia”. Su visión es la de “Posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo

perfil demográfico de la derechohabiente, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano" (ISSSTE, 2013).

### **3.- Objetivos del Informe de Servicio Social:**

El objetivo de este Informe Profesional de Servicio Social, es que mediante el desarrollo de una descripción profunda de cómo se lleva a cabo un psicodiagnóstico clínico en niños y adolescentes, dentro un contexto de una institución hospitalaria, para su posterior tratamiento terapéutico, pueda crearse un panorama más claro tanto de las funciones que tenemos los psicólogos en una institución de tipo hospitalario, como de la importancia del proceso del psicodiagnóstico.

De igual manera, el presente informe puede realizar la función de una guía introductoria para quienes estén interesados en realizar un trabajo enfocado a la psicoterapia con niños y adolescentes en el ambiente hospitalario.

#### **4.- Soporte Teórico:**

##### **I.- INTRODUCCIÓN**

La atención psicológica que realicé en mi servicio social dentro del Hospital estuvo focalizada en pacientes pediátricos, para los cuales el proceso de psicodiagnóstico y tratamiento es distinto al que se lleva a cabo con adultos. Fue muy importante para mí establecer esta diferencia ya que muchas veces nosotros, como psicólogos recién formados tampoco sabemos cómo se realiza este tipo de atención.

En los niños es indispensable tomar en consideración el punto de vista del desarrollo. El concepto de desarrollo puede entenderse desde el punto de vista de los patrones constitucionales y madurativos, los cuales incluyen tanto la disposición hereditaria (temperamento), como el ambiente en el que se desenvuelve el infante. La relación madre-hijo es la que va funcionar como mediadora de estos dos factores; es decir, que los resultados de comportamiento y personalidad no dependen solo de las características hereditarias ni del ambiente, sino también del tipo de interacción que se establezca entre el niño y su madre (Domene, 2009).

Esta relación madre-hijo ha sido estudiada y explicada por diversos teóricos como Bowlby, Winnicot, Melanie Klein, entre otros; así como por otras investigaciones recientes como la de Zeanah, Maminen & Lieberman (1993), o la de Tyson & Tyson (1990) en donde estos últimos, proponen un marco de referencia integrativo del desarrollo con la teoría de Piaget, en el que la personalidad es el resultado de

influencias de la maduración ambiental y experiencias personales, en un proceso progresivo marcado por cambios, los cuales requieren de integración y superación como preparación para un nuevo cambio hacia adelante.

Por lo tanto una de los aspectos que debemos tomar en cuenta en la diferencia entre el tratamiento del niño y el adulto, es el hecho de que el infante y/o adolescente, se encuentra en medio de un proceso de desarrollo; por lo que se deben contemplar las diferentes líneas de equilibrio o desequilibrio dependientes de cada etapa o fase del desarrollo de acuerdo a la edad y en todos los ámbitos, es decir, psicológico, psicosexual y psicosocial (Domene, 2009).

Así pues, al trabajar con niños es necesario considerar tanto los aspectos del nivel de desarrollo cognoscitivo como emocional de éstos; ya que el manejo de las emociones, el lenguaje y el nivel de introspección que tienen no es igual que al de un adulto, e incluso entre este mismo sector de población varía entre una edad y la otra (Johnson, Rasbury, & Siegel, 1995). Esta es una de las razones por las cuales se explica que en ocasiones, en el tratamiento del niño, el juego y la fantasía se vuelven un medio primordial para entablar un diálogo con él, y a su vez se transforman en una fuente de datos; ya que el juego y la fantasía son medios por los que se enlazan el mundo interno y externo del niño, es decir, que por medio de éstos el niño reescenifica sus conflictos y elabora su realidad (Domene, 2009).

Otro aspecto primordial que debe de tomarse en cuenta, es el hecho que los niños no son realmente los que solicitan la consulta, sino que éstos generalmente son

referidos por un adulto, ya sean los padres, maestros o pediatra; los cuales consideran que han observado alguna "anormalidad" o problema en la conducta del niño (Johnson, Rasbury, & Siegel, 1995).

En general, una de las razones más frecuentes para enviar al niño a una evaluación psicológica es por problemas de aprendizaje o escolares. En otras razones, a veces se encuentra el caso de que los padres no pueden controlar al hijo. Además se puede llegar a presentar la situación en la que los padres utilizan a sus hijos como un pretexto para pedir ayuda para sí mismos (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

Independientemente de la razón por la que se remita a consulta, el psicólogo debe de evaluar e identificar cuál es el problema antes de comenzar con cualquier tipo de tratamiento o psicoterapia. Para ello, no se debe olvidar que los niños se encuentran en un proceso de estructuración, lo que conlleva que los síntomas del niño casi siempre sean un reflejo del conflicto de y entre los padres; por lo que no es posible hacer una evaluación solo del niño y no valorar la situación familiar y su dinámica.

Por lo tanto, el trabajo del psicólogo se complica, ya que realmente no se puede trabajar con el niño sin involucrar al mismo tiempo a los padres; es así entonces que parte de la labor psicoterapéutica, una vez que se va a llevar a cabo el tratamiento, consiste en explicar a los padres que ellos representan un apoyo importante para el éxito terapéutico, es decir, que será necesario que se vean

involucrados y participen en el tratamiento de sus hijos (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999; Domene, 2009).

Como ya se mencionó, la valoración es un prerequisite esencial para la intervención, ya que por medio de ésta es como podremos determinar si el niño presenta o no algún tipo de psicopatología y los factores que contribuyen a ésta. Además, por medio de esta evaluación es posible establecer un plan de tratamiento y decidir cómo será la intervención terapéutica que se le brindará al pequeño, o si es necesario un manejo multidisciplinario.

Al realizar una evaluación psicológica (o psicodiagnóstico) se tiene que recurrir a diversas técnicas para obtener la información necesaria del niño y del problema que es el motivo de consulta. Una herramienta fundamental de intervención es la entrevista, la cual al inicio se realiza a los padres, con el fin de obtener información acerca de la naturaleza específica del problema, cuándo inició, cuáles son las circunstancias y/o situaciones en las que se presenta y/o que pudieran haberlo precipitado; así como también, cómo se ha manejado. Además, durante esta entrevista con los padres también se deben de recoger datos generales de la historia clínica del desarrollo e historia médica del niño, su relación con compañeros de la escuela y familia, y cualquier otro dato que pueda ser útil. Finalizada esta intervención con los padres, suele complementarse con otra entrevista con el niño, la cual puede a variar en su aplicación dependiendo de la situación del paciente; es decir, si es muy pequeño se puede desarrollar en un cuarto de juego, o si es más grande puede basarse más en la conversación; el fin es lograr interactuar con el niño para poder establecer un diálogo y observar



cualquier irregularidad, ya que lo importante es obtener información que complemente la solicitada a los padres, y ver la manera en como el niño percibe sus problemas (Johnson, Rasbury, & Siegel, 1995).

Después de la entrevista y también con ayuda de los datos obtenidos en ésta, se procede a la aplicación de pruebas tanto psicométricas como proyectivas u otros métodos de valoración para que nos ayuden a definir con más claridad los problemas del niño. Todos estos instrumentos, después de aplicados, requieren interpretarse desde el punto de vista de la situación dinámica en la que el niño se encuentra inmerso. Para hacer una interpretación adecuada de los mismos, el psicólogo requiere estar familiarizado con el manejo e interpretación de los instrumentos, así como las teorías y principios en los que se basan.

Una vez concluida la utilización de las diversas técnicas de las que se dispone para la evaluación y recolección de datos, es tarea del psicólogo realizar una integración de dicha información para llegar a una "comprensión" objetiva del problema del niño y entonces poder determinar acciones enfocadas a la terapéutica. Si se llegara a presentar dentro de esta información contradicciones, se tendrán que entender en lugar de simplemente desecharlas. Es así como después del análisis de la información y los datos obtenidos se proponen conclusiones para poder establecer un diagnóstico, el cual se devolverá a los padres o a la escuela o a los médicos que lo remiten al servicio psicológico. No se debe de perder de vista en este momento, la forma en cómo se comunicarán y darán a conocer estas conclusiones (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

La intención de todo este proceso es llegar a un diagnóstico que permita considerar cuáles son las perspectivas de tratamiento que ayuden a que el niño se libere de sus síntomas y problemática sin necesidad de estigmatizarlo.

## II.- LA PSICOLOGÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO:

La inclusión de psicólogos en el ámbito hospitalario se debe en gran medida a la concepción de salud y enfermedad que ha incorporado progresivamente la dimensión biológica, psicológica y social. La definición enunciada por la OMS dictamina que *"Salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o incapacidad"* (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Es así que en relación a estos cambios de percepción en cuanto a la salud se refiere, las instituciones de salud pública, hoy brindan prestaciones para la atención de los aspectos emocionales y sociales de los pacientes.

La interconsulta médico-psicológica resalta la dimensión biopsicosocial de los procesos de salud y enfermedad. En el ámbito de la pediatría, la influencia del medio familiar y los vínculos primarios sobre el devenir de la salud del niño es innegable.

El término de interconsulta se refiere a la labor que el profesional de salud mental encara en la asistencia con el paciente y su familia en torno a problemáticas detectadas en el ámbito de la clínica médica por el pediatra (Farberman, 2010).

La asistencia clínica del paciente y su familia involucra tareas de diagnóstico diferencial en enfermedades psicosomáticas, apoyo y/o tratamiento psicoterapéutico de trastornos psicopatológicos y sostén emocional del paciente, sus padres y hermanos.

La psicología de enlace enfatiza la cooperación y coherencia entre los distintos especialistas que se ocupan de un mismo paciente. Las instituciones de tipo hospitalario favorecen esta modalidad de trabajo ya que los diferentes especialistas a cargo de un paciente pueden hacer sus propias observaciones, opiniones y decisiones, las cuales se informan en una historia clínica única, y el contacto entre los miembros del personal esta facilitado por compartir el mismo espacio labora.

Farberman (2010) menciona que algunas de las características en el trabajo de interconsulta son:

- ✓ El psicólogo realiza la evaluación y tratamiento con los objetivos y herramientas propias de su especialidad, pero debe de poder transmitir con claridad sus hallazgos y conclusiones a los otros profesionales; para ello es necesario la utilización de un lenguaje claro, y en ocasiones sin utilizar la jerga específica de la disciplina.
- ✓ En ocasiones es necesario que el psicólogo conozca características de la patología orgánica padecida por los pacientes que atiende: la evolución esperable, las complicaciones que pueden aparecer y los cuidados que el paciente debe practicar. Estos conocimientos le permitirán contextualizar mejor las

referencias que el paciente haga de su enfermedad, juzgar su nivel de comprensión sobre el diagnóstico, supervisar la adherencia y anticiparse a la aparición de las dificultades.

- ✓ El psicólogo debe seguir la evolución del caso y realizar devoluciones periódicas tanto al paciente como a los médicos que solicitaron su intervención.

Dentro de algunas de las actividades que desarrolla el psicólogo en el trabajo de interconsulta y enlace se encuentran:

- La detección temprana y tratamiento de trastornos psiquiátricos o emocionales en niños y adolescentes afectados de enfermedades orgánicas. En ocasiones, la aparición de una enfermedad médica es la primera oportunidad que se le presenta al paciente para tratar problemas psicopatológicos pre-existentes.
- Diagnóstico diferencial en trastornos psicológicos manifestados con síntomas somáticos. La somatización es la expresión, a través de síntomas físicos de un malestar emocional. En niños esto es muy frecuente, ya que tienen menor capacidad que los adultos para traducir en palabras sus motivos de sufrimiento, angustia o preocupación. Sus capacidades cognitivas se encuentran aún en desarrollo, por lo que las herramientas para procesar y elaborar las emociones displacenteras son insuficientes.

Los cuadros psicósomáticos que predominan en la niñez y adolescencia constan de: dolores gástricos, cefaleas, y síntomas pseudoneurológicos. Por lo

general, se trata de síntomas de evolución errática, o que no guardan consistencia lógica en términos fisiológicos o anatómicos.

- El diagnóstico diferencial de síntomas somáticos de probable origen emocional en pacientes con una enfermedad orgánica. En estos casos el diagnóstico diferencial es más complicado, ya que es altamente probable que el camino de la somatización siga el modelo de los síntomas físicos experimentados con anterioridad a causa de la enfermedad orgánica.

Cuando un síntoma cambia su presentación en forma inexplicable, cuando se resuelve en forma inmediata al concedérsele al niño premios anhelados por él, cuando el paciente relata contenidos angustiosos que no guardan relación directa con la enfermedad o el tratamiento, podemos suponer en los síntomas una mayor probabilidad de etiología emocional.

- La evaluación psiquiátrica-psicológica de pacientes que serán sometidos a procedimientos terapéuticos de alta complejidad como trasplantes o cirugías complejas. Dicha evaluación comprende todas las variables psicosociales para predecir la adaptación del paciente a la intervención y el cumplimiento de los cuidados posteriores.
- La promoción del afrontamiento en enfermedades crónicas, abarca todas las acciones destinadas a mejorar el ajuste del paciente o de su familia a los cambios ocasionados por una enfermedad o de su tratamiento. Dentro de estas acciones se puede encontrar la elaboración de duelos. Duelo por la salud perdida, por los cambios que trae como consecuencia como por ejemplo el necesario abandono de algunas actividades que antes se realizaban, y por

saber que la enfermedad participará en la vida cotidiana de una forma definitiva.

- El psicólogo también ayuda a promover la adherencia a los tratamientos. Cuanto más pequeño es el niño mayor énfasis se pondrá en el trabajo con los padres para poder llevar a cabo este aspecto. Entre los siete y los doce años, podemos trabajar con el niño de manera más directa para lograr que tome gradualmente a su cargo algunos cuidados de su tratamiento.

Como podemos observar entonces, la labor en interconsulta es sin dudas la que el psicólogo ejerce de forma predominante dentro en un ámbito hospitalario. Y no podemos por lo tanto dejar de lado la riqueza que llega a aportar al paciente al brindarle una atención integral (Farberman, 2010).

### III.-LA ENTREVISTA:

La entrevista es una técnica de fundamental importancia para la exploración y el diagnóstico psicológico, permite indagar sobre diferentes áreas de la vida del paciente y el principal motivo de la consulta (Celener, Febbralo, & Rosenfeld, 2004).

El objetivo de la información obtenida a partir de ésta técnica es la construcción de hipótesis metapsicológicas acerca del entrevistado tales como el significado latente del síntoma o de la problemática que manifiesta.

Los conocimientos adquiridos del paciente a partir de la entrevista serán cotejados con los resultados que el mismo realice en cada una de las técnicas proyectivas seleccionada para efectuar el psicodiagnóstico a través de las recurrencias y convergencias. A partir del entrecruzamiento de información obtenido en todo este proceso el psicólogo podrá arribar a un diagnóstico, y a las recomendaciones y planeaciones del tratamiento pertinentes al caso.

Como en todo campo psicológico, en la entrevista se establece una relación, por la cual el psicólogo entrevistador no se quedará en una actitud pasiva, sino que interacciona con el entrevistado y lo estimula al diálogo.

En el psicodiagnóstico la técnica de entrevista que se usa es la de una entrevista semidirigida, la cual en el inicio, presentación, explicación del encuadre y solicitud de los datos personales del entrevistado se emplea una técnica dirigida; posteriormente cuando se han completado los datos y la entrevista pasa a un segundo momento se aplica la técnica un poco más libre, en la cual en ocasiones podemos ir redireccionando con la técnica dirigida para obtener información sobre las distintas áreas del entrevistado o paciente.

Es importante que en esta primera entrevista le preguntemos al paciente o entrevistado, si sabe que es un psicodiagnóstico, y en caso de que no sepa, explicarle de manera breve y clara, en que consiste y la forma en que se trabajará, esto contribuye a disminuir la ansiedad del paciente (Celener, Febbralo, & Rosenfeld, 2004).

En el tratamiento con niños, usualmente la primera entrevista se realiza solamente con los padres a los que se les hace todo el encuadre explicativo, y en donde es sumamente importante abordar todos los puntos de la historia de vida del niño:

- Estructura familiar
- Nivel y relación escolar
- Relaciones sociales
- Historia escolar y actividades extraescolares
- Historia de Salud-enfermedad
- Historia del embarazo, parto, lactancia, control de esfínteres, desarrollo del lenguaje, ect.

Posteriormente a la entrevista con los padres, se realiza la entrevista con el niño, sin la presencia de los padres, en donde también a él se le debe de aclarar y explicar, el motivo por el cual lo llevan, cual es el objetivo de lo que se va a trabajar y como se va a trabajar. Con niños muy pequeños o tímidos en ocasiones no es tan fácil establecer un diálogo verbal, por lo que es necesario valernos de técnicas como juegos libres para que el pequeño entre en confianza y así comenzar a establecer la relación que nos permitirá hacer la evaluación y en caso necesario posteriormente la intervención de tratamiento.

En este primer encuentro es más importante establecer un adecuado rapport con el niño, con la finalidad de disminuir su ansiedad y que pueda tener confianza en la figura del psicólogo para después poder aplicar los diversos instrumentos



psicológicos que nos permitan tener una mejor comprensión psicodinámica del problema o motivo de consulta.

Dentro de la institución en la que realicé el servicio social el proceso de entrevista se realiza de acuerdo con la información antes reseñada; no obstante, aunque se le(s) pida al (los) padre(s) que en el primer encuentro asista(n) solo(s), muchas veces hacen caso omiso a la indicación y asisten también con el pequeño, situación que puede dificultar el proceso de entrevista con el padre; ya que el niño puede llegar a interrumpir, sentirse atacado o expuesto por lo que se está hablando de él; o los padres no quieren abordar ciertos temas porque el niño está presente, estas son circunstancias que el psicólogo tiene que aprender a sortear, para llevar a cabo, de la mejor forma posible la entrevista.

#### IV.- EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA:

Podemos encontrarnos con el hecho de la interrogante de ¿Qué es o a qué se refiere una evaluación? La evaluación tradicional se basa en la existencia de constructos estables de personalidad que determinarán en mayor o menor grado la conducta del sujeto. Dicha conducta se interpreta como signo o manifestación de algunas características de personalidad interna.

Tomamos la definición que hace Fernandez-Ballesteros (1994) que indica que la evaluación tradicional *es un sistema de psicodiagnóstico realizado con base a tests psicométricos, proyectivos o subjetivos (entrevistas, escalas de autoapreciación, etc), a través de los cuales puede llegarse a describir, clasificar y,*

*en caso más extremo, explicar la conducta de un ser humano con base al análisis de su estructura de la personalidad, en la que se articulan características, rasgos, factores, necesidades, defensas y conflictos. Todas ellas tienen en común el hecho de ser construcciones internas (psicométricas, psicodinámicas, psiquiátricas), subyacentes en el sujeto, inobservables, y que le predisponen a la acción" (p.17)*

La razón por la cual hacemos una evaluación psicodiagnóstica, es simplemente que el diagnóstico es una de las condiciones indispensables para el éxito de la psicoterapia, ya que gracias a éste podemos dar pie a la otra condición que es la formulación de un plan de tratamiento adecuado; sin embargo, lo más importante es que mediante este proceso, podemos comprender mejor lo que sucede al paciente, sus angustias y temores.

El diagnóstico infantil debe efectuarse en dos terrenos: 1) en el niño en cuanto a los síntomas, el grado de gravedad de los mismos, el momento de la aparición y la evolución del trastorno, la personalidad actual, las formas de conducta y reacción comunes en diferentes situaciones. 2) Su familia y el medio general, es decir, la vida de la familia, la relación entre y con los padres y diversos miembros de la familia, el concepto y la actitud que se tiene del niño y de los trastornos que padece; la medida en la que el medio ha satisfecho y satisface las necesidades de desarrollo del niño (Reca, 1976).

Todo el proceso de psicodiagnóstico supone una intervención contextualizada en función de las condiciones y objetivos que lo determinan.

