

153  
2.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**



**EL TRABAJO PSICODIAGNOSTICO EN LOS  
TRASTORNOS EMOCIONALES  
DEL DESARROLLO INFANTIL**

**REPORTE LABORAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO  
DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**Presenta**

**LAURA MARIA MAYORGA DURAN**

**Directora: DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE**

**México, D. F.**

**Abril de 1996.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**El presente Reporte Laboral fue elaborado en el programa "REPORTE LABORAL Y ACTUALIZACION TEMATICA III" de la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología. Deseo expresar mi agradecimiento a la Lic. Hilda Paredes y a la Lic. Olivia Alvarez.**

**Mi agradecimiento a la Dra. Rosa Korbman Chjetaite directora del Reporte, por sus sugerencias y aportaciones a mi trabajo. Su guía estará siempre en mi compromiso profesional.**

**Finalmente, deseo agradecerle al Lic. Sotero Moreno Camacho su amable y valiosa orientación.**

Quiero dedicar este trabajo a mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanas Gisela, Lupita y Adela por su compañía y a mis hijos Alonso y Hugo por ser la parte más bella en mi historia.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	6
PROCEDIMIENTO	19
EVALUACION	40
ANALISIS	44
CONTRIBUCION	47
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXO	

## INTRODUCCION

El presente REPORTE LABORAL contiene el trabajo clínico de diagnóstico psicológico, que he realizado en una práctica profesional privada, con niños que presentan severas perturbaciones emocionales en su desarrollo. He elegido este tema porque considero importante la intervención del psicólogo en la observación y detección oportuna de los conflictos que presentan algunos niños y que afectan su desarrollo. Para realizar éste trabajo he reunido instrumentos psicológicos, técnicas y estrategias de trabajo. Me refiero a la aplicación de pruebas, entrevistas, cuestionarios y el registro del juego del niño como elemento diagnóstico.

Esto permite obtener un diagnóstico más certero de la problemática psicológica que aqueja a los niños que son referidos.

El trabajo diagnóstico comprende la valoración de los factores que afectan la capacidad funcional del niño, los cuales pueden ser de origen orgánico, psicosocial o una combinación de ambos, identificando su funcionamiento y dinámica en la estructuración de la personalidad del niño. Como sustento de este proceso se necesita el conocimiento del proceso de desarrollo infantil normal. El resultado de este trabajo es la obtención de un perfil psicológico del niño, con el cual se toman decisiones acerca de la atención que éste necesita.

En el proceso de la valoración, el psicólogo infantil se plantea preguntas e hipótesis que puede resolver después de concatenar todos los datos que ha obtenido.

En el transcurso de mi práctica profesional privada, he realizado el psicodiagnóstico clínico, tomando como base la Teoría Psicoanalítica, porque considero que sus aportaciones en el campo de los aspectos emocionales del desarrollo infantil y su dinámica, ha sido muy importante. Considero también que ofrece una explicación del origen y las causas de la patología; así como su manifestación en el transcurso de la estructuración de la personalidad.

El trabajo de diagnóstico que he realizado ha sido en niños con alteraciones o carencias tempranas, que expresan por medio de conductas sintomáticas como enuresis, encopresis, hurto, desórdenes en el sueño, irritabilidad a estímulos, poca tolerancia a la frustración, agresión hacia sus figuras parentales e incapacidad para lograr una socialización. Por éstas razones no han logrado una progresión en su desarrollo de acuerdo a lo esperado como normal, en un contexto cronológico, estructural y funcional-social.

No es fácil definir el concepto de normalidad en el niño, porque durante el proceso de desarrollo se presentan conflictos y crisis inherentes al mismo, por lo tanto es indispensable para el psicólogo el estudio de las aportaciones de las Teorías del Desarrollo Infantil, para identificar oportunamente el origen y el tipo de factores que provocan una alteración, detención o conflicto significativo.

Es importante investigar también la historia del desarrollo del niño en su contexto y dinámica familiar.

Coincido con lo expresado por F. Dolto (1994), quien afirma "es el niño quien mediante sus síntomas encarna y hace presentes las consecuencias de un conflicto viviente familiar ó conyugal. .... En resumen el niño ó el adolescente se convierte en portavoces de sus padres. (Mannoni, Maud, 1994)".

Anna Freud (1945) plantea que una evaluación de la normalidad, debe correlacionarse con la capacidad del niño para continuar con la **progresión** de su desarrollo sin ningún impedimento, y cuestiona la importancia que se le atribuyen a diversos síntomas y conductas como indicadores definitivos de enfermedad. Este es el punto que considero central para el trabajo de valoración en mi práctica profesional, la cual realizo en la ciudad donde resido, Cancún, Quintana Roo; que por ser una ciudad pequeña no ofrece muchas alternativas en el campo de la Salud Mental.

### CARACTERÍSTICAS DE CANCÚN, Q. ROO.

- 1.- Cancún es la cabecera del Municipio de Benito Juárez en el Estado de Quintana Roo, y de acuerdo a los datos del censo de población del Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática de 1990, tiene una población de 176,765 habitantes. De este total el 20.5% ha nacido en la entidad; el 74.0% restante proviene de otras entidades del país, y el 6% es población que proviene de otros países. Esta diversidad de lugares de procedencia, conforma una ciudad de costumbres y tradiciones variadas.
- 2.- Cancún es una ciudad eminentemente turística, que recibe anualmente un promedio de 1,900,000 visitantes, cuenta con una infraestructura hotelera y de servicios que generan una planta laboral en el área de servicios.
- 3.- Tiene una tasa de crecimiento anual del 25%, ubicándola como una de las ciudades del país con un alto ritmo de crecimiento.
- 4.- Tiene una población escolarizada de 6,873 alumnos en el nivel preescolar; 34,326 en el nivel primario y de 9,277 en secundaria. Su población es infantil y juvenil principalmente.
- 5.- En cuanto a servicios de atención a la población en el área de salud cuenta con servicios hospitalarios de 1er, 2o. y 3er. nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE; así como de instituciones privadas.
- 6.- En el área de Salud Mental, el IMSS tiene consulta externa de Psiquiatría. Este servicio existe también en la práctica privada.
- 7.- Con respecto a los servicios de atención psicológica para niños, existe el Centro de Atención Múltiple, que pertenece a la Dirección General de Educación Especial del Sistema Quintanarroense de la SEP, y proporciona educación especial a niños y



jóvenes discapacitados. Este centro ofrece atención en Estimulación Temprana, Deficiencia Mental, Trastornos de Audición y Lenguaje y Capacitación para el Trabajo.