En el proceso de psicodiagnóstico hay una combinación de factores que interactúan entre sí de forma interdependiente y que se retroalimentan entre sí durante todo el proceso, estos factores son:

- Psicólogo: necesita de una formación teórica y metodológica básica para realizar tareas de evaluación. Debe conocer e integrar aportes de distintas teorías psicológicas de desarrollo, cognitivas, conductuales, psicoanalíticas, etc. Conformando así su marco conceptual teórico-práctico para operar en la situación diagnóstica.
- Sujeto: el proceso diagnóstico estará afectado por distintas variables fijas y situacionales de la persona a evaluar. El sexo, la edad, la lengua, la historia, el nivel sociocultural, el motivo de estudio, la disposición, etc., determinarán tiempos y procedimientos del mismo.
- Instrumentos: no con todos los pacientes y en todos los casos se emplearán las mismas pruebas e instrumentos. Estos dependerán de lo que se pretenda evaluar, el motivo de consulta y los datos obtenidos en la entrevista inicial. Además, en la selección de los instrumentos utilizados, tomamos en cuenta razones prácticas, como la edad del evaluado, así como el tiempo disponible, esto es especialmente importante en la institución hospitalaria, donde se dispone de un periodo reducido para integrar el psicodiagnóstico.
- Relación psicólogo-paciente: la interacción entre el psicólogo, la persona y la aplicación de las técnicas de evaluación configura un proceso diagnóstico con un encuadre de trabajo específico, cuyo objetivo general es el conocimiento y comprensión de esa persona.

- Institución: cada institución también incide en el quehacer psicodiagnóstico. La institución donde realice el servicio social, el profesional tiene más flexibilidad para acordar el encuadre de trabajo, o bien éste puede estar semipautado, debiéndose ajustar a ciertas normas (Cattaneo, 2005).

Los tiempos reducidos y la demanda del servicio en la institución hospitalaria, son aspectos que afectan el proceso de psicodiagnóstico y el modo de evaluación.

Podríamos decir que existen dos procedimientos básicos para obtener información sobre la personalidad de los evaluados: el método psicométrico y el método proyectivo.

La utilización de pruebas psicológicas ya sean proyectivas o psicométricas se basa en cuatro hipótesis básicas:

1. Las pruebas representan una manera de asegurar una muestra de la conducta del individuo.
2. Las respuestas que el sujeto da a una prueba son el resultado final de los procesos de pensamiento que estimularon los reactivos de dicha prueba. Estos productos son indicadores de la manera en que se seleccionan y organizan los estímulos internos y externos.
3. La interpretación necesita hacerse dentro del contexto en el que aparecen las respuestas.
4. Se necesita una batería de pruebas para obtener una buena representación de las muchas dimensiones del funcionamiento del Yo; ninguna prueba

psicológica es por sí sola, capaz de abarcar todos los distintos niveles de funcionamiento psíquico.

La evaluación correcta y fin del psicodiagnóstico no solo consiste en un rótulo o etiqueta diagnóstica, sino que fundamentalmente debe explicar todos los síntomas y tendencias principales del paciente, debe relacionarlos entre sí y dar cuenta tanto de los puntos débiles como fuertes de la persona (De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

Dentro del psicodiagnóstico infantil realizado en la institución hospitalaria, se emplean diversas técnicas o test, tanto proyectivas como psicométricos, de acuerdo a su funcionalidad y fácil manejo, algunos de los más empleados dentro de este ámbito hospitalario son los descritos a continuación.

#### A. Técnicas Proyectivas:

Anzieu (citado en De Santiago, Fernández & Guerra, 1999) define las técnicas proyectivas como *“El método que consiste en presentar al sujeto material que esté lo menos estructurado posible, pidiéndole que lo organice a su manera, lo cual no puede hacer sin revelar, sin proyectar sobre él, la estructura de su propia personalidad”* (p22).

Las técnicas proyectivas proveen rico material de información tanto para entender la situación del paciente como para el planteamiento del proceso psicoterapéutico.

Contribuyen en gran medida a establecer la estructura de la personalidad y la dinámica del problema (Reca, 1976).

Para la correcta utilización e interpretación de las técnicas proyectivas, se deben tener claros tres conceptos básicos que son:

- **Proyección:**

La proyección para el psicoanálisis, constituye un mecanismo de defensa inconsciente en el que la persona atribuye a otros un rasgo o deseo propio que le resulta inaceptable admitir.

Es innegable que la proyección como mecanismo de defensa tiene la función de resolver un conflicto afectivo. Sin embargo, es posible observar que este mecanismo aparece aun en casos donde no existe un conflicto; en éstos el proceso aparece como la proyección hacia el exterior de percepciones internas (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

Las técnicas proyectivas favorecen igualmente la expresión de mecanismos mentales de todo tipo, poniendo de manifiesto hechos importantes acerca del Yo y de la dinámica de personalidad global. Por lo que se entiende a la proyección más como una expresión de la personalidad del examinado (De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

- **Apercepción:**

Consiste en que la percepción del mundo exterior depende de los recuerdos personales, remotos o no, consciente o inconscientes, y del nivel de ansiedad

actual del sujeto. Se trata por lo tanto de una percepción modificada por las necesidades y la experiencia interior de la persona.

Entonces, por medio del proceso de apercepción, la percepción "objetiva" del estímulo físico o nueva experiencia es asimilada y transformado por el residuo de la experiencia pasada de la persona y forma una nueva totalidad (De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

- Identificación:

Laplanche y Pontalis, (citado en Esquivel, Heredia, & Lucio 1999), lo definen como un proceso psicológico mediante el cual el sujeto asimila un aspecto, una propiedad, o atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste. Así, la personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.

Los autores refieren que para Freud la identificación se refiere a los procesos normales del desarrollo, mediante los cuales el niño moldea su personalidad según la imagen de los padres y otras figuras importantes en su ambiente. Es especialmente importante para el desarrollo de la conciencia, la internalización de valores y normas sociales, así como para la adopción de una identidad de conductas sexuales masculinas o femeninas.

Así pues es un proceso donde se internalizan las características de objetos que, una vez integrados a la personalidad proporcionan al individuo calidades formales y atributos, actitudes y valores individuales y colectivos.

El diagnóstico psicoanalítico tiene un objeto específico: el diagnóstico de los estados del Yo, de sus defensas y sus capacidades adaptativas. La concepción de Yo que se toma en cuenta, es la de un Yo receptor de estímulos externos, ejecutor de intenciones y una entidad con cierta autonomía de las motivaciones inconscientes. Como receptor, puede eludir, invocar, deformar o seleccionar los estímulos externos. Como ejecutor, puede servir sin demora a los impulsos inconscientes, resistirlos o postergar su descarga pensando primero en la mejor forma de resolver la situación. Como agente autónomo posee su propia fuente de energía, sus objetivos, formas de pensar y patrones mentales propios (De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

Entonces, las manifestaciones de los modos característicos de recepción y ejecución, como el grado de autonomía de los procesos mentales conscientes son explorados por los tests proyectivos.

Las técnicas proyectivas, a su vez están clasificadas en distintos tipos dependiendo del material que se utiliza para su aplicación.

#### A.1. Técnicas De Apercepción Temática:

Estas técnicas se denominan temáticas ya que a través del estímulo visual se intenta que el examinado aborde diferentes situaciones en función de sus experiencias anteriores.

Las características de los estímulos facilitarán la proyección de instintos agresivos o de un estado de ánimo bajo, según sea el caso. Esto quiere decir que parte de la respuesta se encuentra determinada por el estímulo.



Son técnicas que se caracterizan por ser instrumentos estandarizados. Las historias que se narran ofrecen un contenido manifiesto, que son las representaciones que sugiere la imagen presentada, los temas propuestos y el lenguaje utilizado en la narración; pero además encontramos un contenido latente, cuyo análisis permite la comprensión dinámica de construcciones imaginarias, en términos de fantasías, mecanismos de defensa y conflictos básicos (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

❖ Prueba De Apercepción Temática Para Niños (CAT):

La prueba del CAT tiene como antecedente la prueba de apercepción temática TAT descrita originalmente por Morgan y Murray, quienes se basaron en el concepto de apercepción y su definición de proyección, incluye lo que denomina "elementos figurativos", los cuales son las tendencias y cualidades que caracterizan las figuras de los pensamientos del sujeto e interactúan en sus fantasías. Se trata de imágenes de objetos importantes que evocan a los objetos internos con los que se ha relacionado la persona tales como, los padres, hermanos, amigos, enemigos, etc. Al narrar una historia fantaseada sobre la escena de cada una de las láminas atribuye elementos constitutivos de sí mismo a un personaje.

El CAT consta de 10 láminas, en las cuales se plasmaron estímulos diseñados para que los niños a través de sus relatos, pudieran reflejar problemas transitorios

que se manifiestan en las etapas del desarrollo temprano y donde pueden aparecer las fases de socialización e interiorización del superyó.

Se utiliza figuras de animales pensado en la identificación que se da en el niño pequeño con éstos, bajo los siguientes argumentos:

- Los animales tienen un papel importante en relación con las fobias y fantasías infantiles
- El conocimiento temprano que tienen los niños con los animales a través del contacto de convivencia en casa con ellos, o por medio de los cuentos infantiles que los adultos le transmiten.
- La frecuencia con que los niños ofrecen respuestas de animales a las láminas del Rorschach.
- La identificación que hace el niño con una figura animal es más ambigua en cuanto al sexo y edad; y es capaz de asignar más libremente sentimientos e impulsos vividos como negativos a personajes que no son tan cercanos a su mundo real.

Al contar un cuento el niño se identifica con alguno de los personajes que aparece en la lámina, proyectando sus propias actitudes, sentimientos, necesidades y conflictos manifiestos o inconscientes.

En la interpretación se trata de investigar la manera en que se manifiesta esta identificación, en la relación que se da entre el comportamiento imaginario del "héroe" y el comportamiento del niño, tal como se observa en la entrevista y los

datos que proporcionan los padres (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999; Maladesky, 2004).

❖ Test de frases incompletas de Sacks:

El Test de Frases Incompletas se ha considerado como una variación del método de asociación de palabras. Se espera que el sujeto refleje sus propios deseos, apetencias, temores y actitudes en las frases que compone, pero en este test la producción del sujeto no depende tanto de la interpretación del estímulo, como de lo que puede y quiere escribir en la prueba.

El test cuenta con una versión para adultos y otra para niños, ambos constan de 60 frases; en la versión de niños la mayoría de las frases se encuentran redactadas en tercera persona, lo que permite al niño “poner fuera” sus sentimientos y actitudes, y por lo tanto, proyectar aspectos de su personalidad.

Las frases se formularon con el fin de obtener material clínico en 4 áreas representativas de la adaptación del sujeto (familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto), considerando que los reactivos incluidos en cada área ofrecerían suficientes oportunidades para que el examinado expresara sus actitudes, de tal manera que el examinador pudiera deducir cuales eran las tendencias dominantes de su personalidad.

En el Test de Frases Incompletas generalmente vamos a encontrar respuestas en estos tres niveles:

1. Simulación o buena impresión
2. Deseabilidad social
3. Proyección

El predominio de cualquiera de estos niveles nos dará los rasgos distintivos del sujeto, el contenido de las respuestas, en especial de las proyectivas, nos muestran núcleos de conflicto, la caracterología o patología, los mecanismos de defensa, la capacidad adaptativa, el nivel de madurez, la sintomatología.

La aplicación de la variante para niños se aplica de los 6 a los 13 años. Se le entrega la hoja de aplicación y se le da la consigna "Las frases que se te presentan a continuación están incompletas, tú tienes que completarlas con lo primero que venga a tu mente, sin demorarte demasiado en cada una", el evaluado puede escribir por sí solo la respuesta, o se puede leerle la frase y nosotros anotar la respuesta que proporcione el evaluado (Barragan, Brugmann, Montenegro, & Benavides, 1987).

#### A.2 Técnicas Proyectivas Graficas:

En estas técnicas la persona se enfrenta casi siempre a un estímulo particularmente neutro: una hoja de papel en blanco, y a una consigna concreta, aunque bastante ambigua (dibujar una persona, una casa, un árbol, una familia, etc). Así lo que debe de hacer es plasmar su estructura psíquica por medio de un dibujo concreto.

#### ❖ Test Del Dibujo De La Familia:

La importancia del grupo familiar consta principalmente en que es potenciadora del proceso de adaptación bio-psico-social; ya que es la que ayuda el recién nacido a su crecimiento y desarrollo personal, es causa de toda la educación no formal (escolar), y es fuente de validación e identidad. Pero precisamente por todo esto, la familia también puede ser un núcleo de conflicto, desadaptación, e incluso experiencias traumáticas.

Por lo tanto en un proceso de psicodiagnóstico no debe de saltarse el estudio de una estructura tan importante y de primer orden para cualquier ser humano (De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

El test de la familia nos permite entonces, explorar las dificultades de adaptación al medio familiar, los conflictos edípicos y rivalidad fraterna, el lugar que ocupa el niño y como se siente en relación a ésta. Evalúa como el niño percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia, la suyas propias con los mismos y como se incluye él en este sistema (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

La aplicación es realmente sencilla, se le da una hoja en blanco al niño de forma horizontal, un lápiz no muy duro y la indicación "Dibuja una familia como tú quieras". Cuando el niño ha completado la tarea, se debe proceder a una pequeña entrevista acerca del mismo dibujo, entrevista por medio de la cual podemos dar cuenta de manera más clara del mecanismo de identificación y proyección puesto en el dibujo, y las discrepancias que se puedan observar entre la familia real y lo

dibujado; así en esta prueba se manifiesta claramente la interrelación entre lo intelectual y lo afectivo (De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

Por otra parte, la prueba nos ofrece un amplio margen de interpretación en el plano gráfico, que toma en cuenta todos los elementos que implica la fuerza del trazo, amplitud, sector en el que se coloca el dibujo; así como también la forma de dibujar cada uno de los elementos de la familia, la exaltación, minusvaloración u omisión de alguno de ellos.

Es importante señalar que en toda interpretación que se realice de esta prueba se proceda con base en la historia del paciente y en relación con otras técnicas como la entrevista, y nunca interpretarse de manera a ciegas (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

#### ❖ Prueba Kinética del Dibujo de la Familia:

Es una versión modificada presentada por Burns y Kaufman (1972). La consigna que se utiliza es "Haz un dibujo de cada persona de tu familia, incluyéndote a ti mismo haciendo algo". Según los autores esta consigna les hizo comprobar cómo al solicitar una acción se ampliaban los aspectos dinámicos del clásico Test de la familia, permitiendo apreciar con mayor claridad los conflictos del niño en relación a su grupo familiar (Frank de Verthelyi, 1985).

En esta versión kinética del test de la familia lo que se pretende es poder observar y analizar cómo es introducida, por el paciente la idea de movimiento y cómo ésta

afecta a los diversos índices de contrastación de lo expresivo del examinado (De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

Para el análisis gráfico general del test se emplean los mismos criterios y pautas que en la aplicación original del test de la familia. Para los criterios más específicos propuestos por los autores en el Test kinético, se observan:

- Estilos, esto incluye:
  1. En compartimientos. Se refiere al grado de asilamiento del niño con respecto a su familia, que se manifiesta al dibujarlos con la inclusión de elementos divisores como rayas o cuadros.
  2. Presencia o ausencia de base para alguno de los personajes, o la totalidad de ellos, como indicador de inestabilidad familiar, ya sea porque las figuras están al aire o por la presencia de una base exagerada que mostraría sobrecompensación.
- Actividades: se refiere a las acciones que realizan los diversos miembros de la familia (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

❖ House-Tree-Person (HTP) (casa-árbol-persona):

La técnica de HTP (casa-árbol-persona) fue creada por J. N Buck con el fin de desarrollar una técnica que pudiera demostrar tanto la relación del sujeto consigo mismo, como con el ambiente.

El motivo por el cual el orden sea de casa-árbol-persona, es para que el sujeto vaya dibujando desde capas más profundas de su psique hacia capas más

superficiales. Los tres motivos en lo que se basa para fijarse en las grafías de estos tres dibujos es que:

- Son elementos familiares para toda la población
- Son conceptos que se adecuan a todos los grupos de edad
- Producen en el evaluado una comunicación más fluida y menos defensiva.

En general podemos decir que la casa simboliza la imagen del self (comprendiendo el yo y el ello), el árbol simboliza lo más inconsciente del individuo y la persona está relacionada con el yo consciente.

La aplicación de esta técnica se puede llevar a cabo de diferentes maneras, la "Clásica" consiste en que sea un gráfico por hoja; mientras que el HTP conjunto los tres gráficos se dibujan en la misma hoja. Las dos variantes llevan una pequeña entrevista de cada uno de los gráficos una vez que el paciente ha terminado de dibujarlos.

Con la variante del HTP conjunto existen las ventajas que se puede observar una perspectiva más global, se puede ver una interacción entre los tres elementos, y en que secuencia los realiza, y también ver distintos índices por el tamaño de las figuras una contra otra.

A esto le podemos agregar la parte del HTP temático, que consiste en que se le pide al evaluado que realice una historia con la casa, el árbol y la persona que ha dibujado. A partir del desarrollo de esta historia por parte del paciente, se podrá establecer una buena gama de asociaciones sobre temores y afectos. La temática aquí puede sustituir la entrevista.



En esta prueba también contamos con la interpretación propiamente gráfica de cada uno de los elementos, en forma general lo que se observa en los tres es el tamaño, fuerza del trazo, colocación de los elementos en la hoja y la relación que forman entre sí que realiza el conjunto.

De manera individual cada uno de los gráficos tiene elementos a analizar:

- Árbol: tronco, ramas, suelo, raíces, copa.
- Casa: puerta, paredes, techo, ventanas, línea de suelo, perspectiva y detalles.
- Persona: perspectiva, vestimenta, rasgos de la cara, extremidades.

(De Santiago, Fernández, & Guerra, 1999).

#### B. Técnicas Psicométricas:

Con estas técnicas o tests se intenta únicamente medir o verificar en términos cuantitativos el rendimiento actual o desarrollo actual de un sujeto en algunos factores parciales, y el margen de interpretación personal recae en el mínimo.

#### ❖ Test de Matrices Progresivas de (RAVEN)

Por su objetivo es un test de capacidad intelectual, está destinado a *“medir la capacidad intelectual para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos”* (Raven & Court, 1993).

Informa acerca de la capacidad del examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer un tiempo ilimitado.

Como material de prueba este test utiliza una serie de figuras abstractas (geométricas incompletas). Cada figura incompleta implica un patrón de pensamiento (incompleto). La serie completa integra una escala de matrices en orden de complejidad creciente, para determinar en la forma más completa posible los sistemas de pensamiento del desarrollo intelectual. El evaluado tiene que completar la serie eligiendo alguna de las opciones que se le presentan.

Su aplicación en un contexto de evaluación psicológica es de un primer examen de capacidad intelectual y como medio de examen del deterioro mental.

Las matrices progresivas escala general (Series A, B, C, D y E) consta de 60 problemas divididos en cinco series de 12 cada una. En cada serie, dentro de lo posible, el primer problema tiene una solución evidente. Las cinco series ofrecen cinco oportunidades de captar el método y cinco evaluaciones progresivas de la capacidad del examinado para la actividad intelectual. El test puede ser auto administrado, una vez que se le explica al sujeto claramente la tarea que debe realizar.

Las respuestas se anotarán en la hoja de respuestas, para calificar la prueba se utiliza una clave matriz de corrección que permite verificar las respuestas correctas, se atribuye un punto por cada respuesta correcta. Se calculan los puntajes parciales (de cada serie) y el puntaje total (suma de los parciales). Se

convierte la puntuación bruta a puntaje ponderado (percentil), buscando en la tabla de normas más adecuada a los datos del examinado. Finalmente, se convierte el percentil en rango, estableciendo así el diagnóstico de la capacidad intelectual del sujeto.

- Rango I. Intelectualmente superior: si su puntaje sobrepasa el percentil 95 para sujetos de su grupo de edad.
- Rango II. Definitamente superior al término medio: si su puntaje iguala o sobrepasa al percentil 75
- Rango III. Intelectualmente término medio: si su puntaje cae entre los percentiles 25 y 75.
- Rango IV. Definitivamente inferior al término medio: si su puntaje es igual o menor al percentil 25
- Rango V. Intelectualmente deficiente: si su puntaje es igual o menor que el percentil 5 (Raven & Court, 1993).

#### ❖ BENDER- Evaluación de la percepción visomotora

Al evaluar la percepción visomotora se puede conocer el nivel de madurez neurológica, y madurez de aprendizaje del niño, así como detectar si existe alguna alteración a nivel cerebral.

La ejecución de esta prueba involucra principalmente funciones de inteligencia que se consideran importantes para el aprendizaje de habilidades escolares. Las tres

funciones básicas de percepción visomotora que se relacionan con el desempeño escolar son:

1. La capacidad de percibir el dibujo como un todo limitado y la posibilidad de iniciar o detener una acción a voluntad. Dicha función interviene especialmente en la lectura, porque el alumno tiene que percibir y comprender el comienzo y el final de una página impresa.
2. La capacidad de percibir y copiar correctamente líneas y figuras en cuanto a orientación y forma, esto tiene que ver con la capacidad de escribir letras con todos sus ángulos y curvas, así como seguir una palabra escrita de izquierda a derecha.
3. La capacidad de integrar partes a una Gestalt. Esta función interviene en la posibilidad de formar palabras enteras con letras aisladas y comprender los conceptos aritméticos.

En niños con problemas de aprendizaje podemos observar que tanto la coordinación motora como la integración visomotriz se encuentran perturbadas.

Esta prueba se apoya en la teoría de la Gestalt, la cual se basa en el "todo" por consiguiente los estímulos que el organismo percibe los procesa y responde ante ellos de manera integrada, considerándose esta respuesta como una Gestalt.

También esta prueba nos permite evaluar algunos aspectos emocionales debido a que el organismo responde de manera integrada y la calidad del trazo, distribución de las figuras y el tamaño de las mismas pueden reflejar características emocionales de la persona.

La prueba consiste en nueve figuras geométricas en blanco y negro, impresa cada una en una tarjeta. La tarea que tiene el evaluado es copiar cada una de las figuras en el orden que se les van presentando en una hoja blanca.

La calificación se realiza de manera cuantitativa, con evaluación por el detalle pequeño de la reproducción de la figura, mediante puntuaciones que se convierten a normas estadísticas (Esquivel, Heredia, & Lucio, 1999).

#### ❖ Escala De Ansiedad Manifiesta En Niños (CMAS-R)

Según define Spilberg (1972) la ansiedad es una reacción emocional evocada cuando el individuo percibe una situación específica como amenazante, sin importar si existe algún peligro presente.

Es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel de naturaleza de ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años.

El niño responde a cada afirmación encerrando la respuesta SI/NO. La escala puede ser autoaplicada dándole previamente la consigna al niño, la cual viene también en la hoja de aplicación: "Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración, encierra en un círculo la palabra 'SI', si piensas que así eres, o encierra la palabra 'NO', si crees que no tiene que ver contigo"

Si el niño tiene dificultad para entender en lo que consiste la tarea o en leer las afirmaciones, el evaluador puede ayudarlo leyendo y encerrando la respuesta que dé el niño.

Las respuestas SI se cuentan para determinar la puntuación de Ansiedad Total. Además de la puntuación de Ansiedad Total, se califican 4 subescalas: Ansiedad Fisiológica, Inquietud/Hipersensibilidad, Preocupaciones Sociales/Concentración, y Mentira.

Debido a que los resultados se derivan de las respuestas afirmativas, una puntuación elevada indica un alto nivel de ansiedad o de mentira en esta subescala.

Esta prueba no debe ser utilizada como único determinante de la ansiedad del niño; ya que en casos raros, algunos niños obviamente ansiosos revelan poca o ninguna ansiedad en la prueba. Cuando ocurre esto es probable que el clínico no tome en cuenta la calificación en el CMAS-R como una estimación exacta de la ansiedad del niño. Las respuestas totales del niño a esta prueba pueden proporcionar otra información clínica útil para entender y ayudar al chico en cuestión.

De la escala se obtienen entonces 5 puntuaciones; la de Ansiedad Total se basa en 28 reactivos, los cuales a su vez están divididos en 3 de las subescalas, las de Ansiedad Fisiológica, Inquietud/Hipersensibilidad, y Preocupaciones Sociales/Concentración. Los 9 reactivos restantes son de la subescala de Mentira.

Las puntuaciones naturales entonces se obtienen por cada respuesta afirmativa de los reactivos correspondientes a cada subescala, esto se califica con la ayuda de una plantilla que identifica los reactivos de cada una.

Las puntuaciones naturales (PN) posteriormente se convierten con ayuda de tablas a puntuaciones escalares (PE) y percentiles.

Para la puntuación de ansiedad total, la PE es una puntuación estándar con una medida de 50 y una desviación estándar de 10. La Ansiedad Total: Puede variar de 0 a 28

Para las subescalas, las puntuaciones escalares tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3.

Se recomienda el uso de normas separadas por edad, grupo étnico y sexo.

Las subescalas de ansiedad brindan información sobre la naturaleza particular de la ansiedad en el evaluado.

- Ansiedad fisiológica: Calificación alta sugiere cierta clase de respuesta fisiológica que típicamente se experimenta durante la ansiedad.
- Inquietud/hipersensibilidad: Calificación alta puede sugerir que internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y por tanto puede agobiarse al tratar de liberar esta ansiedad.
- Preocupaciones sociales/concentración: Expresan preocupación acerca de la autocomparación con otras personas o expresan cierta dificultad en la concentración. Pueden pensar que no son tan buenos, efectivos o capaces

como otros. Calificación alta: pueden sentir algo de ansiedad por no ser capaces de vivir de acuerdo con las expectativas de otras personas significativas en su vida.

- Mentira: Calificación alta: necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social; sentimientos de aislamiento o rechazo social (Reynolds & Richmond, 1997).

❖ Cuestionario de conductas de Conners para padres:

Las "escalas de Conners" fueron diseñadas por C. Keith Conners en 1969. Aunque estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico, su uso se ha extendido al proceso de evaluación antes del tratamiento. Estas escalas se han convertido en un instrumento útil cuyo objetivo es detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida de padres y profesores. Pero su aplicación resulta útil no solo para detectar TDAH, sino también para recoger información de cómo los padres perciben a su hijo.

Las escalas de Conners cuentan con dos versiones (la original y la abreviada) tanto para la escala de padres como la de profesores. Ambas contienen 10 preguntas que se agrupan dando lugar al "Índice de hiperactividad", por ser precisamente uno de los que mejor describen las conductas prototípicas del niño/a hiperactivo.



La escala de Conners para padres contiene 93 preguntas reagrupadas en 8 factores:

- ✓ Alteraciones de conducta
- ✓ Ansiedad
- ✓ Inquietud-Impulsividad
- ✓ Inmadurez- problemas de aprendizaje
- ✓ Problemas Psicósomáticos
- ✓ Obsesión
- ✓ Conductas Antisociales
- ✓ Hiperactividad

Se debe contestar con una cruz valorando (nunca, a veces, con frecuencia, siempre) en qué grado el niño (a) presenta cada una de las conductas descritas.

La puntuación:

- Nada: 1 puntos
- A veces: 2 punto
- Con frecuencia: 3 puntos
- Siempre: 4 puntos

Se califica cada uno de los 8 factores con ayuda de una plantilla que así los agrupa, y se grafican los resultados, observando cuál de los factores sobresale a la media que es considerada en el T50, y una desviación estándar de 2 (Amador & Idiázabal, 2002).

#### V.- EL INFORME PSICOLÓGICO:

El informe escrito es una parte muy importante dentro de la evaluación psicológica, ya que no podemos decir que está completa esta evaluación hasta después de organizar, sintetizar e integrar la información obtenida. Por lo tanto la realización de un informe es una parte integral del proceso del psicodiagnóstico (Sattler & Hoge, 2008).

El informe escrito es un documento que certifica la labor del profesional. Los informes podrán ser diferentes en cuanto a la extensión, contenido, forma o lenguaje pero deberán responder al objetivo de la evaluación (Cattaneo, 2005).

Al formular y crear el informe, primero se debe considerar quienes serán los destinatarios principales del mismo. En la evaluación de niños es lógico que los resultados se deban de entregar a los padres y a su vez a la fuente de canalización, si es que hubo alguna. A los niños si tienen más de seis años, se les puede explicar los resultados de su evaluación con un lenguaje sencillo apropiado a su edad. Si los evaluados son adolescentes, se les explica del mismo modo.

Cuando la persona es enviada a evaluación por alguna institución, desde el comienzo del proceso se le debe informar que, además de a ella, el informe se dará a conocer en la fuente de canalización correspondiente (Aragón, 2011)

El informe psicológico debe describir adecuadamente los hallazgos de la evaluación, y debe de tener los siguientes elementos:

- Información de identificación: debe contener los datos personales del evaluado. Nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, grado escolar y la fecha de realización del informe; así como su número de afiliación/expediente si se trata de una institución en la que se está realizando la evaluación.
- Razón de la canalización: mencionar la razón de canalización ayuda a explicar porque se llevó a cabo la evaluación psicológica.
- Información de antecedentes: se incluye un breve resumen del material obtenido a partir de la entrevista con los padres y el niño.
- Instrumentos de evaluación: se deben de incluir los instrumentos empleados para la evaluación, que han sido previamente seleccionados de acuerdo al motivo de la evaluación. Hay que escribir el nombre completo de la prueba seguido de las siglas.
- Observaciones durante la evaluación: se describe la conducta del examinado durante la evaluación, así se da cierta objetividad al informe proporcionando datos acerca de lo que hizo el examinado y que provocó que se formaran ciertas impresiones específicas. Al escribir las observaciones hay que diferenciar entre las oraciones que meramente describen la conducta y las que la interpretan; resulta muchas veces útil incluir una oración descriptiva seguida de una oración que interpreta la conducta o viceversa. También hay que

prestar atención en que se debe describir solo la conducta presente y no la ausencia de. En este apartado también podemos describir la apariencia física del examinado, nivel de actividad, lenguaje, y estado de ánimo.

- Descripción, análisis e interpretación de resultados: una vez aplicadas y calificadas las pruebas elegidas se procede a la integración de los resultados, para llevar a cabo una impresión clínica y un diagnóstico.

Para lograr esto es necesario considerar todos los resultados y puntuaciones obtenidos de los instrumentos empleados, los datos de la entrevista, etc. obteniendo una configuración que nos permita captar la totalidad del sujeto para luego analizar los componentes específicos que ayuden a entender la problemática del evaluado, describiendo sus fortalezas y debilidades.

La organización de esta sección de resultados, puede realizarse prueba por prueba, aunque para lograr una integración que de una perspectiva más global y clara se puede realizar una organización que vaya dominio por dominio (intelectual, madurativa, afectiva, interpersonal y social, etc), o combinando ambos métodos. Así mismo para una óptima integración debemos de tomar en cuenta los temas y tendencias comunes que aparezcan en los resultados, puesto que estos son los que nos pueden señalar de manera más precisa en donde se presentan los conflictos del paciente, lo que nos ayuda en la redacción de dominio por dominio, ya que así no escribimos lo mismo de manera repetitiva.

Cuando se incluyan datos directos de algunos test como puntajes de CI, Bender, etc, estos deben ser explicados en su significación. Además hay que

tomar en cuenta que existen factores que pueden influir en el desempeño de la prueba como la concentración motivación, etc, así que debemos de poner en correlación la producción final de cada test con la dinámica personal para enfrentar algunos desafíos.

- Recomendaciones o conclusiones: las recomendaciones se tienen que basar en toda la información que se proporciona en el reporte. Se hacen sugerencias de intervención o tratamiento de acuerdo a la problemática identificada. Hay que tomar en cuenta que no es presentar una "cura" o poner una etiqueta, sino ofrecer un método flexible para las intervenciones.

Cuando se haga sugerencias que tengan que ver con otras personas, como los padres, es importante marcarlas desde un punto de vista de colaboración con ellos, en lugar de decirles que hacer.

- Firma: al final del reporte se debe de colocar los datos del evaluador, es decir, nombre, cédula profesional y firma (Aragon Borja, 2011; Cattaneo, 2005; Sattler & Hoge, 2008).

En resumen el propósito fundamental del informe es el del aumentar el conocimiento que se tiene sobre el paciente. Todo informe debe de contener dos categorías generales superpuestas: la descripción y la explicación. Los datos que se incluyan no deben de quedar aislados, sino relacionados entre sí en un todo coherente. La descripción resultara incompleta si no presenta conceptos explicativos (Cattaneo, 2005).

En la redacción del informe se debe de utilizar un lenguaje claro y sencillo para que se entiendan los resultados planteados en el mismo, no es conveniente etiquetar o emitir categorías diagnósticas que puedan producir angustia o aflicción, pues pueden tener un impacto negativo en la persona evaluada.

No solamente se debe de entregar el informe escrito, sino que en una sesión programada para tal fin, aparte de hacer entrega del reporte, se explica de manera verbal los resultados que se encontraron, así como las conclusiones y las sugerencias que se proponen para la toma de decisiones (Aragón, 2011).

#### VI.- ENTREVISTA DE DEVOLUCIÓN DE DIAGNÓSTICO:

Es la última parte de un proceso de psicodiagnóstico, en la cual se le comunica al paciente, y en el caso de los niños a sus padres, el resultado de toda la evaluación que se realizó.

Se entiende por devolución "*la comunicación verbal discriminada y dosificada que el psicólogo hace al paciente, padres y grupo familiar, de los resultados obtenidos en el psicodiagnóstico*" (Siquier & García, 1976) (p.392).

Se refiere a discriminada porque esta información debe apuntar a lo particular de un caso singular, evitando generalizaciones que dificulten la comprensión; y dosificada para no abrumar al entrevistado con exceso de información que no podrá asimilar.

La información debe ser dada en forma clara, tratando de proporcionar una descripción integrada del entrevistado y de lo que le pasa, a partir de las hipótesis que se construyen a lo largo del psicodiagnóstico (Rosenfeld, Aurutin, & Jordá, 2004).

Una buena devolución comienza desde un buen conocimiento del caso, lo cual proporciona una base firme para proceder con eficacia.

La importancia de usar un lenguaje claro evitando la utilización de terminología técnica, es para lograr una buena comunicación con los padres y paciente. De igual forma que es aconsejable comenzar por los aspectos que generan menos ansiedad, es decir los rasgos del paciente donde se muestra más sano o mejor adaptado, y terminar con aquella información que pueda resultar en mayor ansiedad, o lo que le causa mayor conflictiva al paciente (Siquier & García, 1976).

En el caso de la evaluación de niños la devolución se proporciona a los padres, ya que ellos han sido los que llevan a la consulta al hijo y los que se encuentran a cargo de éste. La comunicación con los padres es importante que se lleve a cabo de manera tal que cause cierto alivio y no más angustia o culpabilidad en ellos.

A su vez es importante que les reintegremos la imagen del niño, poniendo condiciones para que se tome conciencia de la identidad real del éste, y de los cambios que deben de aceptar en el mismo, en ellos y en el grupo familiar, en relación a como se percibía la funcionalidad del síntoma del niño para los padres (Siquier & García, 1976).

Cuando parte de la problemática del niño no es realmente un trastorno, sino parte de la problemática existente en otro miembro de la familia o en la dinámica familiar, uno de los objetivos de la devolución será el puntualizar en quien debe centrarse el tratamiento (Rosenfeld, Aurutín, & Jordá, 2004).

Una vez realizada la devolución a los padres también se efectúa al niño. Las técnicas que se utilizan se deben adecuar a la edad y características del mismo para mantener y fomentar una buena comunicación con él. El mensaje no verbal del niño debe ser detectado, comprendido y utilizado, ubicándolo en la entrevista de devolución junto con el mensaje verbal.

El por qué y para qué de una devolución desde el punto de vista del paciente consiste en que si devolvemos información por un lado a los padres y por el otro lado al niño favorecemos la discriminación de identidades dentro del grupo familiar. Si no le devolvemos al niño éste se puede llegar a sentir como un tercero excluido de una comunicación a la que tiene derecho (Siquier & García, 1976).

Por otro lado, el objetivo de la devolución también es, incrementar la información que el paciente posee de si de una manera más consciente; en este punto, también debemos de estar atentos a si existe alguna parte de la información que cause rechazo de parte del paciente, ya que esto a su vez nos proporciona más información sobre el mismo que podrá sernos útil para la planeación y aplicación del tratamiento (Rosenfeld, Aurutín, & Jordá, 2004).



## VII.- INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA:

En todo tratamiento psicoterapéutico debe existir conciencia de ciertos elementos básicos a partir de los cuales el proceso psicoterápico actúa, estos elementos son:

- 1) La comprensión dinámica del psiquismo, de la influencia de la vida instintivo-afectiva en la conducta, y la relación del niño con el ambiente en el que se desarrolla.
- 2) El establecimiento de la relación terapéutica con el niño.
- 3) La creación o provisión del ambiente y los medios por los cuales el niño llega a expresar sus angustias, terrores, aversiones, anhelos y sentimientos.
- 4) La comprensión y aceptación del niño en el plano de sus relaciones emocionales y de los procesos profundos, inconscientes, de su vida instintivo-afectiva.
- 5) El estímulo de crecimiento que, de una u otra manera deriva del establecimiento de esta relación, expresión y comprensión.
- 6) La modificación del medio circundante del niño, en medida necesaria para que se efectúe el proceso de maduración (Reca, 1976).

En concreto, la relación terapéutica que se establece con el niño, es en definitiva diferente a cualquier otra relación que ha experimentado el paciente, y en la que debe existir comprensión y acogida cálida, pero cuyo timbre afectivo tiene un límite en la intensidad y en el tiempo. Aunque parte de nuestra finalidad principal es obtener la expresión espontánea del niño, nuestra actitud no es totalmente pasiva frente a él; sino que lo estimulamos y/o dirigimos su interés hacia los objetos y

técnicas de expresión en los que presumiblemente cobrarán forma sus conflictos (Reca, 1976).

#### Elección Del Tratamiento:

Para la formulación de un plan de tratamiento debemos tomar en cuenta el análisis de la historia del paciente, y de el/los síntomas; análisis que hemos realizado en el proceso del diagnóstico.

El tratamiento así pues se puede dirigir a un plan que actúe directamente sobre la conducta sintomatológica a través de diferentes técnicas reeducacionales, de pedagogía adaptada y en el caso necesario de farmacología. También se puede crear un plan en el que el actuar vaya sobre la estructura psicopatológica mediante una terapia analítica (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

En general la psicoterapia analítica se aplica a los casos más serios de neurosis infantil y los problemas de conducta; mientras para otros casos como de déficit de atención por ejemplo, se pueden aplicar otras técnicas y conocimientos psicológicos (Reca, 1976).

La terapia tenderá a establecer, si es posible, el origen del trastorno, y a desposeer de su valor angustioso las experiencias traumatizantes que lo engendraron; así como también inspirar si es necesario una orientación a la familia o incluso en algunos casos el tratamiento de los padres.

La terapia tiende fundamentalmente a la modificación y normalización de la personalidad. Debe llevar al niño a un estado de equilibrio y ser capaz de utilizar y gobernar sus energías que le permitan adaptarse en forma constructiva y activa a su medio (Reca, 1976).

#### A. Terapia Centrada en la Conducta Sintomática:

Su objetivo inmediato es reducir una conducta considerada como anómala. Las técnicas que podemos aplicar también se encuentran basadas en la relación entre el terapeuta y el niño, la cual termina resultando siendo parte del motor que genera el progreso. Por lo cual no existirá progreso si la relación del terapeuta para con el niño es de coacción, oposición o frialdad en lugar de empatía y apoyo.