El centro evalúa la naturaleza del problema que presentan los niños, cuenta con un grupo de psicólogas que aplican una batería de pruebas, y los aspectos que se diagnostican corresponden a la capacidad intelectual del niño y su nivel de maduración.

8.- La Dirección General de Educación Especial tiene también el servicio de Grupos Integrados y el Centro Psicopedagógico, para niños con problemas de aprendizaje, audición y lenguaje y problemas de conducta. Cada unidad de Grupo Integrado cuenta con psicólogos que valoran con una batería de pruebas a los niños; se les aplica homogéneamente el Dibujo de la Figura Humana, Bender y Wisc RM. Sobre los resultados obtenidos se sugiere un plan de trabajo en el aspecto pedagógico, terapia del lenguaje en los casos que así lo ameritan, y con respecto a los problemas de conducta se sigue un plan de Intervención a través de sugerencias generales para el maestro.

9.- En el nivel preescolar o educación inicial existen los centros de detección temprana CAPEP.

10.- El DIF Municipal cuenta con el Departamento de Psicología que atienden niños y adultos. En este servicio se realizan valoraciones psicológicas aplicando pruebas de manera aislada.

La atención psicológica Institucional, no cubre todas las necesidades ni características de un sector de la población que tiene que elegir un servicio privado, que constituye el marco en el que trabajo haciendo la valoración y el psicodiagnóstico emocional de niños de 2 y medio a 6 años de edad.

Es una práctica profesional privada que he organizado mi trabajo de valoración y psicodiagnóstico en los trastornos emocionales que afectan el desarrollo de niños en cuyas edades están las bases de estructuración de su personalidad.

## ANTECEDENTES

El trabajo clínico requiere de un entrenamiento específico en la aplicación de técnicas derivadas de un cuerpo teórico que las sustenten. El psicólogo infantil requiere para su trabajo profesional, del conjunto de conocimientos acerca de los fenómenos y procesos de Desarrollo Infantil, sistematizados en diferentes teorías. El estudio de las Teorías del Desarrollo Infantil proporciona la comprensión de los diferentes períodos y etapas del proceso normal de adquisición de capacidades, habilidades y funciones del niño, así como identificar la presencia de factores que afectan patológicamente su desarrollo.

Para valorar el desarrollo, el psicólogo hace uso de Instrumentos y técnicas, mediante los cuales obtenga datos objetivos sobre el estado del niño, que conformen un criterio diagnóstico con el cual se planea el tipo de **Intervención y tratamiento** adecuado a las necesidades de cada uno de los casos que se le presentan.

El psicodiagnóstico infantil, es un trabajo que comprende no sólo la aplicación de pruebas psicológicas, escalas de desarrollo y maduración, sino el conjunto e integración de información que nos permita comprender la interrelación e interdependencia múltiple que existe en el desarrollo de las funciones psicológicas en el seno de una historia familiar.

En la evaluación de los trastornos que se presentan tempranamente, el diagnóstico diferencial es un trabajo complejo, debido a la interrelación de factores internos (orgánicos y constitucionales), y externos (las relaciones tempranas con el medio, inicialmente con la madre), y que en conjunto afectan la formación de la personalidad del niño y la manera cómo él se desempeña en su entorno.

\* El diagnosticador debe contar con conocimientos relativamente amplios acerca de los diversos aspectos y etapas del desarrollo infantil normal (A. Freud, 1984)\*.

Los conocimientos sistematizados del desarrollo humano tienen diferentes líneas teóricas y considero necesario para el psicólogo que trabaja con niños su estudio.

### TEORIAS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO INFANTIL

De acuerdo a su método de estudio las Teorías del Desarrollo se pueden clasificar en:

I.- Las sustentadas en la observación directa longitudinal, de tipo biológico-naturalista.

II.- Las sustentadas en la observación y experimentación por medio de métodos controlados.

III.- Las sustentadas en la observación e Interpretación de los procesos del funcionamiento psíquico.

**I.- Arnold Gesell.** Realizó observaciones de tipo natural en niños normales, y les dió seguimiento a lo largo de cinco años, sus postulados tienen un sustrato biológico en la determinación, forma y sucesión de los fenómenos del desarrollo. Este desarrollo "se expresa exteriormente por las reacciones reflejas voluntarias, espontáneas y aprendidas: parpadear, asir un objeto, volver la cabeza, etc, que deben considerarse como modos del comportamiento, o conducta. El Desarrollo se puede, examinar a través del examen de los modos de conducta (Gesell y Amatruda, 1979)".

Gesell toma en cuenta la edad cronológica y elabora una descripción detallada de distintos momentos del primer año de vida, base conceptual y conocimiento necesario para ubicar los fenómenos posteriores en la progresión del desarrollo. Estudia la evolución y maduración del niño de 1 a 5 años y considera que el crecimiento presenta cuatro diferentes aspectos o campos que normalmente muestran desarrollos paralelos y discrepantes en casos atípicos.

- Conducta Motriz. Comprende desde los grandes movimientos corporales hasta las más finas coordinaciones motrices.
- Conducta Adaptativa. Comprende los ajustes sensomotores frente a objetos y situaciones, así como la capacidad para realizar nuevas adaptaciones frente a los problemas.
- Conducta del Lenguaje. Abarca toda forma de comunicación visible y audible, es decir todas las formas de comunicación verbal y corporal.
- Conducta Personal-Social. Son las habilidades y actitudes del niño frente a su medio socio-cultural.

El esquema propuesto por éste autor tiene una continuidad orgánica en el cual observa el crecimiento como proceso de transformación, y el nivel de madurez como la ordenada sucesión de etapa por etapa desde la concepción. En este contexto maneja el concepto de "desprendimiento evolutivo", definiéndolo como la progresiva independencia del niño pequeño, y los fenómenos reactivos que no responden a determinantes genéticos, sino que expresen elementos que surgen de las relaciones personales del niño. Gesell y sus colaboradores construyeron un esquema para el examen del crecimiento normal en los cinco primeros años de vida.