Este tipo de abordaje se indica cuando el síntoma se presenta relativamente aislado, o cuando por sus características o intensidad, parece obstaculizar el desarrollo de otras vías de maduración (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

- Técnicas:

- a) Reeduaciones psicomotrices: intentan modificar la función tónica, estática y dinámica de manera que el niño organice mejor su comportamiento gestual. Estas técnicas psicomotrices se utilizan mucho en niños pequeños incluso antes de la aparición del lenguaje.
- b) Reeduaciones psicopedagógicas: tienen como fin disminuir las lagunas que pueden haber dejado el aprendizaje escolar cotidiano. Estas técnicas conciernen a las dificultades de aprendizaje de la lectura o de la escritura, y

sobre todo al fracaso escolar más o menos global. Se transforma en un aprendizaje basado sobre todo en el intercambio (juego a cambio de trabajo) y en el éxito, deben de ser técnicas atractivas con un soporte en material de imágenes, o juegos.

- c) Terapias conductuales: tienen por el objetivo modificar los comportamientos inadaptados; los hábitos inadaptados son debilitados y eliminados mientras que los adaptados son reforzados. Estas técnicas se emplean mucho en pacientes con enuresis por ejemplo. Estas técnicas desaparecen con bastante rapidez una conducta sintomática molesta, pero no abordan el problema de la estructura psicológica subyacente (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

#### B. Terapia de Corte Psicoanalítico:

La psicoterapia psicoanalítica, tiene por objeto hacer consciente el origen de los conflictos y de las conductas sintomáticas, a medida que aparecen y se reproducen en el curso de las sesiones y después ofrecer al niño los medios para elaborar, mejorar superar y/o tolerar sus conflictos (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

El conocimiento de la personalidad del niño permite agregar a la terapia elementos de apoyo de distinto tipo.

Dentro del proceso psicoterapéutico se pasa por tres periodos; en el primero el terapeuta realiza una exploración general del psiquismo de las actitudes y

conflictos fundamentales del paciente. En el segundo se profundiza el conocimiento del contenido mental consciente e inconsciente y efectúa una interpretación progresiva del material, hasta dejar al descubierto del origen de los síntomas y la aclaración de los sentimientos reales con la aceptación de éstos. Y finalmente se advierte una adaptación gradual a la realidad; la mejoría se comprueba tanto en la sintomatología específica como en sus relaciones personales con los otros y su actitud en general (Reca, 1976).

- Técnicas:

- a) Juego en el tratamiento: el juego proporciona la posibilidad de que el niño pueda expresar sus actitudes y sentimientos fundamentales en sus relaciones básicas; las que mantiene dentro de su familia y en las circunstancias de la vida diaria. Igualmente puede ser un recurso para establecer y mantener relación con el niño, y ser a su vez un medio de tratamiento ya que conlleva un trabajo en colaboración y da motivo a la intercalación de comentarios y reflexiones sobre temas que espontáneamente o en forma sugerida, el niño menciona. El juego permite crear un ambiente en el que es posible dar un fuerte estímulo al proceso de maduración de la personalidad.

Expresión plástica: el manejo de material como plastilina despierta normalmente el interés para los niños. Su simple manipulación constituye por si solo, un medio de descarga de tensiones. El modelado tiene valor pedagógico, combinado con el expresivo, cuando un niño inhibido o torpe

llega a ser capaz de producir algo con las manos esta seguridad le permite superar complejos de inferioridad.

- b) El dibujo como expresión plástica es también de gran utilidad, ya que el niño dibuja o pinta espontáneamente o le podemos sugerir un tema, y de este dibujo podemos llevar al niño a una expresión personal, invitándole a hablarnos de él, ya que tanto la creación del dibujo como la historia tienen un significado simbólico.
- c) Entrevistas verbales: en los niños mayores y adolescentes, se puede entablar un diálogo en el cual el trae a mención sus problemas, o se le pide el relato de ellos. En si esperamos que el niño hable de manera espontánea, sin embargo en ocasiones puede ser necesario estimularlo o guiarlo con preguntas; si se advierte en seguida la causa del conflicto, se deben aclarar los puntos básicos de éste.

Esta técnica la podemos usar cuando los síntomas tienen origen, fundamentalmente, en una circunstancia o hecho que es posible identificar rápidamente (Reca, 1976).

### C. Introducción de los padres en el tratamiento:

Los padres que llevan a sus niños a consulta, al exponerles el conflicto del niño, adquieren nuevos puntos de vista sobre ellos y es posible, muchas veces, como parte del mismo tratamiento hacerlos partícipes, ya sea a través de consejo, asesoría o remitirlos a tratamiento individual o de pareja.

Con gran frecuencia los problemas de los niños tienen su origen en situaciones y actitudes incongruentes y en alta medida dependientes de la ignorancia, incomprensión, o manejo de información errónea (Reca, 1976).

Cuando se hagan las sugerencias terapéuticas que tengan que ver con los padres, es importante que sea desde un punto de vista donde haga sentir a los padres que colabora con ellos, no que se les está criticando o diciéndoles lo que deben hacer; ya que el objetivo es encontrar nuevas formas de ayudar al examinado a que se ayude a sí mismo y hacer que los padres participen directamente en los esfuerzos terapéuticos (Sattler & Hoge, 2008).

Es importante observar cómo viven los padres la problemática del niño. Ya que algunos traducen las dificultades de su hijo con profunda empatía, algunos viven intensamente estas dificultades y desean ayudar a su hijo con todos sus medios. Esta forma de vivir la problemática representa su capacidad de identificación con el niño, con su situación, y da a los padres la motivación necesaria para acompañarlo en el proceso terapéutico.

En otros casos el tipo de sufrimiento que manifiestan los padres ante la problemática de su hijo es ante todo, el resultado de la propia herida narcisista, sobre todo cuando la patología guarda relación con los propios conflictos infantiles de los padres. Estos casos corresponden a lo que se denuncia como “el niño-síntoma de los padres”.

Finalmente, el sufrimiento de los padres puede simplemente reflejar rechazo. Algunos padres parecen más preocupados por su propio bienestar y desean ante

todo verse "libres" de una conducta de su hijo que les molesta. No intentan comprender al niño y su manera de exteriorizar su conflicto. A menudo en estos casos las conductas sintomáticas del niño no son más que una traducción de un deseo de relación con sus padres o de una renuncia, por abandono, de esta relación (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

#### **5.- Descripción de las actividades realizadas en el servicio social:**

Las actividades que se realizaron dentro del servicio social en el H.G. Darío Fernández Fierro del ISSSTE comprenden la entrevista, tanto a padres como a niños, aplicación y calificación de test psicológicos, integración de los resultados, elaboración del informe de evaluación psicológica, devolución de resultados, intervención en sesiones psicoterapéuticas, visitas a pacientes en piso y urgencias.

El desarrollo de todas estas actividades fue de manera paulatina, iniciando con una observación de cómo se realizaban todas estas, hasta la puesta en práctica de cada una de ellas. Esta secuencia introductoria en las actividades fue de la siguiente manera:

##### **a) Observación:**

Al iniciar mi servicio social en el H.G. Darío Fernández Fierro en el área de psicología pediátrica, fui plenamente observadora de la realización del proceso de atención por parte de la Mtra. Lara, escuchaba como realizaba las



entrevistas de primera vez a padres, en las cuales se les explicaba de manera breve como se iba a llevar a cabo el proceso de evaluación. Así durante esta escucha y observación podía percatarme de cuáles eran las áreas básicas y más importantes que se debían explorar para obtener la información necesaria para la evaluación.

Observaba como procedían las sesiones de seguimiento con los pacientes que ya habían iniciado tratamiento; cuándo se hacía el manejo de alguna prueba o test en los pacientes de inicio, y cuáles eran las indicaciones que se tenían que proporcionar al paciente para que éste desarrollara la actividad de manera óptima.

Otra parte importante de la observación fue durante la entrevista de devolución y entrega de resultados de la evaluación a los padres, la cual se debe de llevar a cabo de manera muy cuidadosa, con un lenguaje claro y sencillo que les permita entender la problemática, así como a preguntar y resolver las posibles dudas que tengan.

#### b) Primeras aplicaciones y participaciones:

Después de aproximadamente un mes, la Mtra. Lara me iba impulsando para que comenzara a hacer yo mis primeras intervenciones; primero solamente mediante la aplicación de pruebas a pacientes que iniciaban la evaluación psicológica para posterior tratamiento; así como también, a los casos

especiales que llegaban para que se realizara solamente un dictamen psicológico.

En general la batería de pruebas psicológicas que suele aplicarse en el hospital se conforma de los siguientes instrumentos:

- Test gestáltico visomotor de Bender
- Casa-árbol-persona (HTP)
- Prueba De Apercepción Temática Para Niños (CAT)
- Test de la Familia
- Escala De Ansiedad Manifiesta En Niños (CMAS-R)
- Test de Matrices Progresivas de (RAVEN)
- Prueba Kinética del Dibujo de la Familia
- Frases incompletas de Sacks
- Cuestionario de conductas de Conners para padres
- Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)
- Fábulas de Düss
- Inventario de depresión de Beck

Cabe aclarar que no todos las técnicas son empleadas con todos los pacientes; se realiza una selección de pruebas de acuerdo a cada paciente, y su motivo de consulta.

Después de aplicados los test correspondientes, se procedía a su calificación e interpretación, se analizaban los resultados, los cuales se conjuntaban con los datos obtenidos por medio de la entrevista realizada, para así poder integrar el

reporte psicológico con la emisión de un diagnóstico correspondiente. En esta parte la Mtra. Lara me invitaba a participar en la redacción de los reportes, para que yo fuera obteniendo mayor aprendizaje en cómo se realiza y que posteriormente los pudiera realizar sola.

También comencé a participar más en las intervenciones terapéuticas de seguimiento de pacientes, que ya tenían tiempo asistiendo al servicio de psicología; esta participación en ocasiones consistía en realizar algunas actividades con ellos, como en el caso de algunos de los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención (TDA) o Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDA-H), con los cuales suele aplicarse ejercicios que los apoyan en aquellos aspectos escolares que se les dificultara más.

#### c) Primeros Casos:

Posterior a esta etapa de observación, comencé a tener mis propias intervenciones realizando yo todo el proceso de entrevista inicial con los padres, seguida de la entrevista con el niño y la evaluación psicométrica, después realizaba la calificación e interpretación de los instrumentos aplicados, así como la integración y elaboración del reporte que se presenta a los padres.

También continué a lo largo de mi estancia participando en algunas de las intervenciones terapéuticas de seguimiento de los pacientes ya en tratamiento.

d) Visitas y evaluación en piso de hospitalización o urgencias pediátricas:

Otra de las actividades realizadas, consistió en las visitas a piso, en donde atendía a los niños en hospitalización; esta atención se realiza cuando los médicos encargados solicitan interconsulta psicológica para algún caso en particular.

La introducción en este aspecto de las actividades, también se llevó a cabo de manera gradual. En las primeras visitas iba de acompañante con la Mtra. Lara, quien me explicaba cómo se realizaban estas visitas y los pasos a seguir; ya que primero es necesario leer el expediente del paciente para identificar la razón por la que se ingresa al paciente, presentarse y dar una breve explicación sobre el motivo de consulta psicológica, así como la realización de una breve entrevista, y de ser necesario la aplicación de pruebas para hacer una pequeña evaluación preliminar que nos permitiera elaborar un reporte que se anexa al expediente del paciente.

Posteriormente yo acudía a las visitas de forma independiente, aunque con supervisión.

A pesar de conducir algunos casos propios y realizar las visitas a piso de manera independiente, siempre tuve supervisión constante para conocer cuál es la mejor forma de intervenir en cada uno de los casos.

## **6.- Resultados Obtenidos:**

Durante el tiempo de desarrollo del servicio social dentro del H.G Darío Fernández tuve la oportunidad de practicar y mejorar habilidades que como terapeuta son básicas y necesarias, tales como la entrevista y la aplicación de test; así como también la forma de elaboración de un reporte psicológico, en el cual debemos de tener mucho cuidado en la forma de redacción y a la hora de explicarle a los padres cual es el diagnóstico.

En el periodo de mi estancia en el H.G Darío Fernández se otorgaron 595 consultas en el servicio de psicología para 198 pacientes, de los cuales participe en la atención de 79 de ellos (ver gráfico1).

De esta población que atendí, 38 pacientes fueron consultas subsecuentes, es decir, que ya habían iniciado tratamiento, por lo que con ellos trabajaba el seguimiento de su intervención terapéutica, dependiendo de su problemática. En estas intervenciones se efectuaron actividades como la terapia de juego, las entrevistas de seguimiento, o el trabajo con el reforzamiento de habilidades escolares, especialmente en aquellos aspectos que se les dificultaban a los pacientes que asistían por problemática del rendimiento escolar, etc.

Los 41 pacientes restantes fueron casos de primera intervención, de los cuales 9 fueron canalizados al departamento de psicología para la realización de un dictamen psicológico; mientras que en 6 pacientes fueron atendidos durante su hospitalización en pediatría o urgencias; el resto (26) fueron canalizados por

interconsultas para determinar manejo conjunto o psicoterapia focalizada al diagnóstico previo.

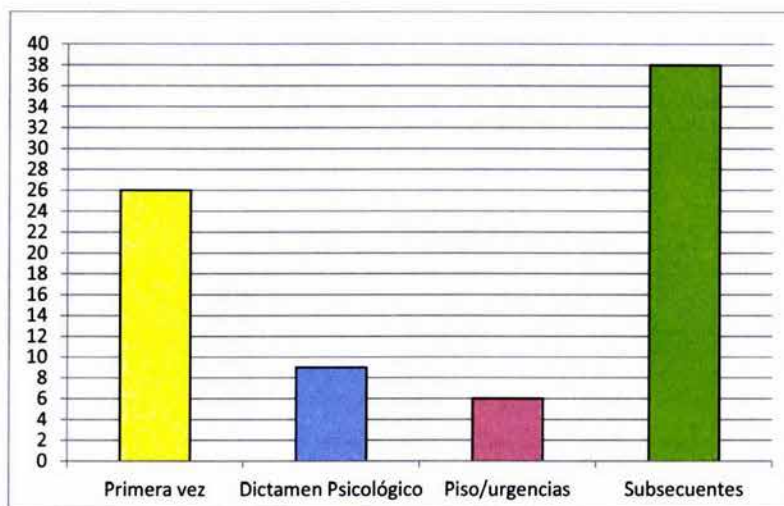


Gráfico 1: pacientes atendidos durante el servicio social

El área de psicología del hospital, al ser un servicio destinado al manejo de pacientes pediátricos, atiende en su mayoría población de niños y adolescentes, sin embargo de manera ocasional se atienden pacientes adultos, en su mayoría remitidos por el servicio de Neurología o Psiquiatría, para auxiliar en la elaboración de dictámenes psicológicos, y como auxiliar del manejo multidisciplinario.

Como puede ver en el gráfico 2, en un análisis de la edad de la población atendida, se observa que el rango de edad que presenta mayor demanda de atención psicológica, va de los 6 a los 13 años.

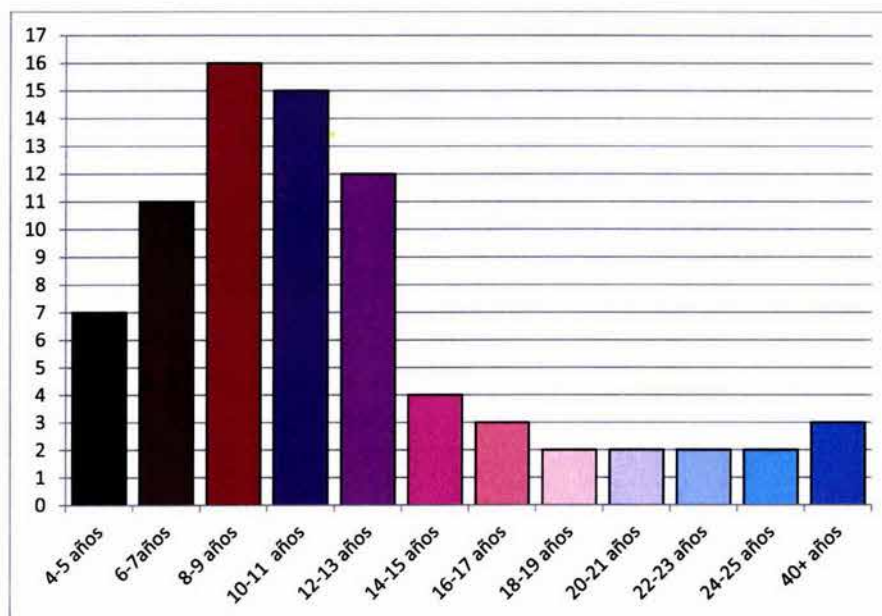


Gráfico 2: Análisis de edad de la población atendida

Por otro lado dentro de las problemáticas atendidas en el servicio, existe una gran variabilidad, lo que a su vez nos reporta un diversidad amplia de diagnósticos emitidos en la población de pacientes; sin embargo, al hacer un análisis de los mismos, se encuentra que las problemáticas con mayor incidencia dentro de ésta

población son los trastornos de ansiedad mixto, y el trastorno de la actividad y de la atención, como se observa en el gráfico 3.

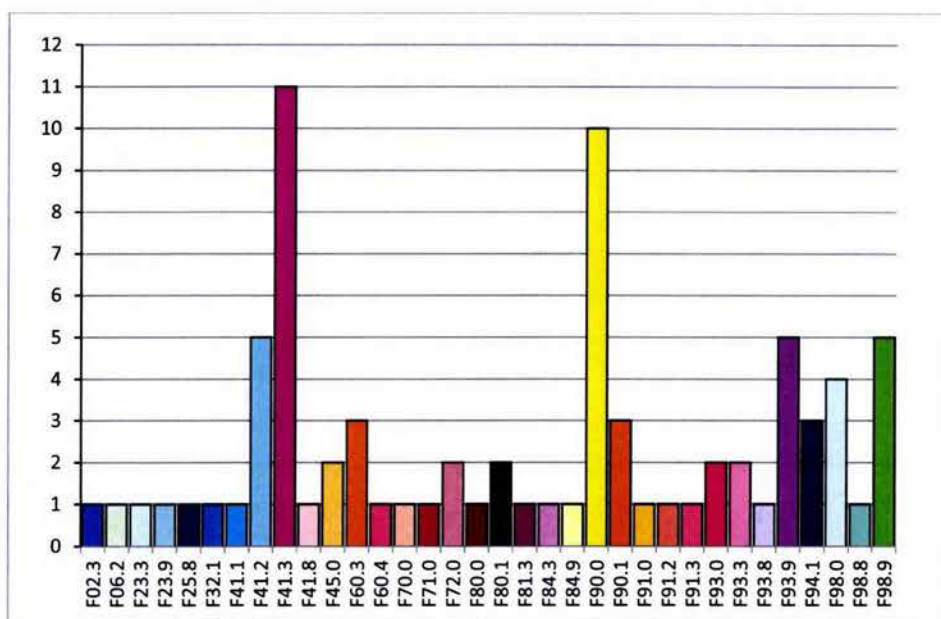


Gráfico 3: Análisis de los diagnósticos emitidos en la población atendida

F02.3	Demencia en la enfermedad de Parkinson
F06.2	Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
F23.9	Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación
F25.8	Otros trastornos esquizoafectivos
F32.1	Episodio depresivo moderado



F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
F41.3	Otro trastorno mixto de ansiedad
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados
F45.0	Trastorno de somatización
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad
F70.0	Retraso mental leve.
F71.0	Retraso mental moderado.
F72.0	Retraso mental grave.
F80.0	Trastorno específico de la pronunciación.
F80.1	Trastorno específico de la pronunciación.
F81.3	Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
F90.0	Trastorno de la actividad y de la atención.
F90.1	Trastorno hiperkinético disocial.
F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados.
F91.3	Trastorno disocial desafiante y opositor.
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
F93.3	Trastorno de rivalidad entre hermanos.
F93.8	Otros trastornos de las emociones en la infancia.

F93.9	Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.
F94.1	Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
F98.0	Enuresis no orgánica.
F98.8	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
F98.9	Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

Tabla 1: Claves de los diagnósticos emitidos dentro de la población atendida según el CIE-10.