**II.- Jean Piaget y el Método Clínico.** Piaget se dedica al estudio experimental de la génesis de las categorías fundamentales del pensamiento, siguiendo una concepción epistemológica. También realiza estudios teóricos sobre las estructuras del conocimiento que siguen un proceso dinámico, y tienen que ser descritos de una manera histórica. Investigó el proceso de transformación y construcción de una etapa a otra.

Para él la conducta cognoscitiva humana es una combinación de cuatro áreas, (Maier, 1982).

- Maduración (diferenciación del sistema nervioso)
- Experiencia (interacción con el mundo físico)
- Transmisión Social (cuidado y educación para infundir sobre la naturaleza de la experiencia del individuo)
- Equilibrio (autorregulación de la adaptación cognoscitiva, es decir, "el principio supremo del desarrollo mental, según el cual el crecimiento mental progresa hacia niveles de organización cada vez más complejos y estables".

Piaget postula que la adaptación es el esfuerzo cognoscitivo del organismo, y para que se de un equilibrio entre el organismo y su ambiente entran en función los procesos de asimilación y acomodación. En la Teoría Piagetiana el desarrollo es un proceso evolutivo en el cual se ubican una serie de fases y subfases que denomina estadios.

**- Estadio Sensoriomotor (0 a 2 años)**

Sub estadio	1	(0-1 meses) Ejercicio de los reflejos
	2	(1-4 meses) Esquemas simples
	3	(4-8 meses) Coordinación de esquemas
	4	(8-12 meses) Inicio de la intencionalidad
	5	(12-18 meses) Experiencia activa de nuevas coordinaciones
	6	(18-24 meses) Invención representativa de nuevas coordinaciones

**- Estadio Preoperatorio (2-7 años)**

Pensamiento simbólico y preconceptual

Pensamiento intuitivo

**- Estadio de las operaciones concretas (7-11 años)**

**- Estadio de las operaciones formales (11-16 años)**

Piaget realiza también estudios sobre el proceso de simbolización en el niño en las conductas de juego, sueño e imitación diferida. Las aportaciones de su teoría sobre las estructuras del conocimiento y su relación con el medio han tenido un impacto trascendente en el conocimiento de los procesos cognositivos del niño.

La universalidad de los estadios propuestos por Piaget es indiscutible, y no obstante de que a partir de su esquema de investigación se pueden realizar exámenes al niño para identificar el proceso en cuanto a la conformación de estructuras, éste examen no se aplica usualmente.

**III.- Sigmund Freud y la Teoría Psicoanalítica.** Freud resalta la importancia de los años infantiles en la génesis de los fenómenos que determinan la estructuración y funcionamiento de la personalidad. Basándose en la observación y análisis de los recuerdos infantiles de sus pacientes, bosquejó un cuadro de la conducta sexual durante la época infantil.

Planteaba que el niño nace desprovisto de los medios para la sobrevivencia y depende totalmente de los cuidados maternos. Para él, el niño nace con una cantidad fija de "energía biológica", fuente de los impulsos sexual o erótico (autoconservación), y los impulsos agresivos de destrucción y muerte. Postula la teoría de la libido y la explica como la "fuerza (concebida como cualitativamente variable y mensurable) de los instintos sexuales dirigidos hacia un objeto (Spitz, 1985)".

Para Freud el impulso sexual se modifica en un complejo proceso de desarrollo durante el cual tiene muchas manifestaciones, y escribió que la sexualidad en el niño y la actividad autoerótica están presentes desde el nacimiento (S. Freud, 1905). La aplicación del punto de vista genético al desarrollo sexual lo lleva al descubrimiento de la función que desempeñan las zonas erógenas, y que conforme

el niño se desarrolla, la libido se desplaza de una zona erógena a otra. La zona donde se reubica la energía define una nueva etapa del desarrollo siguiendo un proceso evolutivo. Así la meta sexual de la pulsión infantil es obtener satisfacción de la estimulación apropiada a una zona en particular (S. Freud, 1905).

S. Freud descubrió las etapas del desarrollo sexual a partir del nacimiento y las denominó:

- Etapa Oral. En esta etapa la zona erógena se ubica en la boca y los labios del bebé, la actividad principal es la succión que se realiza apoyándose en una función fisiológica esencial para la vida, y su finalidad está determinada por la satisfacción de la actividad rítmica autoerótica y la alimentación.

- La etapa Anal que se da a partir de la función y control de los intestinos, durante el segundo y tercer año de vida. La energía libidinal se ubica en el ano y la gratificación sexual está asociada con la expulsión y retención de heces fecales. En ésta etapa, el niño ingresa con la ayuda de la relación de la madre, al establecimiento de las normas familiares.

- La Etapa Fálica que abarca de los 3 a los 6 años aproximadamente, y que se caracteriza porque el pene es el objeto principal de interés para el niño de uno u otro sexo. En esta etapa se inicia la organización sexual hacia la elección de objeto, y Freud introduce el concepto del "Complejo de Edipo" para describir la relación de amor y rivalidad hacia cada uno de los padres. Como resultado de la resolución edípica y aparición del super yo se inicia un período de latencia en el cual la actividad de los impulsos disminuye, permitiendo al niño desarrollar su creatividad y capacidad de aprendizaje como resultado de la sublimación de los instintos.

-La Etapa Genital que se da con el inicio de la pubertad y la adolescencia, y donde se dan las bases para la sexualidad adulta.

Freud Describe los procesos psíquicos del hombre elaborando conceptos explicativos a diferentes niveles, y plantea tres constructos hipotéticos que



constituyen la base de su Teoría, y a partir de los cuales se han realizado contribuciones importantes para el desarrollo de la Teoría Psicoanalítica.

El aspecto dinámico del funcionamiento psíquico le da a la teoría, su característica fundamental, para explicar el crecimiento y funcionamiento psíquico así como las operaciones de las partes que lo componen, sus interrelaciones y conflictos. En 1900 Freud publica "La interpretación de los sueños" en donde inicia la construcción de un modelo de la topografía de la mente, el cual es completado posteriormente cuando establece la división de los contenidos y operaciones de la misma. Esto lo lleva a postular lo que denominó inconciente, preconciente y conciente.