### **7.- Exposición de un caso que ejemplifica el proceso de psicodiagnóstico clínico en niños dentro de la institución hospitalaria:**

A continuación relato el proceso de psicodiagnóstico que realice en un caso atendido durante mi estancia de servicio social en el H.G Dr. Darío Fernández Fierro, y que, corresponde a uno de los diagnósticos que con mayor frecuencia se presenta dentro de la institución (Trastorno mixto de ansiedad con clave F41.3 según el CIE-10).

## 7.1 Soporte Teórico Referente al Caso

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

La ansiedad es un fenómeno inherente a la condición humana. Los conceptos de miedo y ansiedad han estado muy ligados por ser ambos afectos displacenteros que indican un peligro inminente y una actitud de expectación. Se sabe que la mayoría de los miedos son innatos, pues tienen un valor para la supervivencia.

Tenemos que definir tres conceptos básicos en el estudio de la ansiedad; estos conceptos son angustia, miedo y ansiedad (Solloa, 2001).

#### Angustia:

Se define como una emoción que tiene como principal característica el ser displacentera; la palabra angustia proviene del griego *angor* que etimológicamente significa "constreñir" y estos son precisamente los signos somáticos característicos de la angustia. Además de las sensaciones psíquicas displacentera, la angustia se acompaña de elementos concomitantes somáticos y vegetativos, tales como modificaciones respiratorias, cardíacas, del tono muscular, taquicardia, piloerección, temblor, sequedad de boca y sensaciones de frío y calor.

#### Miedo:

Es considerado un fenómeno psicológico normal; es un estado emocional consiente en manifestaciones físicas y psicológicas muy similares a lo que se presenta en la ansiedad y la angustia. Sin embargo, en éste, el estímulo está

presente, es real, conocido y la respuesta es racional, proporcional y sus manifestaciones desaparecerán junto con el estímulo.

### Ansiedad:

La ansiedad es el estado psicológico persistente y recurrente surgido de un conflicto interior; vivido como un estrés experimentando sentimientos vagos de inquietud o pensamiento de estar al filo de la existencia, sentimientos de miedo, furia, irritabilidad, desasosiego, depresión entre otros sentimientos difusos y desconocidos. Este conflicto oculto, emana del choque entre la incompatibilidad de impulsos, deseos y valores (Jersild, 1978).

El hombre como ser vivo se encuentra en constante interacción con el medio, el cual es fuente de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades e intereses, los cuales procuramos conservar; y por otro lado, tratamos de evitar y minimizar las fuentes de riesgo y amenazas que también se encuentran en el medio. En este medio y para sobrevivir en él, la evolución nos ha dotado de mecanismos de preservación para optimizar la adaptación a los entornos y circunstancias; y dentro de estos sistemas se encuentra la ansiedad la cual cumple las funciones de mantenernos alerta y en defensa.

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobre y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente (Cía, 2007).

Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, & Díaz (1975), mencionan que la ansiedad se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La función de la ansiedad es advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo cierto o probable. Por lo tanto dependiendo del tipo de amenaza y la naturaleza de ésta, la ansiedad nos prepara para luchar, enfrentar o atacar; huir, evitar situaciones aversivas o temidas; para buscar apoyo, elementos de seguridad y protección; dotarnos de las herramientas o conocimientos que permitan sortear los riesgos y acceder a nuestros objetivos.

La ansiedad involucra tres aspectos:

- Cognitivos: anticipaciones amenazantes, cálculo de consecuencias y evaluación del riesgo, pensamientos automáticos negativos, etc.
- Fisiológicos: activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, que conlleva a cambios vasculares, respiratorios, etc.
- Motores y de conducta: inhibición o sobreactivación motora, comportamiento defensivo, etc.

Cada uno de estos tres aspectos puede actuar con cierta independencia; por lo que la ansiedad puede ser desencadenada, tanto por situaciones o circunstancias

externas, como por estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos, sensaciones, cambios del organismo, etc. (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, & Guillamón, 2008).

La diferencia básica entre la ansiedad normal y patológica, es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico (Cía, 2007). El tipo de estímulos capaces de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona y sus circunstancias.

Podemos entonces hablar de la ansiedad como un mecanismo normal, adaptativo, resultante de una ecuación de dos variables de tipo valorativo:

- Qué es lo que pasa, como me afecta y qué consecuencias tiene o podría tener.
- Qué puedo hacer para regularlo, qué recursos tengo o puedo disponer.

Por lo tanto la activación psicológica y fisiológica es pues proporcional, o debería de serlo, al estado de alarma y a las operaciones defensivo-adaptativas correspondientes a la situación tal y como ha sido percibida.

Cuando la ansiedad es proporcionada y se manifiesta dentro de ciertos límites, no se aprecian manifestaciones sintomatológicas más allá de las que simplemente nos preparan para emitir las acciones pertinentes. Sin embargo, cuando la ansiedad sobrepasa determinados límites, se convierte en un problema de salud

que impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales e intelectuales de la persona (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas, & Guillamón, 2008).

Los síntomas de la ansiedad son muy variados y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómito, sensación obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonificación, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos mas extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio.
- Conducta: estado de alerta e hipervigilancia, inhibición bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo, estos síntomas vienen acompañados de cambios en la

expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

- **Intelectuales o cognitivos:** dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiaciones, pensamientos distorsionados e importunos, incremento en las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas susceptibilidad, etc.
  
- **Sociales:** irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, verborrea, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, estos tampoco se caracterizan por tener la misma intensidad. Tanto las manifestaciones sintomáticas como su intensidad, varía dependiendo de la predisposición biológica y/o psicológica y de las circunstancias externas e internas (Cía, 2007).



#### FACTORES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LOS NIÑOS:

El niño por su inmadurez cognitiva y emocional, está en mayor riesgo de manifestar ansiedad ante una gran variedad de situaciones internas y externas, por esto es importante retomar y considerar los siguientes factores asociados a la ansiedad durante la niñez.

- El carácter de un niño es modelado por la interacción entre su dotación constitucional, su maduración y experiencias ambientales significativas, especialmente por la relación con sus padres.
- El mundo del niño es dinámico, mágico, animista y gobernado por una causalidad irracional; está lleno de situaciones que pueden provocar ansiedad; por tanto, para entender al niño ansioso se deben considerar los miedos característicos de las etapas de desarrollo y madurez cognitiva.
- Junto con el desarrollo, la ampliación y la sofisticación de las habilidades cognitivas, afectivas y conductuales, el niño adquiere un sentido más sólido de sí mismo y tiene más recursos para manejar la ansiedad.
- La ansiedad puede estar encubierta o manifestarse a través de síntomas como fobias, rituales o quejas somáticas. La ansiedad incluye una gran variedad de respuestas fisiológicas, conductuales, cognitivas y afectivas exageradas o inapropiadas a la experiencia del peligro interno o externo (Solloa, 2001).

## LA FAMILIA COMO FUENTE DE LA ANSIEDAD DEL NIÑO:

La ansiedad en los niños tiene mucho que ver con el clima emocional predominante en la familia. Dentro de este campo, un área que ha recibido mucha atención es la cualidad afectiva de la relación entre el niño y sus padres.

Las líneas de estudio sobre las prácticas de crianza y la ansiedad infantil han arrojado datos en torno a dos factores principales; el primero y más amplio de estos factores describe conductas y actitudes relacionadas con la aceptación, el cariño, o bien, lo opuesto, el rechazo y la crítica; este factor ha sido conceptualizado en términos de sentimientos hostiles o negativos de los padres hacia el hijo. El segundo factor se refiere al control parental que afecta directamente la autonomía del niño.

En la mayoría de las investigaciones se ha encontrado que los niños ansiosos perciben a sus padres como controladores y rechazantes, a sus familias como poco cohesivas y estarán más preocupados por la opinión y la reputación que por los afectos.

A pesar de la importancia que tiene la actitud de los padres, no podemos olvidar que hay una interrelación entre los factores temperamentales del niño y la personalidad de sus progenitores para producir un estilo de relación patológica. Investigaciones han demostrado que la psicopatología parental (especialmente la ansiedad y la depresión) se asocia con mayor rechazo y control hacia los hijos (Solloa, 2001).

#### ANSIEDAD EN EL NIÑO:

La ansiedad se traduce, ante todo, en un malestar que afecta a la vez al cuerpo y al espíritu del niño, este malestar a menudo pasa inadvertido por el entorno, pero el niño lleva todo el malestar de forma interna.

El niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Sobre este "fondo ansioso", que hace al niño irritable y fácilmente inquieto por su salud física, pueden sobrevenir episodios agudos, auténticos ataques de angustia cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo o interno.

El recurso del lenguaje del cuerpo es muy frecuente y normal cuanto más pequeño sea el niño, por lo tanto las manifestaciones hipocondriacas son muy comunes.

A partir de los 7-8 años puede observarse:

1. Inquietud permanente sobre la salud o una enfermedad eventual.
2. Vaga fatiga que impide el trabajo e incluso en ocasiones el juego.
3. Dolores o malestar de localización diversa: cefaleas, trastornos visuales, quejas abdominales. Náuseas, dolor de piernas espalda etc.

(Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005)

No hay que olvidar que también existe una repercusión de la ansiedad sobre la esfera cognitiva, en particular en la inhibición o bien en la aceleración del pensamiento que ella puede inducir. La inhibición intelectual tiene un impacto desorganizador que generalmente se traduce en dificultades escolares.

Diferentes mecanismos de pensamiento son considerados formas de menguar la angustia y racionalizarla: las fobias, las obsesiones, los mecanismos de aislamiento, el pensamiento mágico.

Dentro de las manifestaciones conductuales se pueden presentar como: agitación psicomotriz, hiperactividad e inatención, cólera, aspectos psicomotores de la ansiedad como el descontrol afectivo motor, tics (Solloa, 2001).

#### TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (CIE10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1994)

La ansiedad en niños se acompaña de por lo menos uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia
2. Fácil fatigabilidad
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no relajado).

El niño manifiesta una preocupación obsesiva por acontecimientos futuros, también son bastante frecuentes las preocupaciones no realistas acerca de la adecuación de su comportamiento en el pasado y sobre su competencia, necesitando sobresalir en todas las facetas de su vida, la académica, la social y en los deportes; en estos niños son frecuentes las quejas somáticas que no están unidas a ninguna situación en particular, más bien, parecen ocurrir "espontáneamente" o cuando el niño está "tenso".

Son características la tensión generalizada y la incapacidad para relajarse; la tensión puede ser expresada mediante "hábitos" nerviosos tales como morderse las uñas, golpear con los pies, arrancarse el cabello e inquietud general.

El trastorno es prominente en familias en las que hay mucha preocupación sobre la ejecución, un alto nivel de aprovechamiento y premios por el comportamiento obediente conforme a las normas. El niño cree que debe ganar aceptación por sus actos (amor condicional).

El principal factor subyacente es la incertidumbre sobre la aprobación paterna y una necesidad perfeccionista de conformar, ser reafirmado y cumplir con las expectativas.

Es frecuente encontrar síntomas depresivos en niños con ansiedad excesiva; o que un niño con una ansiedad generalizada desarrolle posteriormente un trastorno del estado de ánimo.

Debido a que estos niños se desviven por ser aceptados, parecen tener un ajuste externo adecuado aunque sus sentimientos subjetivos internos de ansiedad pueden ser intolerables (Solloa, 2001).

#### TRATAMIENTO PSICODINÁMICO DE LA ANSIEDAD:

En los casos donde se presenta un cuadro de ansiedad generalizada es necesario considerar los siguientes puntos:

- Los antecedentes del desarrollo; episodios precoces de separación, de ruptura en sus relaciones y de trastornos psicósomáticos que están relacionadas con angustias arcaicas.
- Los modos de relación del niño con su entorno; sus áreas de interés, la manera en que enfrenta las dificultades y cómo las resuelve, las formas en que expresa sus emociones, especialmente la ansiedad y la angustia.
- La influencia de los padres frente a los problemas del niño. Hay que tomar en cuenta que hay una gran incidencia de trastornos ansiosos o depresivos en padres de niños ansiosos. También se debe tener en cuenta el grado de repercusión de los trastornos en la escuela.

El objetivo de la terapia psicodinámica es analizar y modificar los principales mecanismos de defensa y producir cambios en la estructura psíquica; una vez que el niño se ha fortalecido por la relación terapéutica, será capaz de manejar con mayor adecuación sus conflictos y encontrar en la realidad soluciones más adaptativas para ello.

Este tipo de niños, dentro de la situación terapéutica por lo general se muestran alertas, inquisitivos, mejoran con ella y le dan buen uso al juego simbólico. Debido a su alto nivel de desarrollo cognitivo, su motivación para complacer y su habilidad para entender y tratar afectivamente con temas inconscientes, trabajan muy bien en psicoterapia; además son pacientes con los que es fácil establecer una buena alianza terapéutica, pues tratan de agradar al terapeuta con temas y discusiones de "adultos".

En el tratamiento es necesario incluir a los padres, brindándoles información acerca del problema de su hijo, escuchando sus sentimientos acerca del niño y de las situaciones específicas que le provocan ansiedad. Es importante conocer la expectativas de los padres hacia su hijo, tanto académica como conductualmente (Solloa, 2001).

#### DEPRESIÓN:

Etimológicamente, el término depresión proviene del latín *depressio*; que significa hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud.

Rojtemberg (2001) define la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio ocupacional.



En relación al trastorno depresivo, es necesario diferenciar entre la sintomatología del adulto y del niño. La semiología de la depresión en el niño es especialmente variada, destacando las siguientes conductas como los síntomas más importantes dentro de la depresión infantil:

1. Humor disfórico.
2. Autodepreciación.
3. Comportamiento agresivo (agitación)
4. Trastornos del sueño.
5. Modificaciones en el rendimiento escolar.
6. Retraimiento social.
7. Modificación de la actitud frente a la escuela.
8. Quejas somáticas.
9. Pérdida de la energía habitual.
10. Modificación inhabitual del apetito y/o del peso.

La variabilidad sintomática es extrema en algunos casos, y se sitúa en registros muy distintos: tímico (disforia), moral (desvalorización), comportamental (agitación) somático (sueño, apetito, etc.) social (escuela). Esta variabilidad depende del propio niño cuyas modalidades de expresión evolucionan con la edad.

En los niños mayores (5-6 años a 12-13 años) la sintomatología parece reagruparse en torno a dos ejes:

- Manifestaciones vinculadas directamente con el sufrimiento depresivo, con conductas de autodepreciación, autodesvalorización y sufrimiento moral



expresado directamente (“no puedo más”, “no soy capaz”, “no sé”, “estoy cansado”, etc.)

- Frecuente emisión de comportamientos vinculados a la protesta y a la lucha contra los sentimientos depresivos. Como es el comportamiento de oposición, de protesta, cólera o rabia. Manifestaciones agresivas, etc (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

#### BASE TEÓRICA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL:

Melanie Klein en su teoría de corte psicoanalítico señala que la posición depresiva, se caracteriza porque el fortalecimiento del yo, el cual se integra y forma un yo total. Las relaciones objetales en esta etapa es de un objeto total, es decir, también se ha llegado a la integración del objeto bueno con el malo que se percibía en la posición previa que ella llama esquizo-paranoide. La ansiedad predominante en la posición depresiva es la ambivalencia, es decir ama y odia al objeto lo que le causa culpa. Las defensas predominantes son la reparación, la cual cuando se logra da confianza y cuando no, causa desesperación y ansiedad depresiva; la represión, que esconde o entierra el deseo; la inhibición, que hace que se encuentre en la fantasía lo que se inhibe en la realidad; y finalmente el desplazamiento.

Lo que ocurre es que el reconocimiento de la madre como objeto total, independiente de sí, como consecuencia de la integración, implica aceptar que ella es un individuo con una vida propia, y que tiene relaciones con otras personas que

no son el bebé. Implica también percibirse a sí mismo como individuo único, separado de la madre. Esta es la fuente de sensaciones de desamparo y celos, tanto como del temor a perder el amor de la madre. El bebé tiene sentimientos entonces ambivalentes respecto a la madre, pues ahora la percibe como la fuente, no sólo de sus gratificaciones, sino también de sus frustraciones. Por ello, la ansiedad propia de esta posición resulta del temor a los propios impulsos destructivos, antes dirigidos a un fantástico "objeto malo" distinto de la madre, dañen ahora al objeto del cual se depende totalmente. Cuando se ve expuesto a situaciones de privación el bebé siente impulsos agresivos hacia la misma madre a quien ahora reconoce como la fuente de la gratificación, el bebé siente fantásticamente que dichos impulsos son capaces de dañarla. Pero ella es a la vez la fuente del amor y de la satisfacción. Lo que produce ansiedad y culpa, dos típicos sentimientos de este período. La destructividad pulsional debe entonces ser amortiguada por los nuevos mecanismos de defensa (Segal, 2010).

Al advertir su propia existencia como yo individual, así como la de los objetos como entes separados, el bebé perfecciona su distinción entre fantasía y realidad. A la vez, sus propios impulsos amorosos y reparatorios se convierten en las fuentes ulteriores de la sublimación, la creatividad, y la capacidad de establecer un amor objetal. Tales impulsos reparatorios se dirigen no sólo a los objetos externos, sino a los internos que han fortalecido al yo por introyección. De esta manera se afianza la creencia en la bondad del yo, y en su capacidad de amor y reparación. La introyección del objeto materno total fortalece al yo, en mutua influencia con la maduración fisiológica de este último, y favorece el desarrollo de la percepción, la

memoria, el pensamiento, etc. Este desarrollo se ve sostenido por aquellos estímulos ambientales que le otorguen al bebé confianza en sus impulsos reparatorios. Lo que implica, principalmente, el predominio de situaciones de cuidado y gratificación materna, capaces de desmentir los temores de haberla destruido tanto a ella como a su amor. Gradualmente el Yo, fortalecido por la introyección del objeto total y la integración, encuentra nuevos recursos para influir sobre la realidad externa, con lo que los mecanismos de defensa más primitivos son reemplazados por los que Freud había descrito, especialmente la represión. A la vez la integración favorece el perfeccionamiento del sentido de realidad.

Cuando la realidad externa desmiente las fantasías reparatorias del yo, y predominan las experiencias que parecen confirmar el poder de sus fantasías destructivas (esto es, las experiencias de privación del amor materno, que se viven como causadas por la destrucción de la madre buena por tales fantasías), el yo pierde la confianza en su capacidad de reparar interna y externamente los objetos buenos. De manera que el niño vive con el temor de haberlos destruido. Por lo tanto el sentido de realidad se debilita, y el desarrollo del yo se empobrece (Segal, 2010).

No obstante, según nos dice Segal (2010), para Melanie Klein, esta posición no se refiere a un aspecto psicopatológico, es un momento organizador del desarrollo, siempre y cuando todo salga bien; no obstante, si durante esta posición ocurren fallas importantes, se sientan los puntos de fijación para un desorden depresivo.

Por otro lado, es importante señalar el papel que juega la relación materno-infantil, y las carencias afectivas que pudieran llegar a presentarse dentro de esta relación, y como afectan éstas al niño.

Lebovici (2006) nos señala que Winnicott había mostrado que el amor maternal no está desprovisto de ambivalencia, ya que la madre tras sufrir durante el embarazo y el parto, con frecuencia queda decepcionada con la apariencia de su bebé con relación a lo que ella había imaginado, decepcionada a su vez también por la relativa incapacidad que siente de ejercer sus funciones maternas, los gritos del bebé la puede poner nerviosa, y la suciedad que este produce asquearla; dando como resultado que la madre sueña con frecuencia en eliminarlo.

Dentro de toda descripción psicoanalítica de la relación de la madre con su bebé, consideran la separación como una experiencia central. Cuando el niño ha alcanzado el sentimiento de constancia de objeto, la desaparición de la madre es equivalente a la llegada de un extraño; se trata aquí de una primera proyección de un peligro interno de destrucción en el exterior, el miedo a la cara del extraño que surge generalmente en los primeros meses del primer año de vida.