Finalmente Freud propone hacia 1923 su hipótesis de las estructuras a las que denominó ello, yo, y super yo; donde el ello corresponde a las representaciones psíquicas de los impulsos, el yo es el mediador que tiene que actuar en la relación con el medio ambiente, y el super yo comprende la representación de las aspiraciones ideales, las órdenes y prohibiciones que la personalidad se impone a sí misma.

En la teoría freudiana, el interés por el estudio de las pulsiones, a lo largo del crecimiento, y la dinámica de estas frente a las exigencias de la realidad, le dan a la conducta humana un carácter adaptativo.

Para el estudio del desarrollo del niño el conocimiento de la formación de las estructuras es fundamental, porque permite conocer la dinámica de los conflictos que se presentan, sean estos patológicos ó no.

**La teoría de Rene Spitz.** Rene Spitz realizó un modelo sistemático de observación directa e investigación de las relaciones entre el infante y su madre durante el primer año de vida, sus comienzos, desarrollo, etapas, y las anomalías que se presentan.

Es muy importante también cómo en base a esta primera relación de objeto, el niño puede desplegar una serie de funciones que le garantizan la supervivencia y el desarrollo somático y psíquico de la personalidad.

El desarrollo de las potencialidades en el primer año de vida es fundamental para el logro de la independencia del medio. "Mostraremos cómo el crecimiento y desarrollo en el sector psicológico, dependen esencialmente del establecimiento y despliegue progresivo de relaciones de objeto cada vez más significativas, es decir de relaciones sociales (Spitz, 1985)". Spitz comparte el concepto de Freud, y otros autores de la característica del recién nacido, de ser psicológicamente indiferenciado, y que al momento del nacimiento posee un equipo congénito con información genética. Para él, el equipo genético es la dotación con que se nace y hace único a cada individuo.

Distingue tres etapas del desarrollo en el primer año de vida, a las que denomina:

1. Etapa preobjetiva ó sin objeto
2. Etapa del precursor de objeto
3. Etapa del objeto libidinal

Spitz menciona que el niño no distingue entre una "cosa" y otra, así como tampoco distingue un factor externo de su propio cuerpo y no experimenta el medio como algo separado de él. Menciona también cómo el recién nacido se protege de los estímulos externos mediante una barrera. Es hasta el segundo mes de vida, que el rostro humano es percibido por el bebé. En el tercer mes, responde sonriente al rostro del adulto, y hacia el octavo mes, la capacidad de diferenciación está bien desarrollada y el bebé ya identifica a una persona desconocida y reacciona hostilmente y con angustia.

Las reacciones afectivas se van haciendo selectivas. Este desagrado que expresa el bebé es originado por el temor de perder a su madre, y es en este momento que se establece el "objeto libidinal" propiamente dicho.

Otro punto importante de las observaciones de Spitz es el estudio del inicio de la comunicación humana.

Spitz hace una clasificación etimológica de las enfermedades psicogenicas del bebé en relación y de acuerdo a las actitudes maternas de rechazo, hostilidad y fluctuaciones en el estado de ánimo. También presenta casos severos de privación emocional parcial y completa que producen en el niño depresión anaclítica ó marasmo.

El psicoanálisis como teoría de la personalidad establece que la experiencia durante los seis primeros años de vida, determinan la personalidad del individuo para el resto de su vida. La relevancia de los trabajos de R. Spitz, y otros autores que se han dedicado a las observaciones en los primeros años de vida como Margaret Mahler han aportado conceptos universales y fundamentales del período comprendido desde el nacimiento hasta los tres años.

**Teoría de Margaret Mahler.** Margaret Mahler, desarrolló también observaciones de la relación temprana del bebé con su madre, alla como Spitz, reconoce un estado de indiferenciación psicológica en el recién nacido, el cual se modifica en un proceso de interdependencia con la madre." El nacimiento biológico del infante humano y el nacimiento psicológico, no coinciden en el tiempo. El primero es un acontecimiento espectacular observable y bien circunscripto; el último es un proceso intrapsíquico (Mahler, 1975 )." para ella el nacimiento psicológico es un proceso de separación Individuación, y el establecimiento de un sentimiento de diferenciación de un mundo exterior con respecto a las experiencias del propio cuerpo (yo) y al representante del mundo, al objeto primario de amor; la madre (no-yo).

Históricamente las observaciones de Mahler en la diada madre-hijo, la llevaron al establecimiento de las fases normales del proceso distinguiendo:

1.-FASE AUTISTICA NORMAL. Período en el que el infante pasa la mayor parte del tiempo en un estado de sueño y semivigilia. Se despierta por las tensiones provocadas por las necesidades de alimentación y fisiológicas. El infante no responde a los estímulos externos, posee una coraza que lo protege, esta protección tiene como función proteger al infante y facilitar el crecimiento fisiológico. En esta fase el bebé no tiene conciencia de la madre, pero el efecto de la gratificación que obtiene de las atenciones de ella lo ayuda a diferenciar entre una experiencia placentera/buena, y otra penosa/mala.

2.-FASE SIMBIOTICA NORMAL. A partir del segundo mes el bebé, inicia la conciencia de la unidad-dual madre-hijo, en una matriz de dependencia fisiológica y sociobiológica.

Las experiencias en esta unión simbiótica normal tienen lugar por el contacto perceptual, y el sentido kinestésico que desempeñan un papel importante en la simbiosis. El encuentro del bebé, y su madre inicia la actividad emocional, perceptual y social del ser humano; el reconocimiento del rostro y la mirada frente a frente.

Mahler establece que el autismo normal, y la simbiosis normal, son prerequisites del proceso normal de separación-individuación.

El proceso de individuación lo divide en las siguientes subfases, lo establecidas como resultado de sus observaciones longitudinales:

- La diferencia y el desarrollo de la imagen corporal
- Ejercitación psicomotriz
- Acercamiento
- La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal.
- El logro de la individualidad.

El esquema que presenta Mahler, ofrece una guía para la investigación en el proceso psicodiagnóstico de las características y cualidades de la relación materno

infantil; en la cual se presentan en algunos casos severos de perturbación emocional, el origen de las carencias que afectan el ritmo y la secuencia del desarrollo.