La separación de la madre, su pérdida, es una situación devastadora que ha sido estudiada por Spitz bajo el nombre de “depresión anaclítica”; el término anaclítico lo atribuye como referencia al apuntalamiento del primer desarrollo en la relación materna, y subraya su causa, que es la ruptura del vínculo objetal.

Spitz (1945) relata el comportamiento de bebés de 6 a 18 meses, situados en un medio desfavorable después de una separación maternal brutal. Al rompimiento

del vínculo materno seguía un periodo de exasperación dramática, en el cual se presentaban gritos, llantos, rechazo del ambiente, perturbaciones del apetito y del sueño; para seguir a una fase de repliegue en la tristeza, con presencia de gemidos lastimeros; dando finalmente paso a una etapa de aislamiento e indiferencia, con la aparición de regresiones en el desarrollo y/o numerosos síntomas somáticos. A falta de una relación materna sustitutiva, sólo el regreso de la madre podría cortar el transcurso de la depresión, pero esto solo pasaba si el contacto se restablecía dentro de un plazo menor a los tres meses (Lebovici & Weil-Halpern, 2006; Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

La depresión anaclítica descrita por Spitz, a diferencia de la posición depresiva descrita por Klein, está lejos de ser un estado de organización, sino más bien es altamente desorganizante.

Bowlby hace también hincapié en las reacciones del niño ante una separación materna; considera que la edad más sensible oscila entre los 5 meses y 3 años de edad, y que de generarse una separación se puede observar una secuencia conductual en el niño, la cual inicia con una fase de protesta, en el momento de la separación, el niño llora, se agita, intenta seguir a sus padres, y se muestra inconsolable; posteriormente, se da una fase de desespero, en la que el niño se rehúsa a comer, se queda callado, inactivo y parece sumido en un estado de gran dolor. La última fase, la de desvinculación, el niño deja de rehusar la presencia de la figura de cuidado, acepta la comida y los juguetes (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

A su vez Bowlby señala la importancia de la relación parental en la teoría del apego; la cual, en primera instancia considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares, como un componente fundamental de la naturaleza humana. En el transcurso de la infancia, los vínculos se hacen con los padres, quienes son buscados con el afán de encontrar protección, sostén y consuelo. Estos vínculos persisten en el transcurso de la adolescencia y de la vida adulta sanas, pero son completados por nuevos vínculos de naturaleza habitualmente heretosexual.

En el marco del apego, los vínculos no se consideran subordinados a la crianza y a la sexualidad, ni derivados de éstas, y el deseo de consuelo y sostén frente a la adversidad tampoco se considera infantil; sino que, la capacidad de establecer vínculos con otros individuos, a veces en el papel de aquel que busca cuidados, y a veces en el de que los da, es considerada una característica principal del funcionamiento eficaz de la personalidad en relación con la salud mental. El hecho de dar cuidados, función primordial de los padres, es complementario del comportamiento de apego; y es considerado como un componente fundamental de la naturaleza humana (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

Así mismo la exploración del ambiente se considera un tercer componente fundamental; cuando un individuo (independiente de la edad) se siente seguro, tiende a alejarse de su figura de apego para explorar; cuando se siente alarmado, angustiado, o incomodo, tiene necesidad de acercarse.

El desarrollo del comportamiento de apego como sistema organizado, en el cual, su objetivo es el de mantener la proximidad o la accesibilidad de una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognoscitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente; dicha capacidad normalmente se desarrolla durante el segundo semestre de vida. Es entonces que a partir de los nueve meses, la mayoría de los niños reacciona ante el hecho de ser dejados con una persona extraña, mediante protestas y llantos. Estas observaciones nos hacen ver que en el transcurso de estos meses, el modelo de representación de la madre se hace fácilmente accesible al niño con fines de comparación cuando ella está ausente, y de reconocimiento cuando ella regresa.

En segundo lugar la teoría del apego otorga una atención particular a la manera en la que la función de los padres determina el desarrollo del niño. Existen tres esquemas de apego:

- Apego seguro: el individuo tiene confianza en el hecho de que su madre-padre está disponible, le responde y lo ayuda en el caso de verse enfrentado a situaciones adversas o que lo asustan. Con esta confianza se siente como para realizar exploraciones del mundo.
- Apego angustiado o ambivalente: el individuo no está seguro de que su figura parental responda o lo ayude si él llama. Debido esta incertidumbre, siempre estará sujeto a esta angustia de separación, tenderá a pegarse a la madre y se mostrará angustiado al ir a explorar el mundo. Este tipo de apego se ve

favorecido por una figura parental que esté disponible y acuda en ciertas ocasiones, pero no en otras, por medio de separaciones.

- Apego angustiado “evitante”: el individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, y, al contrario, espera que se le rechace; intenta vivir su vida sin amor u apoyo.

Cuando se establecen estos esquemas de apego, estos tienden a persistir; ya que la manera en que un padre trata a su niño, buena o mala, tiende a mantenerse sin modificación. Aunque estos esquemas una vez formados tienden a persistir, no siempre es así; el esquema de apego es una cualidad propia de relación, si el padre trata al niño de manera diferente el esquema se modifica en consecuencia (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

Esta teoría por lo tanto nos señala que en el transcurso de los primeros años de vida, el niño construye un modelo mental que representa a su madre y la manera de conducirse con ella, así como un modelo equivalente para el padre. Las formas que estos modelos adoptan se apoyan en la experiencia que el individuo tiene de sus padres. A su vez el niño va a construir un modelo de sí mismo reflejando las imágenes que sus padres tienen de él, a través de lo que cada uno de ellos dice de él, y por la manera en como lo trata cada uno.

Una vez construidos estos modelos interactivos de los padres y de uno mismo, podrían ser considerados como naturales, y los esquemas de interacción que producen corren el riesgo de hacerse habituales y, en gran parte, inconscientes.



La interacción entre la madre y el bebé es pues, muy importante; se trata de dos seres que disponen de pensamiento y afectividad. El deseo de embarazo de la madre, le permite imaginar un niño, así le repara el futuro y emplea sus pensamientos latentes para elegir un nombre representativo; el bebé es también el producto de fantasmas inconscientes ligados al deseo de maternidad. Así el desarrollo de las interacciones dependerá del niño imaginario y del niño fantasmático y de la manera en que la madre logre integrarlos con el niño real.

Por su parte el bebé va a adquirir la capacidad de representarse a su madre también a través de los intercambios afectivos que comparte con ella. El bebé hace de su madre una madre cuando la ve, y éste ve a su vez que su madre lo está mirando, así la inviste; y a su vez la madre introduce su pensamiento y sus afectos en los cuidados maternos.

El tipo de interacciones y su calidad son una manera de evaluar el desarrollo del niño.

Cuando la madre se deprime, el bebé reacciona con problemas funcionales; a su vez, cuando el bebé presenta alguna irregularidad de desarrollo o una enfermedad, ocasiona en su madre una reacción depresiva; por eso en ocasiones se organizan círculos viciosos (Lebovici & Weil-Halpern, 2006).

En conclusión, la depresión en el niño, es un desorden afectivo de evolución aguda o subaguda, cuyo detonador, es una ruptura prolongada del vínculo materno y el componente mental esencial, y una atonía afectiva que priva al bebé de sus apetencias vitales.

La entrada en la depresión se hace tras un periodo previo de angustia generada por la separación exacerbada o la ruptura traumática. En situaciones donde la separación es menos radical, la angustia no es siempre tan desbordante, pero está siempre presente; modulada con base a las circunstancias presentes y anteriores. Todo sucede como si la depresión fuera la continuación de una angustia agotada por su desbordamiento.

Según Bowlby, no deben confundirse la separación y la depresión; la angustia desencadenada por la separación, los procesos de lucha contra esta angustia (tales como la cólera, la agitación y la protesta) y la depresión misma, no deben ser considerados estrictamente equivalentes.

En esta diferenciación, Sandler y Joffe (1967) describen que la respuesta depresiva es una reacción afectiva de base; es una de las respuestas posibles ante el sufrimiento. Frente a un estado de sufrimiento, el niño puede utilizar mecanismos de rechazo, evitación y retraimiento, cólera o incluso de rabia, muy distintos de la reacción depresiva. Para estos autores, la reacción depresiva, es la última opción a fin de evitar la impotencia ante el sufrimiento físico y psicológico; así pues, es testimonio de un estado anterior de bienestar que incluía la relación con el objeto satisfactorio. La pérdida del objeto provoca una pérdida concomitante del estado anterior de bienestar y secundariamente un estado de sufrimiento. La reacción depresiva, situada justo antes del esta de resignación impotente, está íntimamente unida al desarrollo de la agresividad no descargada (Marcelli & De Ajuriaguerra, 2005).

La depresión en el niño no tiene una expresión unívoca. Sus variaciones dependen del grado de intensidad de la perturbación, de su duración, de la edad del niño y de las condiciones etiológicas. Existen expresiones de la depresión en el niño que llegan a ser menos evidentes; la dificultad para reconocerlas puede tener que ver, con lo débil de los síntomas, con el camuflaje de una patología somática que la enmascara, o con circunstancias familiares o sociales que la ocultan.

#### INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SOBRE EL MEDIO EN LA DEPRESIÓN INFANTIL:

En cada caso depende de la importancia relativa de los factores ambientales y de los factores internos: carencia masiva, defunción de los padres, simple alejamiento transitorio, angustia de abandono más imaginativa que real, etc.

Estas intervenciones tienen como fin, bien la restauración del vínculo madre-hijo de forma más satisfactoria (consejo a los padres), o bien la instalación de una nueva relación si no se ha podido intervenir sobre la precedente.

## 7.2. Ficha de Identificación e Historia Clínica:

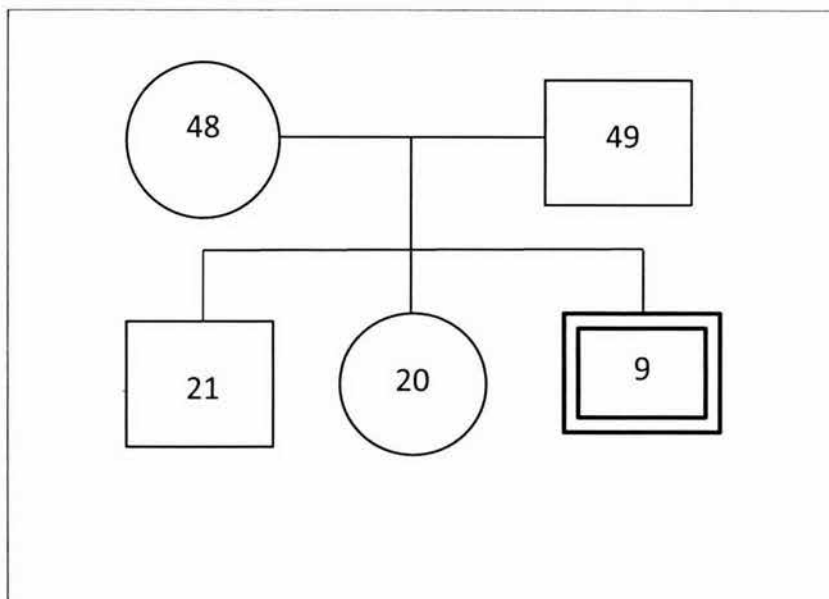
Nombre: Manuel (seudónimo)

Edad: 9 años

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 18/09/2001

Escolaridad: 4° año de primaria.



- Constelación familiar:

Manuel tiene 9 años de edad, es el tercer hijo de una familia que está conformada por el padre de 49 años de edad, la madre de 48, un hermano de 21 y una hermana de 20.

Sus papás vivieron 20 años en unión libre, y a la fecha de consulta llevan 5 años de casados. El papá se desempeña como camillero en un Hospital con turno de

los fines de semana y días festivos; la madre es empleada federal y labora toda la semana.

- Historia clínica y evolutiva:

- Gestación y primeros años:

Manuel es producto de un embarazo deseado por la madre, mientras que el padre no estaba de acuerdo con él. La madre tiene antecedente de toxoplasmosis; estando en el segundo trimestre de embarazo sufrió una infección en las vías aéreas superiores, pero no tuvo complicaciones en el feto.

Manuel nace a los 8 meses de gestación, por parto natural, con una puntuación del APGAR de 7/6, razón por la que debió permanecer una semana en incubadora por diagnóstico de inmadurez pulmonar.

Al mes de nacido, el padre de Manuel se separa de su madre, ya que tenía otra relación, manteniendo poco contacto con los hijos.

Cuando Manuel tenía dos años a su madre le diagnosticaron cáncer de mama, y le realizaron una mastectomía; a partir de este evento, el padre regresó a la casa y volvieron a la vida de pareja. Así mismo a su madre se le diagnosticó hace aproximadamente 3 años diabetes tipo 2, padecimiento que también tienen los padres de ésta.

- Desarrollo psicomotriz

Aparentemente el desarrollo general de Manuel fue adecuado; sonrisa social a los 3 meses, sostiene su cabeza a los dos meses, a los 6 meses se sienta y también gatea; el balbuceo comienza a los 3 meses, monosílabos a los 5, decía frases al año 5 meses, hasta los 2 años se le entiende con claridad lo que dice.

- Salud - Enfermedad:

Se niegan enfermedades congénitas, traumatismos, o cirugías. Solo ha estado hospitalizado una vez, ya que cuando tenía 7 años, una noche presentó movimientos involuntarios en el brazo derecho, acompañado de sensación de temblor en las piernas; su mamá le dio 5ml de nimesulid, con lo que pareció mejorar, sin embargo a la noche siguiente se repitió el cuadro, por lo que lo llevaron a urgencias, donde lo evalúan y canalizan a neurología para valoración; se le diagnostica mioclonias nocturnas, para lo que se administra de tratamiento clonazepam, ha seguido con vigilancia de las mioclonias, se refiere que ha estado asintomático, ya que ha seguido el tratamiento con clonazepam, el cual ahora toma una gota al día de lunes a sábado.

Recientemente presentó una arritmia, sin embargo al ser valorada por cardiología no encuentran anomalía y lo diagnostican como un soplo funcional.

- Rendimiento Escolar y Socialización:

Respecto a su historia escolar, no se reportaron problemas, se informa que el aprovechamiento escolar es bueno, con un promedio mejor al iniciar la primaria, el cual ha bajado relativamente. No se han presentado problemas para socializar y hacer amigos.

- Dinámica Familiar:

El padre es quien se ha hecho cargo de las funciones de crianza, ya que es quien realmente está todos los días en casa, pues solo trabaja los fines de semana, en tanto que la madre trabaja entre semana.

Señalan que en ocasiones lo riñen mucho porque se la pasa jugando o viendo la tele en lugar de hacer la tarea, cuando esto sucede Manuel se molesta mucho; por ello lo describen como enojón, agresivo, desobediente, retador y opositor. Este tipo de confrontaciones se dan principalmente con la madre.

Algunas veces la madre se ausenta porque va a visitar a su familia con regularidad, cosa que parece molestar a Manuel.

Manuel a su vez, en ocasiones llega a ser muy demandante con sus hermanos mayores, queriendo que jueguen y estén con él.

- Autopercepción:

Manuel se dice ser un niño normal, refiere que le gusta la escuela y siente que no le va mal aunque a veces le cuesta trabajo concentrarse y no sabe porque; pero lo que más le gusta es jugar a la hora del recreo con sus amigos.

Le gusta mucho el futbol, y es a lo que más juega cuando convive con sus amigos; en su casa le gusta ver la tele y jugar con su hermano.

Expresa que se lleva más con su hermano que con su hermana, y que con éste juega mucho a las luchas, o videojuegos, describe a su hermano como alguien que lo hace reír y que está gordo, aunque se lleva bien con él, también dice que luego no le hace caso porque está haciendo sus cosas o no está en su casa. Con su hermana dice llevarse bien, pero que no tanto, refiere que luego se enoja mucho con él porque a veces la molesta o que a veces es "nada más porque sí" y que le llega a pegar, y que sus papás no le dicen nada.

El que más está en su casa es su papá, le revisa las tareas y lo regaña cuando se queda viendo la tele, pero que siempre lo ayuda si no entiende algo. Su mama casi no está, porque trabaja, cuando no trabaja, se va a ver a sus abuelos, considera a su madre como muy seria o esta triste porque está enferma.

Refiere estar bien, y que no le pasa nada, ya que lo de que a veces se le movía su brazo en las noches ya no le pasa, aunque a veces si se despierta en las noches y tiene pesadillas, pero no se acuerda sobre el contenido las pesadillas. Eso le pasa más cuando se van a una casa que tienen en Pachuca, no sabe porque siente que se pueden meter a robar, y ahí no le gusta dormir solo.



- Motivo de consulta:

El caso es referido por interconsulta de pediatría debido a la arritmia que ha sido catalogada como funcional. Así mismo la pediatra que lo atiende reporta irritabilidad.

En la orden de interconsulta, se establece como motivo de consulta "crisis de ansiedad".

### 7.3 Pruebas Psicológicas Aplicadas:

- ❖ Matrices progresivas de RAVEN:

La aplicación del instrumento tuvo la finalidad de obtener un panorama de la capacidad intelectual de Manuel, su capacidad para la resolución de problemas y observar su forma de trabajar.

Manuel comprendió de forma rápida y adecuada las instrucciones de la tarea que debía de realizar.

Desarrolló la prueba de manera adecuada; en un tiempo de 30 min. Se le observaba un poco ansioso por llevar a cabo la tarea de forma rápida pero al mismo tiempo lo mejor posible, jugaba con el lápiz con el que anotaba las respuestas, y en alguna de las matrices a completar hacía comentarios sobre lo que parecían las figuras.

Obtuvo una puntuación cruda de 35, que lo ubica en el percentil 75, de acuerdo a su edad; lo que nos indica que se encuentra en el Rango II, lo que significa una capacidad intelectual por encima la media.

❖ Prueba Kinética del Dibujo de la Familia:

La aplicación de esta prueba tiene el propósito de identificar la forma en la que Manuel percibe a su familia, como ha asimilado cada uno de los roles que cada integrante desempeña, sobre todo el de los padres.

Después de haber recibido las indicaciones de la actividad que queríamos que realizara, Manuel siente la necesidad de aclararnos que no sabe dibujar bien, lo que denota la dependencia de la aprobación del adulto.

En el gráfico podemos observar los siguientes aspectos:

En cuanto al tamaño las figuras, se observa que son pequeñas, lo que es un indicador de que percibe su medio ambiente como abrumador, tendencia a depresión, y reacciones ansiosas. La ubicación de las figuras es en el sector inferior de la hoja, un indicador de pesimismo, inseguridad, sentimientos de impotencia y ansiedad.

El trazo de las líneas en algunas partes del dibujo son muy difusas, cayendo a débiles y también se aprecian borraduras, lo cual nos indica pobreza en la expresión del conflicto, temor o ansiedad.

Podemos percibir que hay poca cohesión dentro del núcleo familiar, ya que no existe interacción entre los integrantes, la distancia entre cada miembro es fácilmente perceptible, y pueden parecer no estar dentro del mismo plano. Así mismo, todos los miembros de la familia, los dibuja con pocos rasgos faciales llegando casi a la omisión, lo cual nos indica perturbaciones en las relaciones interpersonales, donde no se ven los unos a los otros; otra omisión importante que se presenta en casi todos los miembros dibujados es, la ausencia de pies, lo que nos señala la presencia de sentimientos de abatimiento, inseguridad, inestabilidad. También existe omisión de las manos, que reafirma la falta de contacto con el ambiente, así como entre los mismos miembros de la familia; el único personaje que tiene manos es el padre, con el que Manuel refiere tener más contacto, ya que es el que más lo ayuda y escucha.

El dibujo de la madre es el que se ubica a mayor distancia de él, lo que indica que es a la que siente más distante dentro del círculo familiar; a su vez, también es el dibujo de mayor tamaño, lo que podríamos interpretar como un reflejo del mecanismo de idealización de la madre, así como de la relación que le gustaría tener con ella. Señala que es la persona más triste de toda la familia, aspecto que también puede influir en el sentimiento de distancia que percibe Manuel con ella.

Su hermano está representado durmiendo, pero llama la atención la forma en como dibuja la cama, ya que parece que encierra al hermano, como aislándolo de los demás, a pesar de que Manuel en la entrevista del dibujo señala que es el que considera como más cercano y el más divertido, porque es el que más juega con él; lo cual no indica que sienta una identificación con él.

La representación que hace de sí mismo como tirado en el piso viendo la televisión, por su tamaño y posición dentro del gráfico nos vuelve a señalar, que se siente abrumado y abatido, sin contacto con los demás, con tendencia a la depresión; hasta puede dar la impresión de que no está haciendo nada, como si no existiera.

#### ❖ Casa-árbol-persona (H-T-P)

La aplicación de este instrumento se realiza porque con el objetivo de obtener información del mundo interno, permite conocer cómo se percibe Manuel así mismo y a su medio, ya que cada dibujo constituye un autorretrato proyectivo a diferente nivel: con el dibujo de la persona realizamos una autoimagen más cercana a la conciencia, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos para enfrentar las tensiones de la vida cotidiana. En el de la casa proyectamos tanto nuestra situación familiar como los aspectos más inconscientes del propio individuo; el árbol representa el lado más profundo de nuestro Yo. La aplicación fue conjunta ya que así podemos observar la manera en como estos elementos interactúan.

En cuanto a los aspectos gráficos, podemos observar que el conjunto del dibujo se encuentra ubicado, con mayor proporción, en la parte derecha de la hoja, con una cierta tendencia hacia abajo, estos elementos en general pueden ser indicadores de la visión hacia el futuro, reflejando impaciencia, incertidumbre, sentimiento de inseguridad que puede producir ansiedad o un estado de depresión, por no saber

que le depara el futuro o por una inminencia de conflictos, posiblemente la muerte.

Es claro como la representación de la casa se encuentra ubicada en todo el sector derecho de la hoja, uniéndose al borde de la hoja, lo cual denota necesidad de sostén, temor a la acción independiente y falta de seguridad; si estas consideraciones las trasladamos a su percepción de la dinámica familiar, se podría interpretar como temor a la desintegración, que podría ser tanto de él, como la familia o la madre. Además, observamos que se trata de una casa simple, con techo apuntado hacia arriba, con ventanas pequeñas tachadas, en la puerta destaca la cerradura, todos estos elementos de cerrazón; dan la idea de poco contacto con el exterior, existe un importante pensamiento fantástico, con sentimientos de inadecuación o rechazo en el seno familiar.

Es importante señalar como ubica a la persona, justo por debajo de la casa, lo que nos hace pensar que se siente aplastado por su ambiente familiar, lo que coincide en cómo se representó en el dibujo de la familia, ya que además es claramente la figura más pequeña del dibujo. Los rasgos faciales expresan una posible existencia de sentimientos de vacío, y agresividad, con dificultad para controlar y dirigir los impulsos instintivos. El cuerpo presenta omisión de manos y pies, lo que nos indica falta de contacto con su medio social y poco asentamiento a la realidad.

El árbol por su colocación y tamaño, se aprecia como la figura de mayor tamaño en relación a las demás, indicando la necesidad de llamar la atención de su familia; es posible que sienta muy altas sus metas, y ambivalencia hacia el

pasado. En los elementos que lo conforman la falta de línea de suelo, raíces, así como la debilidad de las líneas del tronco, así como la inclinación hacia la derecha, la forma en como éste se une al follaje y el mismo follaje, nos muestran la posibilidad de fuertes sentimientos de inestabilidad, inseguridad y dudas, falta de arraigo, necesidad de encontrar su propio espacio, gran ansiedad, afronta con temor un mundo externo que es asumido como hostil porque se siente sin defensa, y un deseo por conservar lo que tiene, una sensación de presión que lo empuja, lo sobre pasa.

La historia relatada del gráfico, denota agresividad, fantasía de muerte, como castigo al expresar las tendencias agresivas.

#### ❖ Persona bajo la lluvia:

En este instrumento lo que buscamos obtener es la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, y tensas que es lo que representa la lluvia como elemento perturbador.

El análisis del gráfico, tomando en consideración los elementos que lo conforman (ubicación, tamaño, forma de la lluvia, persona), podemos observar que denota inseguridad, sentimiento de inferioridad; percepción de un entorno amenazante, estresante, ante lo cual se siente sin defensa, y sin control sobre él.

La historia que relata del dibujo, muestra su sensación de estar expuesto a un entorno amenazante que incluso lo enferma, ante el cual siente que no tiene los

recursos suficientes para enfrentarlo, la amenaza lo rebasa, de tal forma que requiere el apoyo y protección de otro.

❖ Test de frases incompletas de Sacks:

En este test se espera que el evaluado refleje sus propios deseos, apetencias, temores y actitudes en las áreas que evalúa: familiar, relaciones interpersonales y autoconcepto, miedos.

Por las respuesta emitidas podemos deducir, que existe cierta oposición a la autoridad, le molesta sentirse dominado por sus figuras de autoridad.

En lo social, le preocupa demasiado lo que piensen los demás y llegar a ser rechazado, evidencia un gran temor al fracaso y a no lograr sus objetivos.

Nuevamente aparecen fantasías de muerte, aspecto que detona su angustia y confusión de sentimientos.

Se identifica con el padre, siente preocupación e incertidumbre por su familia, probablemente en relación a sus fantasías mortíferas.

❖ Prueba De Apercepción Temática Para Niños (CAT):

La aplicación del test se realizó con el fin de obtener información, más detallada sobre las imágenes inconscientes que tiene sobre el medio en el que se

desenvuelve Manuel y en el que se encuentran, los padres, hermanos, amigos, enemigos, etc.

Podemos observar que en la mayoría de las historias fantaseadas y relatadas por Manuel, existe en común el tema del sentimiento de abandono o rechazo hacia el héroe de la historia, con el cual podemos especular que se siente identificado. Este abandono en algún punto de la historia es reparado, por alguien de figura parental, aparece así de nuevo su necesidad de ser protegido. Así mismo podemos observar como en algunas ocasiones, este abandono tiene un significado de castigo, ya que surge como consecuencia de alguna "mala" conducta desempeñada por el héroe de la historia, manifestando su temor a "no ser querido, por no ser suficientemente bueno" o que sus acciones lleven a destruir la relación con sus padres, al no ser el ideal esperado requiere de un severo castigo y éste puede ser el abandono o el rechazo.

Las láminas 1 y 6 son en las que Manuel proyecta más claramente su situación familiar, tanto pasada como presente. En la primera presenta un relato en el que hace clara la ausencia de su padre, y el retorno de éste al núcleo familiar, para quedarse ya en él; aquí se ve como para él, la madre opera como buena cuidadora, que está ahí y es la que hace que vuelva el padre. En la segunda proyecta más su situación actual, su sentimiento de abandono por parte de su madre, y como es que su padre es ahora quien lo cuida, terminando la historia con una reparación de su vínculo materno.



Así mismo, en la lámina 3, claramente elabora una historia sobre su relación con sus hermanos, y nos da información de que a sus hermanos los ve como figuras rivales con los que tiene que competir, demostrar que es igual que ellos, o incluso mejor, busca también atención de ellos pero a la vez teme su rechazo, si los hace enojar también dejarán de estar con él.

Aparecen también algunos elementos fantasiosos y agresivos de voracidad, los cuales indican que, siente temor de llegar a ser devorado o rechazado por las figuras de autoridad, especialmente si llega a fracasar con algo en que los demás esperan que sea bueno.

En general podemos concluir que el paciente carga con una gran angustia ante el abandono y desmoronamiento de su familia, vínculos que percibe débiles y fáciles de destruir cuando el exterioriza su agresión, lo cual le genera mayor angustia, y por lo tanto recurre a la sintomatología para evitar destruir sus relaciones.

#### ❖ Escala De Ansiedad Manifiesta En Niños (CMAS-R):

Manuel parecía tener una buena disposición para desarrollar la tarea, solo necesito que se le diera una vez la explicación de lo que debía de hacer, y no quiso ayuda para que le leyera las oraciones. Trabajo de manera rápida y no tuvo o expresó ninguna duda mientras contestaba los reactivos.

Los resultados obtenidos señalan una puntuación escalar de 50 en la ansiedad total, que corresponde a la media, lo que descartaría indicador de ansiedad.

A su vez en las subescalas corresponden las siguientes puntuaciones y resultados:

- I. Ansiedad fisiológica: 10 = media
- II. Inquietud/hipersensibilidad: 11= media
- III. Preocupaciones sociales: 5 = por debajo de la media
- IV. Mentira: 9 = media

Por las puntuaciones obtenidas podríamos concluir que el paciente no manifiesta ansiedad. Sin embargo, la información obtenida por los otros instrumentos señala lo contrario. Así pues, tomando como base el manual de la prueba en el que señala que *“en casos raros, algunos niños que obviamente son ansiosos revelan poca o ninguna ansiedad en la CMAS-R. Cuando ocurre este patrón de respuesta, es probable que el clínico desee ignorar la calificación del CMAS-R como una estimación exacta de la ansiedad del niño. Las respuestas totales del niño a esta prueba pueden proporcionar otra información clínica útil para entender y ayudar al chico en cuestión.”* Procedemos a analizar las respuestas afirmativas del evaluado, las cuales fueron:

- 1.- Me cuesta trabajo tomar decisiones
- 2.- Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero
- 3.- Me enoja con mucha facilidad
- 4.- Soy muy sentimental
- 5.- Me sudan las manos

- 6.- Tengo pesadillas
- 7.- Me siento muy mal cuando se enojan conmigo
- 8.- Algunas veces me despierto asustado
- 9.- Me siento preocupado cuando me voy a dormir
- 10.- Soy muy nervioso
- 11.- Muchas veces me preocupa que algo malo me pase

Todas estas respuestas afirmativas son de claro contenido sintomático de la ansiedad, que se ve reflejada en los demás instrumentos aplicados.

Por otra parte se podría suponer que no tiene consciencia de la ansiedad, por lo que más que una respuesta fisiológica, se trate de un estado de angustia, especialmente por lo reiterado de la sensación de inminencia de que algo "malo" le va a ocurrir, así como de las fantasías de muerte.

#### 7.4 Integración Diagnóstica y Plan Terapéutico:

Los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados, mostraron que el paciente posee habilidades de análisis, síntesis y planeación que le permiten resolver y organizar tareas complejas. Sin embargo se observan rasgos de ansiedad e impulsividad.

Se detectaron mecanismos defensivos predominantemente de tipo depresivo, los cuales aparecen como intento para controlar la ansiedad; que se genera por sentimientos de minusvalía y preocupación relacionada con su dinámica familiar.

A pesar de que no se le dificulta la socialización, presenta dificultades en el control de sus impulsos, repercutiendo ello en su interacción social, llegando a establecer relaciones interpersonales poco profundas.

Cuando se siente muy presionado puede presentar bloqueos de atención, como resultado del incremento en sus niveles de ansiedad, especialmente cuando quiere llevar a cabo la tarea con éxito y evitar a toda costa el fracaso que generaría el rechazo. Por otro lado, refiere cambios repentinos en su estado de ánimo, con dificultades para interactuar con su familia, para dormir y problemas de concentración.

Las principales áreas de conflicto se relacionan con la dinámica familiar, por la secuela de conflictos de los padres, aumentando así la angustia que genera la fantasía de la separación que podría ocurrir en su familia, y que incluso se manifiesta con cierta problemática en relación al sueño.

Las pruebas grafo proyectivas, sugieren un nivel de ansiedad generalizada, con una carga afectiva importante; así mismo, manifiesta una constante preocupación por la salud y su desempeño en las exigencias que le plantean las figuras de autoridad. Este incremento de ansiedad repercute en la tendencia a la psicopatización que se manifiesta por síntomas físicos que no tienen relación

directa con la presencia de un padecimiento médico. En ocasiones puede manifestar inseguridad, temor para vincularse y temor al rechazo.

Dx.: Trastorno mixto de ansiedad, que ya presenta una ansiedad generalizada con rasgos depresivos y tendencia a la somatización.

Se sugiere tratamiento psicoterapéutico, utilizando técnicas que permitan propiciar un adecuado manejo emocional y el fortalecimiento de su autoestima. Se recomienda valorar la posibilidad de recibir tratamiento farmacológico, por la presencia de un trastorno de ansiedad generalizada y el potencial desarrollo de un cuadro depresivo, si es que con el tratamiento psicoterapéutico no se lograra remitir el problema.

#### 7.5 Tratamiento:

En la devolución de resultados a los padres, se les explicó de la manera más clara posible toda la integración diagnóstica anteriormente descrita. Asegurándonos que fuera de una manera sencilla, para que fuera comprensible y no se sintieran tampoco atacados. Se le sugirió a la madre que sería conveniente que también ella llevara un proceso psicoterapéutico, ya que también ella parecía poseer características ansiosas. Así mismo, se recomendó que intentara realizar actividades en las cuales pudiera compartir con Manuel, para de esta forma aumentar y reafirmar la convivencia que tenía con él, pudiendo reforzar los lazos

materno-filiales, lo que influiría para disminuir la sensación de abandono que siente Manuel, y por ende su ansiedad.

Las sesiones con Manuel se llevaron a cabo con la utilización de diversas técnicas de juego, narraciones, y entrevista de seguimiento; todo ello con el fin de hacer consciente a Manuel de sus preocupaciones que le generaban la angustia, así como hacerlo reconocer sus propios recursos y habilidades para el manejo y la expresión direccionada de ésta angustia. Brindándole mayor control y por ende aumento de su autoestima.

Ejemplificando este trabajo terapéutico:

- Técnica de la galleta de jengibre: se le pidió que dibujara una galleta de un monito de jengibre, y la decorara y coloreara de la manera que le gustara más, para que después la recortara del resto de la hoja y así quedarse solo con la galleta; cuando terminó le preguntamos cómo se sentía con el resultado final de su galleta, a lo cual él contestó que se sentía bien y que le gustó su trabajo, después de esto tome su galleta y la rompí en dos partes; ante este hecho él se me quedó viendo, primero con una cara que expresaba sorpresa, confusión y molestia, sin embargo después comenzó a reírse; le pregunté cómo se sentía porque yo rompí su galleta, él solo se alzó de hombros y dijo que no sentía nada que estaba bien, a lo cual le señale que seguro si sintió otra cosa puesto que su cara y primera reacción me decían que posiblemente se sintió impresionado y molesto ante lo que le hice a su trabajo; él simplemente dijo que no sabía, entonces le pregunté cuál creía que era el propósito de toda la

actividad que acabábamos de realizar, él solo volvió a contestar que no sabía; por lo que le explique que quería hacerle ver, que las personas a veces somos frágiles como una galleta, y que a veces nos pasan cosas en la vida que no podemos controlar del todo, que nos lastiman y rompen como a la galleta, pero que podemos encontrar formas de sanarnos; acto seguido le di una cinta adhesiva y le pedí que pegara con ella su galleta; cuando terminó le expliqué que cuando encontramos forma de sanarnos, normalmente nos queda una cicatriz, que en el caso de la galleta era la cinta visible, pero seguimos estando enteros, la clave radica en poder reconocer lo que sentimos y expresarnos, le señalé que él tenía todo el derecho de decir que no le gustaba y como se sentía ante diferentes situaciones, así como pudo haber dicho que no rompiera su trabajo, ya que en esencia no tenía por qué romperlo.

- Entrenamiento del mantenimiento de la atención con juego: para esta actividad, utilizamos un memorama que el mismo Manuel escogió. Revolvimos las tarjetas que componían el memorama y comenzamos a jugar, el primer propósito de esta actividad era lograr que Manuel mantuviera la atención en el juego del memorama, pero en cuanto iniciamos el juego, su actitud competitiva y necesidad de éxito salió a relucir, tanto por la emoción que mostraba cada que ganaba un par y yo fallaba mi turno, como también porque comenzó a contarme que él casi siempre le ganaba a su hermano en los juegos así; pensé en que era necesario trabajar también con esta intensa necesidad de sobresalir. La primera partida perdí contra Manuel, ante lo cual a se puso muy contento, no dejaba de repetir que me había ganado; sin embargo, en la

siguiente partida gane yo, lo cual por la cara de molestia que hizo, y su señalamiento que él me había ganado por más pares, entendí que no le gusto perder, así que me pidió que jugáramos otra vez. Antes de acceder a un nuevo juego le pregunte como se sentía, simplemente me contestó que no le gustaba perder, le pregunté que cuál era el problema de perder, contestó que era feo porque luego te molestaban. Entonces le intenté hacer notar que una persona no puede ganar siempre, pero que eso no implicaba que fuera malo en algo, sino que a veces las circunstancias cambiaban y lo que teníamos que hacer era intentar ver si podíamos hacer algo diferente la próxima vez, que estuviéramos en una situación similar, además todos tenemos cualidades diferentes y cosas que se nos facilitan más, que lo importante era saber cuáles eran nuestras cualidades. Acto seguido, le pedí que anotara en una hoja todas las cosas en las que creía que era bueno y al lado las cosas que le costaban más trabajo y podía intentar mejorar.

- Entrevista de seguimiento: una sesión Manuel llega con una actitud muy dispuesta y me dice que me quiere platicar algo, comenta que su mamá ahora que estuvo de vacaciones, pasó bastante tiempo con él, la acompañó a su clase de tejer, que fue divertido, ya que él también iba a tejer, y ahora que se acercaba el Halloween había decidido que se iba a disfrazar de Harry Potter, y entonces lo que iba a tejer sería su bufanda de Gryffindor para su disfraz. Le pregunté entonces como se sentía por haber estado con su mamá más tiempo, a lo que contestó que muy bien, que le gustaba; así mismo le pregunté si había comentado algo con su mamá de cómo se sentía y lo que le gustaba,



respondiendo que no; entonces lo invité a hacerlo, ya que como habíamos comentado en otras sesiones, es importante saber reconocer lo que sentimos y comentarles a las personas que nos gusta o molesta, y de esta manera acercarnos más y mejorar nuestra relación con la persona en específico.

La siguiente sesión Manuel llevó lo que llevaba de su tejido de la bufanda sintiéndose muy contento y satisfecho con su trabajo.

Así fue la forma en como iniciamos y llevamos el tratamiento de Manuel, comenzó a tener pequeños avances, logrando mayor facilidad para identificar las emociones, y el autoconocimiento de habilidades, lo cual condujo al objetivo de incrementar su autoestima, así como aprender a reconocer y manejar su ansiedad.

#### 7.6 Conclusiones:

Manuel fue un niño con el que era fácil trabajar, quizá por su necesidad de aprobación tenía disposición y se mostraba siempre muy sociable.

Fue un paciente en el que, durante el trabajo psicoterapéutico predominó una relación positiva, creo que sobretodo de inicio me identificó como la hermana mayor, la que estaba continuamente poniéndole atención. Esto lo mostraba así, ya que en alguna sesión de entrevista de seguimiento el intentaba volcar la conversación hacia mí, queriendo que yo le compartiera a él, aspectos de mí, intentaba adivinar mi edad, mencionándome varios nombres de caricaturas y preguntándome si yo los había visto, ya que sus hermanos los habían visto.

Por mi parte consideré a Manuel un paciente agradable, con el que me gustaba trabajar, su deseo por agradarme y la disposición con la que llegaba a cada sesión hacía que yo me sintiera cómoda y con ganas de ayudarlo.

Al inicio, después del trabajo y la explicación de alguna de las dinámicas que habíamos hecho, no expresaba mucho sus reflexiones, se notaba una atención a lo que yo decía; después, con el avance de las sesiones se hizo notorio que había sido integrado el trabajo, ya que comenzaba a ser más expresivo, la identificación y control de sus emociones comenzó a progresar.