Como conclusión del presente marco teórico de referencia a mi trabajo, revisaré brevemente las aportaciones teóricas de Anna Freud, al campo del psicodiagnóstico. **Anna Freud**, se interesó por el estudio de las secuencias de desarrollo, así como la evaluación de normalidad y anormalidad en la infancia. Ella es una de las representantes más importantes dentro de la corriente psicoanalítica del diagnóstico infantil.

Para A. Freud el interés en el estudio del niño no se refiere sólo a la patología; sino también al estudio de los procesos mentales normales. Considera que la característica fundamental del desarrollo es su carácter progresivo, "en donde el grado de desarrollo se puede evaluar a través del escrutinio por un lado de los impulsos libidinales y agresivos, y por el otro de las estructuras, yo y super yo, de la personalidad infantil, por medio de los signos que indiquen, según la adaptación del yo, su precocidad ó su retardo,(A. Freud, 198)".

En lo referente a la evaluación de la anormalidad en el niño, ella proponía que con la base de los conocimientos psicoanalíticos se elabora un esquema (como el médico), al cual definió como el "perfil diagnóstico". Este perfil arroja datos no sólo de la secuencia del desarrollo y el estado del niño, ofrece también un pronóstico y las necesarias indicaciones terapéuticas.

La inquietud con respecto al comportamiento del niño proviene de los padres y los educadores, A. Freud afirma que para ofrecer respuestas útiles a los problemas del desarrollo, se necesita conocer las experiencias internas del niño; para lo cual propone un modelo de análisis de secuencias que definió como Líneas de Desarrollo.

El concepto de las Líneas de Desarrollo se refiere a la secuencia en donde cualquiera que sea el nivel alcanzado por el niño, este nivel representa el resultado de la interacción entre los impulsos y el desarrollo del yo, y de sus reacciones frente a las influencias del medio; es decir entre los procesos de maduración, estructuración y adaptación. Las Líneas de Desarrollo en el sentido que A. Freud les atribuye son realidades históricas, que en conjunto proporcionan un cuadro convincente de los logros ó de los fracasos en el desarrollo de la personalidad. Afirma que estas representan la totalidad de la personalidad del niño; y no aspectos aislados, "lo que buscamos es la interacción básica entre el ello y el yo... Naturalmente estas secuencias de interacción entre los dos aspectos de la personalidad pueden determinarse si ambos son bien conocidos, como sucede por ejemplo en relación con las fases de la libido y las expresiones agresivas del ello y las correspondientes actitudes de relaciones objetales del yo ( A. Freud, 1984 )".

Entre las líneas de desarrollo, A. Freud menciona a la que va de la absoluta dependencia a la independencia.

Para cada caso en particular se puede elaborar una línea de desarrollo para cada aspecto de la personalidad, y representa un proceso personal.

A. Freud expone otras secuencias en aspectos como la independencia corporal, la alimentación, el control de esfínteres, así como la adquisición de conductas como la responsabilidad personal y el compañerismo. La base para la secuencia la constituye el principio interno del niño representado en el cuerpo, y el despliegue de las funciones adaptativas. Como resultado de la elaboración de determinadas líneas se identifica el nivel requerido, el cual es el índice del progreso ó detención en el desarrollo del niño.

Para ella la normalidad estaría en relación a la correspondencia del crecimiento armonioso entre las distintas líneas de desarrollo, es decir si un niño ha alcanzado la constancia objetal, debería haber alcanzado los niveles correspondientes en

otras líneas, por ejemplo la independencia corporal, el compañerismo y el juego constructivo, sin embargo a muchos niños se da un desarrollo irregular en el cual se han logrado algunos aspectos y otros están atrezados.

Esta irregularidad merece una investigación de los factores que la originan (congénitos y ambientales), y cómo y de qué manera intervienen en el desarrollo.

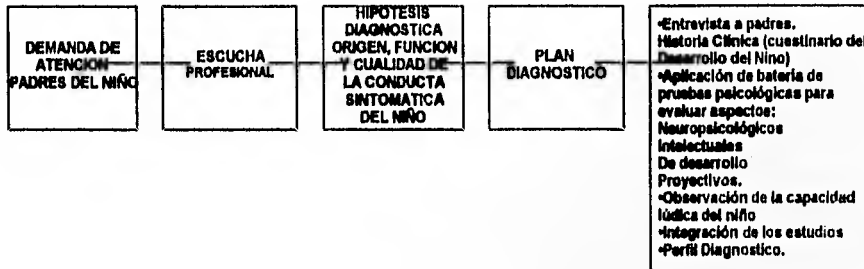
A. Freud expone que en los niños de constitución normal y sin daño orgánico las líneas de desarrollo hacia la autonomía, la socialización, el juego constructivo y la madurez emocional, están incluidas en la constitución personal como posibilidades inherentes al desarrollo mismo. Para ella los problemas que se presentan en una secuencia, están dados por las influencias accidentales del ambiente, los cuales hay que investigar en la personalidad de los padres, la atmósfera familiar y el impacto del medio cultural en su totalidad.

Para A. Freud como para otros autores, la relación primera entre el niño y los cuidados y atenciones de una madre cariñosa y cercana estimulan un desarrollo armonioso y equilibrado.

Sin embargo, cuando se presentan perturbaciones en una línea de desarrollo es importante determinar si se observa un retraso, una disarmonía o una variación respecto a la norma; si esto entorpece o bloquea el desarrollo de otras líneas y como expresa el niño esta situación por medio de una conducta sintomática.

Las diferentes teorías del desarrollo psicológico representan el marco de referencia que requiere el diagnóstico de niños para contestar a las preguntas sobre el estado del niño en las áreas intelectual, afectiva-emocional, social y de evolución.

**PROCEDIMIENTO  
PROCESO PSICODIAGNÓSTICO.**



De acuerdo al esquema presentado organizo sesiones de trabajo de la siguiente forma:

**I-. Entrevistas a los padres.**

Elaboración de la Historia Clínica: Historia de Desarrollo del niño (Aplicación del cuestionario de la Historia del Desarrollo).

**II-. Valoración Psicológica del Niño .**

Aplicación de pruebas (según requiera el caso).

- a) Test Gestáltico Visomotor de Bender.
- b) El Dibujo de la Figura Humana. Koppitz
- c) El Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman.
- d) La escala de inteligencia para los niveles preescolar y primario.  
WPPSI-Español.
- e) La escala de inteligencia revisada para el nivel escolar.  
WISCR Español.
- f)-. Test de Apercepción Temática Infantil CAT-A de Bellak.
- g) -. Diagnóstico del desarrollo Normal y Anormal del Niño de Gesell y Amatruda.



**III-. Observación y Evaluación del juego.**

**IV -. Integración de los Resultados y Elaboración del Reporte Psicológico.**

## **I - ENTREVISTA A LOS PADRES.**

"El trabajo de la entrevista a los padres es anotar las conductas, motivo de preocupación, analizando su exacto significado con el niño, los padres, los hermanos y en la escuela ... (Ajuriaguerra, 1984)".

Existen diferentes modelos de entrevistas a padres, en mi experiencia personal, he organizado 3 citas en las cuales entrevisto a los padres en pareja e individualmente. Esta etapa comprende por lo regular tres citas en las que por medio de entrevistas de tipo abierto y semiestructuradas conozco a los padres del niño

**1a -Entrevista a los padres.** Pido que asistan sin el niño, en pareja y organizo la consulta para obtener información del problema del niño, y la percepción de los padres de esta situación. Escuchar la demanda y el motivo de consulta es un aspecto importante. para conocer lo que los padres esperan del niño, y cual es su reacción ante su problema. En éste primer encuentro la observación de la dinámica de pareja aporta datos que se irán concatenando con los arrojados a lo largo de todo el procedimiento de valoración.

Para organizar la información que se requiere para elaborar una historia clínica del crecimiento y desarrollo se les pide que contesten un cuestionario (que se llevan a casa ), sobre varios aspectos del desarrollo de su hijo, el cual es revisado en las siguientes entrevistas con ellos. Este cuestionario fue realizado por el Dr. Isafas López, ( Anexo I ) y permite explorar y obtener datos de:

**Concepción y embarazo**

**Nacimiento**

**Alimentación**

**Patrones de sueño**

**Entrenamiento de esfínteres**

**Desarrollo motor**

**Desarrollo sexual**

## Salud y enfermedades

Características de la personalidad

Patrones de juego

Disciplina y relaciones

Eventos significativos

Es conveniente informar a los padres que lo importante del diagnóstico del niño es buscar soluciones al problema que les preocupa.

**2a -Entrevista.** Acude la madre del niño, y tomando como guía general el esquema del cuestionario de historia de desarrollo, registro toda la información expresada por la madre. El objetivo específico, es conocer las características de la madre, su estilo de crianza y el tipo de relación con el niño, los aspectos de nacimiento, alimentación y entrenamiento de esfínteres. Esto me permite esbozar las condiciones de crecimiento y desarrollo psicológico temprano.

Establezco mi primera hipótesis diagnóstica a investigar: El origen del problema del niño como consecuencia de factores tempranos en el tipo de relación con la madre, ó con los demás miembros de la familia.

**3a -Entrevista.** Acude el padre, cuya participación en el proceso diagnóstico es tan importante como el de la madre del niño. En esta entrevista obtengo la información que proporciona el padre de su participación en los aspectos de la crianza y su estilo de relación con el niño. El objetivo es obtener datos sobre la relación de pareja y el manejo del niño en cuanto a disciplina límites y su consistencia. Con esta información se obtiene un conocimiento más amplio del medio ambiente familiar.

Como producto de esta primera etapa tengo elementos para conocer:

-Los antecedentes familiares, y los aspectos de dinámica familiar.(relación con los padres, las relaciones entre los hermanos u otros miembros de la familia).

-Desarrollo temprano.

-Dinámica del desarrollo libidinal y estructuración de la personalidad.

Como producto de las entrevistas se obtienen datos personales y familiares del niño, los cuales permiten establecer hipótesis a confirmar ó descartar.

Finalmente les informo a los padres en que consistirán las sesiones de valoración del niño.

## II -. VALORACION PSICOLOGICA DEL NIÑO

En esta etapa se establecen las sesiones de trabajo con el niño. Dependiendo del motivo de consulta establezco el número de sesiones y los instrumentos de valoración a emplear. Por lo regular programo de 4 a 5 sesiones en las cuales registro continuamente las actitudes del niño ante las diferentes situaciones y su comportamiento.

**PRIMERA SESION.** Esta es la primera entrevista con el niño, y se establecen con él las condiciones de trabajo ó encuadre en un lenguaje comprensible de acuerdo a su edad. Se definen los roles del psicólogo y los de él, se delimita el tiempo y el espacio, así como el material a utilizar y el objetivo de las sesiones. Esta sesión consiste en establecer rapport con el niño y empezar la aplicación de pruebas. Generalmente inicio con la aplicación de:

a) Test Gestáltico Visomotor de Bender. Esta prueba sencilla en su aplicación , evalúa la madurez neurológica del niño; es una prueba de suma importancia para evaluar la percepción visomotora (función fundamental en el proceso de aprendizaje). La prueba consiste en 9 tarjetas con figuras que se pide al niño que copie. Se registra la forma como el niño copia cada estímulo.

**Evaluación del Bender.** Para evaluar la ejecución en la reproducción de las figuras, empleo la forma estandarizada para niños de 4 a 11 años de Elizabeth M. Koppitz, ya que tiene una validez y confiabilidad altas. El resultado obtenido corresponde a un nivel de madurez a la percepción visomotora. Finalmente registro los indicadores patognómicos de cada una de las figuras y los indicadores significativos de lesión.

Koppitz clasificó una serie de indicadores emocionales que son de utilidad para correlacionarlos con los indicadores emocionales que se obtienen en las demás pruebas proyectivas.

b) -. El Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth M. Koppitz. Se aplica a niños entre 5 y 12 años, en esta técnica de evaluación, la consigna que se le da al niño es sencilla. Se le pide que dibuje una persona entera ( en niños pequeños se puede cambiar la palabra persona por niño ó niña ). El dibujo de la figura humana según Koppitz, refleja el nivel evolutivo del niño y sus relaciones interpersonales, es decir sus actitudes hacia sí mismo y las personas significativas para él. Uno de los aspectos importantes de DFH radica en su sensibilidad para detectar cambios en el niño, los cuales pueden ser evolutivos ó emocionales.