Durante todo su proceso psicodiagnóstico y de intervención, Manuel tuvo la ventaja de que sus padres estuvieron dispuestos a trabajar con él, fue evidente que la madre intentó poner en práctica las sugerencias proporcionadas en la devolución, factor que fue muy positivo y esencial para el avance del trabajo con Manuel; ya que el sentimiento de abandono estaba principalmente dirigido a ella. No olvidemos que hay un elemento de realidad, que es la enfermedad de la madre.

El tratamiento con Manuel se caracterizó por ser breve y focalizado, especialmente debido a que por la gran demanda de servicio dentro de la institución, no es posible ofrecer tratamientos de larga duración. Por otra parte, con frecuencia los horarios se complican y no pueden conducirse las sesiones de manera tan continua como se quisiera, es necesario considerar que el trabajo terapéutico en las instituciones, tiene que ajustarse a estas condiciones. Además

de que posteriormente llegó el tiempo en el que mi servicio terminó, así que la Mtra. Lara continuó con el tratamiento de Manuel.

En general considero que, en muchos casos lo más difícil del trabajo con los pequeños, es la inclusión los padres; ya que su apoyo es esencial para el avance del tratamiento, cuando surge en ellos alguna resistencia inconsciente, dejan de llevar al paciente; aspecto que en conjunto con el espaciamiento que existe entre sesión y sesión, influye en que el avance del tratamiento se vea obstaculizado.

Es innegable la importancia que tiene el trabajo psicológico en el área de interconsulta, donde muchas problemáticas también son causa de la falta de información y cultura psicológica de la población y que en parte somos nosotros mismos, los psicólogos, los que debemos difundir el trabajo que realizamos, así se podría terminar con ciertos mitos y ayudar a crear una cultura psicológica.

#### **8.- Aprendizaje Obtenido y Recomendaciones del Programa de Servicio Social:**

El programa de "Profesionalización del psicólogo clínico" me ha brindado muchas experiencias que me han permitido ir aprendiendo más específicamente sobre el trabajo que se realiza dentro del área de la psicología clínica, también me permitió ver como se incluye ésta área dentro del ámbito institucional, el que, por la demanda y condiciones de trabajo, llega a ser muy diferente a una práctica privada.

Estas diferencias se manifiestan sobretodo en relación a la continuidad de las consultas que se puede brindar al paciente, ya que al haber un alto número de pacientes y pocas horas disponibles de consulta (a comparación del número de solicitantes), las sesiones no pueden ser programadas de forma continua. A su vez, las sesiones dedicadas a la evaluación, debían ser lo más breves posibles, aplicando pruebas rápidas, que nos brindaran la información necesaria, de esta forma no se retrasa la emisión de un diagnóstico y se puede disponer de un mayor número de horas para la intervención terapéutica.

Considero que por todo lo antes expuesto es un excelente programa, ya que no solo te permite ver la realidad del trabajo profesional en una institución, y cómo es necesario adaptar todos los elementos, tanto de evaluación como de la intervención a los recursos y requisitos emitidos por la institución, sino que también otorga la posibilidad de ver cómo es a groso modo, la cultura psicológica que existe en nuestro país, que desde mi punto de vista, es muy pobre. Y además de todo, te permite reaprender y perfeccionar todas las técnicas, habilidades y conocimientos previamente adquiridos sobre evaluación, aplicación de pruebas, entrevista, etc; ya que todos estos procesos no los podemos solo aprender de forma teórica; hay una gran diferencia cuando tienes un caso enfrente de ti y tienes que recurrir a lo aprendido para el beneficio del paciente. Aunque es innegable que se requiere del conocimiento y buen manejo teórico de las teorías psicológicas y de la aplicación de pruebas, también es necesario ser capaz de analizar y reconocer las capacidades individuales que se poseen para el

tratamiento terapéutico; para así también trabajar en éstas y mejorar como profesionalista.

Considero que un elemento esencial dentro del programa es la asesoría constante con la que se cuenta; es esencial porque como recién egresados o todavía estudiantes, es imprescindible la retroalimentación, ya que te ayuda a identificar lo que estás pasando por alto; así como señalarte tus aciertos, es necesario para el aprendizaje y crecimiento como profesional, además de que permite el ejercicio ético en algo tan delicado como es el trabajo psicoterapéutico con pacientes; y sobre todo cuando éstos son niños.

Recomendaría que el programa continúe y si fuera posible, hacer difusión acerca de las especificaciones de los tratamientos institucionales con los niños, ya que es totalmente diferente al tratamiento con un adulto, y créo que algunas veces no se está realmente consiente de eso cuando estudiamos, cometiendo así errores en el trabajo con éstos. Así como tampoco se está consiente de lo diferente que es trabajar en una institución hospitalaria en comparación con la práctica privada.

## 9.- Bibliografía:

- Amador, J., & Idiázabal, M. Á. (2002). Utilidad de las escalas Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 14(2), 350-356.
- Aragón, L. E. (2011). *Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: Manual Moderno.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Díaz de Santos.
- Barragan, L., Brugmann, A., Montenegro, M., & Benavides, J. (1987). *Pruebas de frases incompletas*. Mexico: Publicaciones UNAM.
- Cattaneo, B. (2005). *Informe Psicológico. Elaboración y Características en diferentes ámbitos*. (3 ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- Celener, G., Febbralo, A., & Rosenfeld, N. (2004). *Técnicas proyectivas: actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*. Buenos Aires: Lugar.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus Trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- CIE10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. (1994). Madrid: Meditor.
- De Ajuriaguerra, J. (2004). *Manual de Psiquiatría Infantil* (4a ed.). Barcelona: Masson.
- De Santiago, F. J., Fernández, M. J., & Guerra, L. R. (1999). *Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas*. Salamanca: Amarú.
- Domene, M. E. (2009). *Psicoterapia Infantil*. México: Trillas.
- Esquivel Ancona, F., Heredia Ancona, C., & Lucio Gomez Maqueo, E. (1999). *Psicodiagnóstico clínico del niño* (segunda ed.). México: Manual Moderno.

- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Introducción a la evaluación psicológica* (2a ed.). Madrid: Pirámide.
- Frank de Verthelyi, R. (1985). *Interacción y proyecto familiar : Evaluación individual diádica y grupal por medio del test de la familia kinética actual y prospectiva*. Gedisa: Barcelona.
- García, L. M. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México: Trillas.
- ISSSTE. (2013). Recuperado el 10 de Febrero de 2013, de <http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/mder-rel-inter-misionyvision>
- Johnson, J. H., Rasbury, W. C., & Siegel, L. (1995). *Métodos de Tratamiento Infantil*. México: Limusa.
- Lebovici, S., & Weil-Halpern, F. (2006). *La psicopatología del bebé* (Segunda edición ed.). México: Siglo XXI editores.
- Maladesky, F. A. (2004). *Diagnóstico en niños. Vínculos y prevención*. Buenos Aires: Lugar.
- Marcelli, D., & De Ajuriaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño* (3a ed.). Barcelona: Masson.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Recuperado el 20 de Marzo de 2013, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Raven, J., & Court, J. (1993). *Test de Matrices Progresivas. Manual*. México: Paidós .
- Reca, T. (1976). *Psicoterapia en la infancia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Reynolds, C., & Richmond, B. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en Niños. (CMAS-R). Manual*. Manual Moderno.

- Rojtenberg, S. L. (2001). *Depresiones y antidepresivos*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Rosenfeld, N., Aurutín, H., & Jordá, A. (2004). Entrevista de devolución. En N. Rosenfeld, & G. Celener, *Técnicas proyectivas: actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*. Buenos Aires: Lugar.
- Sattler, J., & Hoge, R. (2008). *Evaluación Inantil. Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas* (5 ed., Vol. II). México: Manual Moderno.
- Segal, H. (2010). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.
- Siquier, M. L., & García, M. E. (1976). *El Proceso psicodiagnóstico y las técnicas proyectivas* (Vol. II). Buenos Aires: Nueva Vision.
- Solloa, L. M. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño*. México: Trillas.
- Spielberger, C., Martínez-Urrutia, A., González-Reigosa, F., & Díaz Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.



# ANEXO

---

## ❖ MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN:

Nombre: Manuel (seudónimo)

Edad: 9 años.

	A	B	C	D	E
	4	2	2	8	1
	5	6	4	1	7
	1	3	8	7	3
	6	1	2	2	6
	4	5	1	3	8
	5	2	2	3	3
	1	6	3	5	3
	1	5	4	6	6
	3	1	6	8	7
	4	2	6	3	1
	6	2	1	6	8
	2	5	8	8	6
TOTAL	10	6	6	9	4

Puntaje: 35

Percentil: 75

Tiempo: 30 min.

## ❖ PRUEBA KINÉTICA DEL DIBUJO DE LA FAMILIA:



Mamá: cocinando, es la más triste.

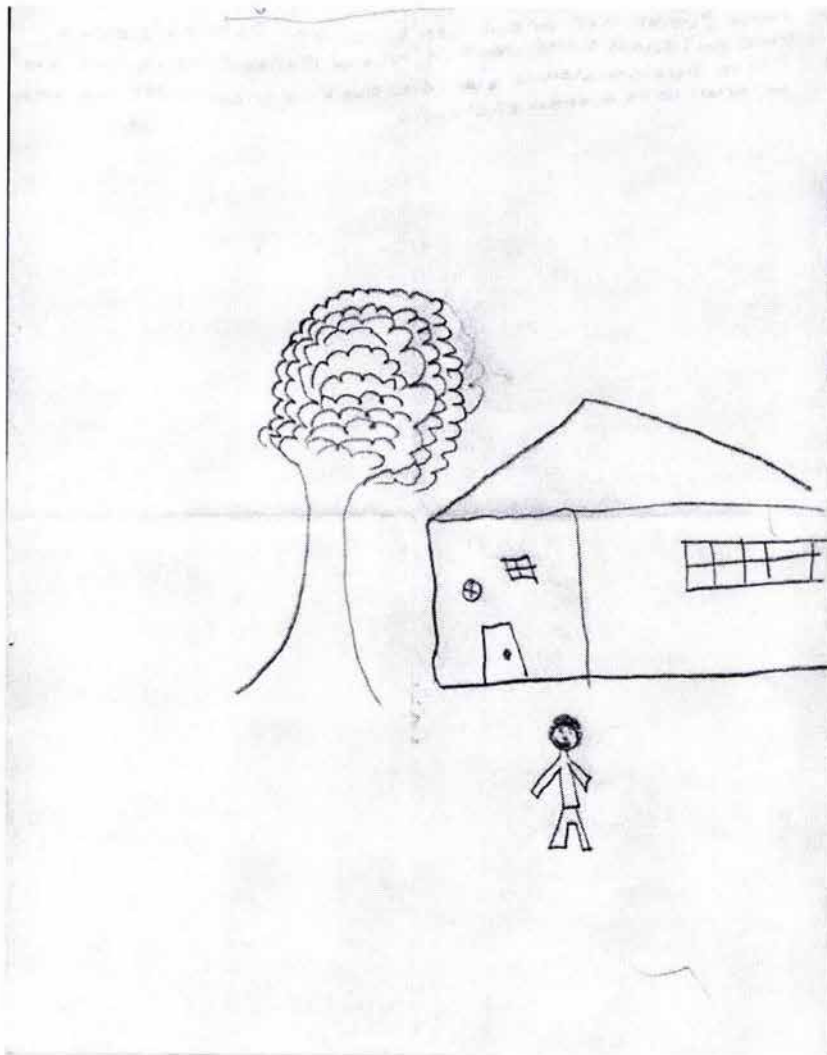
Papá: bailando, es el que más le ayuda y escucha

Hermana: barriendo, es la más enojona

Hermano: duerme, es el más gracioso de todos y con el que más juega

Él (Manuel): ve la tele

## ❖ CASA-ÁRBOL-PERSONA (H-T-P):

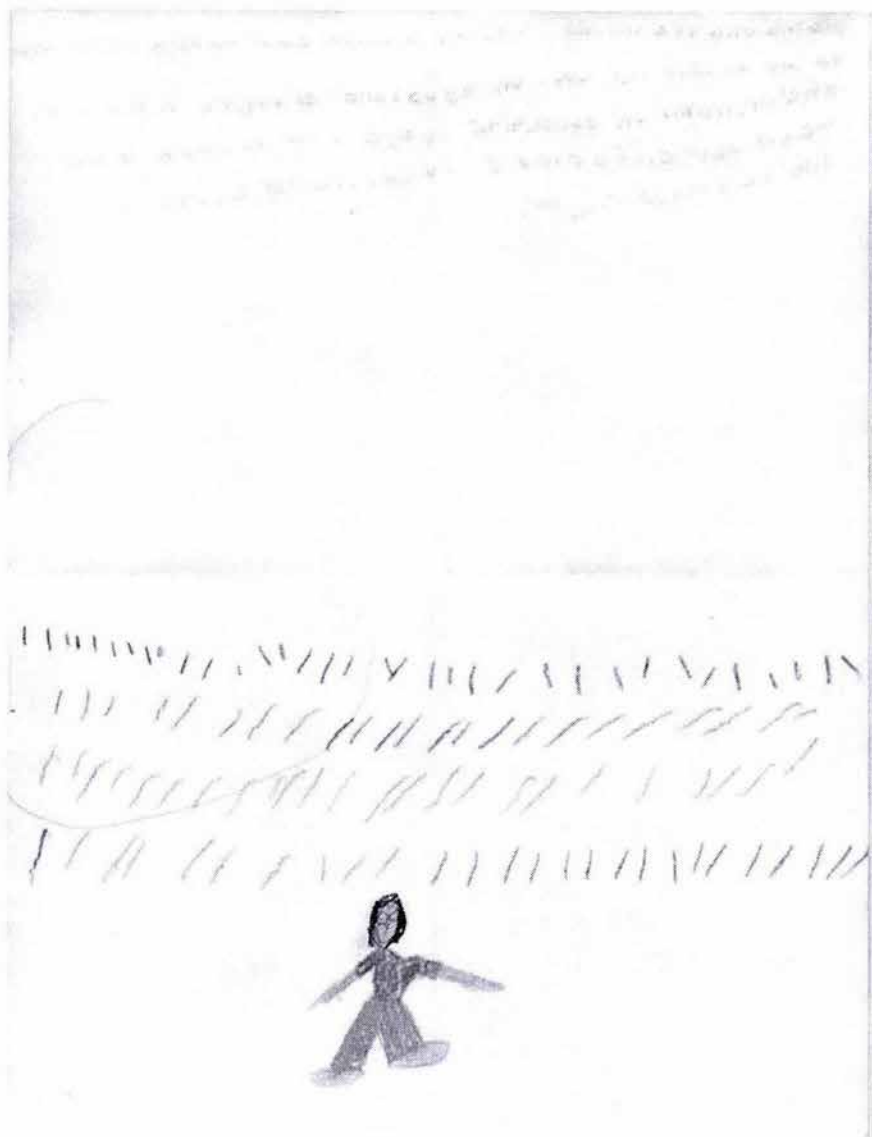


## Historia:

Había una vez un joven llamado Tomás que vivía en una casa junto a un árbol con 5 vecinos. Tomás siempre hacía maldades a sus vecinos. Un día falleció un vecino, que era a el que más le hacía maldades.

Días después lo encontraron colgando del árbol con una cuerda en el cuello.

## ❖ PERSONA BAJO LA LLUVIA:



## Historia:

Había una vez un niño que iba a casa de su abuela, pero cuando iba de camino cayó un aguacero, el pobre niño no encontraba un escondite, luego vio la casa y se metió se enfermó. Su abuela lo cuidó hasta que se sintió mejor.

❖ PRUEBA DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA CAT:

Lamina 1:

Había una vez una familia de pollitos y su mama gallina les daba siempre de comer cosas ricas, y luego un día en que los pollitos conocieron a su papa, pero el no les hizo caso, ellos muy tristes regresaron a la granja y su mama los consoló. Luego fueron a cenar y se durmieron. La mama mientras dormían, fue a hablar con el papa, y le había dicho que si los podía ir a visitar, el papa gallo fue a visitar muy arrepentido a los pollitos, luego les dio un beso y un abrazo a cada uno y vivieron felices por siempre.

Lamina 2:

Había una vez tres osos muy competitivos siempre querían ganar, ellos tenían un juego que les divertía mucho que era jalar la cuerda, como el oso mayor tenía mucha fuerza, en el otro equipo estaban dos, siempre se terminaban peleando pero al otro día se volvían a hablar. Un día decidieron jugar mejor carreras sin equipos, el mayor tiro al mediano, el pequeño se le encimó al mayor y así el mediano se levantó, pero el pequeño era muy ágil y rápido así que ganó la carrera, entonces los otros se enfadaron con él y no se juntaban con él en la comida no le hablaban y siempre le pegaban. Un día su mama les preguntó porque no se hacían caso a su hermano, le dijeron y ella les dijo que tenían que dejar de ser competitivos y ser muy amistosos. Fin.

## Lamina 3:

Había un león que era el rey de África, el más salvaje, pero no sabía leer ni escribir, el con toda su riqueza contrató a maestros humanos, pero nunca aprendía y termino devorando a los maestros, el decidió aprender solo hasta que un día lo logro. Fin.

## Lamina 4:

Había una vez una mama canguro que tenía dos hijos, el mayor tenía ocho años y el menor tres. El de ocho años estaba muy enfadado porque él tenía que ir en bici y su mama siempre llevaba a su hermano en su bolsa, hasta que después se le quitó el enojo y se reconciliaron. Fin.

## Lamina 5:

Había dos ositos huérfanos que vivían en una casa abandonada, como no sabían casar tuvieron que aprender a trepar árboles para bajar fruta, y tenían que acompañar a las vacas para que les dieran leche. Dos días después se mudo un matrimonio de osos que querían tener bebes, y cuando salieron a casar el matrimonio los vio y los quiso adoptar. Fin.

## Lamina 6:

Había un osito que vivía con su papa y salían a cazar, comían muy bien, pero el osito siempre estaba triste porque todos los osos del valle salían con su mama y veía como las osas limpiaban los cuartos de sus cuevas. Había una osa que vivía en la punta de la montaña y estaba sola, tenía que bajar para tomar agua y cazar.

Un día las mamás osas de sus compañeros y amigos del valle estaban platicando con la osa de la montaña y le preguntaron si no tenía una cría, la osa solitaria les dijo que sí, y dijo el nombre del osito, el osito salió corriendo para ver quien lo llamaba y vio la osa, corrió a abrazarla y vivieron felices por siempre.

Lamina 7:

Había una vez un tigre que comía monos, un mono si era su amigo t no le permitía comer más a los otros monos, así que el tigre decidió volverse vegetariano, pero cuando se acabaron las frutas y verduras volvió a su papel de carnívoro, pero como no lo dejaban comer monos, comía insectos, pero no lo llenaban, entonces empezó a comer serpientes, pero a la selva comenzaron a llegar alces y gacelas, y volvió a ser carnívoro.

Lamina 8:

Es una familia de monos, el menor siempre estaba haciendo monadas, tenían que ir de vacaciones, pero como se la pasaba haciendo monadas se perdió, se tardaron años en encontrarlo, tres años, ya tenía trece años cuando lo encontraron, pero como la familia era muy pobre, la mamá tuvo que ir a trabajar y él a la escuela. Un día demolieron su casa porque no podían pagar la renta, entonces se le ocurrió hacer una casa de bambú y se mudaron a vivir ahí y fueron felices por siempre.



Lamina 9:

Un conejito se tenía que refugiar en casas abandonadas para que no lo llevaran al orfanato. Un día el camión se lo quería llevar, y en su resistencia se calló la casa, y aun así calló en un orfanato, no llevaba ni cinco minutos en el orfanato cuando una familia lo adoptó y le dieron su cuarto en el tronco y vivieron felices por siempre.

Lamina 10:

Había un perrito que se portaba muy mal y le daban nalgadas, hasta que un día dejó de hacer maldades, y su mama en vez de pegarle lo abrazaba. Un día su mama tuvo otro perrito, y estaba celoso y comenzó a hacer maldades, y lo mandó al orfanato, una familia de gallinas lo adoptó y cuando creció siempre las protegió.