El material que se emplea son hojas blancas y lápiz. La consigna completa es ampliamente conocida por los psicólogos, y pretende que el niño dibuje figuras con más riqueza de contenidos.

**Evaluación del DFH.** Koppitz analiza los dibujos en dos diferentes signos:

**Items evolutivos:** es un conjunto de signos relacionados con la edad y el nivel de maduración.

**Indicadores emocionales:** es el conjunto de los signos que se relacionan con las actitudes y preocupaciones del niño.

Se obtienen puntajes para niños y niñas; los resultados obtenidos se traducen a categorías amplias de funcionamiento intelectual. Finalmente se interpretan los indicadores emocionales.

Interpretación clínica. Para el análisis de los dibujos clínicos Koppitz se plantea tres preguntas: ¿cómo dibuja el niño sus figuras ó su figura ?. ¿ A quién dibuja ?. ¿Qué está tratando de decir ?. Para poder contestar Koppitz confrontó las interpretaciones de los DFH con la conducta del niño y la historia clínica en cientos de dibujos; " Esquivel, Heredia y Lucio, ( 1994 ) comentan; estamos de acuerdo con lo planteado por Koppitz en el sentido de que para interpretar cualquier dibujo hay que conocer no sólo la edad y sexo del niño, sino su historia clínica, cuál es el ambiente que lo rodea y cómo es su familia ... Además es importante conocer el contexto en el que se aplica el dibujo, pues este constituye una manera del niño para comunicarse con el aplicador y la producción del pequeño va a variar de acuerdo con la relación que el examinador establezca con él ".

Estoy totalmente de acuerdo con esta información y considero que es aplicable a todo el proceso de evaluación, por que el psicodiagnóstico representa el estado general del niño y no sólo su ejecución en las pruebas.

c) El Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman.

Para L. Corman "el dibujo es un medio de expresión libre, y el de la familia en especial permite al niño proyectar al exterior sus tendencias reprimidas en el inconciente y de ese modo puede revelar los verdaderos sentimientos que profesa a los suyos, (L. Corman, 1992)".

Esta es una prueba para niños a partir de los cinco años. La indicación o consigna es " dibuja una familia ". L. Corman, dice que la forma como el niño se sitúa en su dibujo refleja sus sentimientos, deseos y temores.

La aplicación consiste en dos partes: el dibujo libre del niño y un interrogatorio del psicólogo a partir de cuatro preguntas generales.

Interpretación del dibujo de la familia. Corman expone tres planos:

- El plano gráfico.
- El plano de las estructuras formales.
- El plano del contenido.

Interpretación Clínica. El niño expresa en el dibujo, los conflictos que de acuerdo a la edad siente con sus figuras parentales. Esta parte se analiza desde el punto de vista psicoanalítico.

Como producto de esta primera etapa obtengo:

- Indicadores de tipo orgánico de maduración neuropsicológica.
- Indicadores emocionales sobre el concepto del niño de sí mismo, percepción de su familia y lugar en ella. El manejo de impulsos libidinales de acuerdo a la etapa en la que se encuentra. Esto se correlaciona con la conducta observada del niño en las sesiones y su historia de desarrollo.

**SEGUNDA SESIÓN DE EVALUACIÓN.** Se inicia con la aplicación de las pruebas de inteligencia. En niños menores de 4 años utilizo una escala de desarrollo infantil. El objetivo general es conocer el nivel intelectual del niño y analizar su funcionamiento por áreas ó el nivel de madurez con respecto a lo esperado cronológicamente.

d) La Escala de la Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario. WPPSI-Español. David Wechsler considera que de los 4 a los 6 años es un período crucial en el desarrollo intelectual del niño, en este período el niño se enfrenta por primera



vez a la educación formal y a contactos sociales más amplios con los niños de su edad, y con educadores. Asegura que el niño puede expresarse de diferentes formas, y hacer un gran número de cosas, siempre y cuando se mantenga su atención e interés.

Esta escala se basa en que las capacidades del niño pueden ser sistemáticamente evaluadas con una batería de pruebas psicológicas; y sigue la misma metodología y enfoque teórico para la medición de la inteligencia con la que se construyó el WISC. Wechsler define la inteligencia como "La capacidad global de un individuo tendiente a entender y enfrentar al mundo que le circula, (Wechsler, 1981)".

El WPPSI como el WISC, se divide en dos escalas: verbal y ejecutiva, de ellas se derivan 5 subescalas verbales y una complementaria y 5 subescalas ejecutivas. Su administración requiere de un lugar cómodo y libre de estímulos distractores para el niño. Como resultado se obtienen puntuaciones naturales que se convierten a puntuaciones normalizadas o escafares, las cuales se suman para poder obtener un coeficiente intelectual.

Por su nivel de confiabilidad y su validez esta escala es altamente confiable para el psicólogo infantil.

e) La Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar. WISC R Español. Se aplica a niños de 6 años hasta los 16. Las condiciones para su aplicación son como las del WPPSI. Glasser propone una indicación que se le debe de dar al niño, la cual sigo en parte, por lo regular le indico al niño "que no se le va a dar una calificación como en la escuela pero que es importante que trate de hacerlo bien". El WISC R es una revisión importante de la escala original y se hizo en 1974; se basa en la modificación ó eliminación de reactivos ambiguos, obsoletos o que no se aplican a las condiciones para determinados grupos de niños.

El WISC R está formado por dos escalas verbal y ejecutiva y cada una a su vez está compuesta por seis subescalas. Las recomendaciones de aplicación son las

mismas que para el WPPSI, y el método de calificación comprende los mismos pasos y revisión de tablas de conversión a puntuaciones a un coeficiente de inteligencia. Su nivel de confiabilidad y validez es también satisfactorio.

En 1979 se inició en México el proyecto de estandarizar el WISC a la población de niños mexicanos, con normas de calificación y tipo de reactivos más acordes a las condiciones del medio mexicano. ( Padilla, Roll y Gomez Palacios, 1982).

**Análisis factorial e interpretación clínica del WISC.**

Para el diagnosticador tener un C.I. global no significa mucho, es necesario un análisis de los resultados entre las puntuaciones de las escalas y subescalas para poder determinar el funcionamiento intelectual del niño por áreas, y la influencia de factores de tipo emocional en su capacidad de respuesta y ejecución. Para hacer este análisis utilizo el manual de Alan S. Kaufman, 1982, quien determinó tres factores en la composición del WISC R: comprensión verbal, organización perceptual y distractibilidad. Utilizo también la interpretación clínica de Glasser y Zimmerman, 1991, de los factores emocionales que afectan el rendimiento en las subescalas.

Como producto de la aplicación y análisis de las pruebas de inteligencia obtengo datos importantes de:

- Actitud del niño ante situaciones estructuradas y relación con el examinador.
- Capacidad para el trabajo bajo presión de tiempo.
- Nivel de funcionamiento intelectual por áreas de acuerdo al análisis de los puntajes de las subescalas.
- Análisis de los factores que intervienen en las funciones.
- Interpretación Clínica.

Establezco como hipótesis si la naturaleza del conflicto está dado por un factor de capacidad intelectual ó viceversa, es decir, cómo un factor de índole emocional afecta la capacidad intelectual del niño.

**TERCERA SESIÓN DE EVALUACIÓN.** El objetivo es la aplicación de pruebas proyectivas. En niños de la edad referida, utilizo:

f) El Test de Apercepción Infantil, CAT-A de Bellak. El CAT es una prueba proyectiva que se basa en los conceptos de la teoría psicoanalítica, y explora " la personalidad estudiando el sentido dinámico de las diferencias individuales en la percepción de un estímulo estándar ( L. Bellak, 1981 )."

El material de aplicación consiste en diez láminas que presentan a animales en diversas situaciones. Se aplica a niños desde los tres años de edad, y los lineamientos para su interpretación permiten identificar no sólo el síntoma, o dificultad, sino que ofrece una comprensión dinámica del problema del niño.

La Indicación según Bellak es: " Jugaremos a contar cuentos. Tú los contarás mirando unas láminas y me dirás que sucede, que están haciendo los animales ", durante el relato se trata de ampliar las respuestas del niño preguntándole: ¿ Que sucedió antes ?, ¿ Qué sucederá después ?

Interpretación del CAT. Utilizo la " Forma Abreviada del Protocolo de Registro y Análisis, que contiene 10 variables:

- 1.- Tema principal.
- 2.- El héroe principal. Imagen de sí mismo.
- 3.- Principales necesidades e impulsos del héroe.
- 4.- Concepción del ambiente.

- 5.- Figuras vistas como.
- 6.- Conflictos significativos.
- 7.- Naturaleza de las ansiedades.
- 8.- Principales defensas.
- 9.- El "castigo" impuesto por un crimen y la adecuación del super yo.
- 10.- Integración del yo.

También utilizo la forma abreviada del protocolo, porque se da mayor énfasis al desarrollo del yo. En esta forma se analizan doce funciones yoicas, que aportan datos sobre la capacidad de adaptación del niño.

Del resumen de las historias relatadas por el niño y su análisis se obtiene un perfil psicodinámico.

En el caso de niños menores de 4 años en los cuales es necesaria una evaluación del desarrollo aplico regularmente el

g) Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño, de Gesell y Amatruda, 1979. El procedimiento de evaluación diseñado por A. Gesell y C. Amatruda se basa en una extensa investigación sobre el crecimiento normal en los 5 primeros años de vida. Sus fundamentos son los conceptos de la teoría de su autor sobre desarrollo, crecimiento y nivel de madurez. Señala que el crecimiento presenta cuatro diferentes aspectos ó campos que normalmente muestran desarrollos paralelos y discrepantes en casos atípicos. Se aplica a partir de las primeras cuatro semanas, hasta los cinco años, que se dividen en edades clave. Estas edades clave son importantes para el diagnóstico del desarrollo porque son representativas y normativas. También tipifican las reacciones provocadas por el examinador y el examen evolutivo. El diagnóstico del desarrollo es la traducción de los valores de la conducta en valores de edad.

### III.- OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN DEL JUEGO COMO ELEMENTO DIAGNOSTICO.

La actividad lúdica ha sido punto de interés para muchos investigadores del desarrollo infantil. El juego ha sido utilizado como parte de un plan terapéutico, ya que se le ha considerado como el vehículo para comprender la vida emocional del niño.

Si el juego es parte de la vida infantil, entonces los trastornos que lo afectan, incidirán en su capacidad de jugar, por lo tanto el juego del niño debe considerarse en las formulaciones psicodiagnósticas.

La sesión diagnóstica de juego le permite al niño la libre expresión mediante la utilización de juguetes y materiales que él elige. El consultorio cuenta con una mesa de tamaño infantil con sus sillas, un pizarrón y un espejo para que el niño pueda mirarse de cuerpo entero. El material y los juguetes están colocados en estantes de fácil acceso a la estatura del niño.

Existen diferentes criterios del material y tipo de juguetes a utilizar, sin embargo hay una coincidencia en que los juguetes deben ser sencillos y resistentes. Nuevamente anoto, desde una posición personal el material que ofrezco a los niños; el cual es una modificación de la propuesta por De Ocampo, Arzeno, Piccolo, et al. " Las Técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico ". 1987.

papei tamaño carta y cartulina blanca y de colores

lápicos negros, de colores y crayones, gomas de borrar

tijeras de punta redonda, pegamento

plastilina

una madeja de estambre  
muñecas y muñecos  
una familia de títeres  
una familia de animales domésticos  
una familia de animales salvajes  
autos  
avioncitos  
un juego de té  
cubos para armado  
una pelota blanda  
una casita de madera con muebles pequeños.

" El diagnóstico de los trastornos infantiles debe basarse en criterios clínicos estandarizados y confiables, ( Schaffar, 1988 )". Este autor menciona que no hay una estandarización para la evaluación del juego diagnóstico. Sin embargo propone que es necesario observar en el juego del niño:

- 1.- Estilo de interacción con uno de los padres.
- 2.- Estilo de separación de los padres.
- 3.- Calidad de relación con el examinador.
- 4.- Uso de juguetes en el juego libre apropiados a la edad mental.
- 5.- Conducta espontánea dentro del escenario.
- 6.- Conductas de juego que a menudo incluyen muñecos, relevante para el diagnóstico.

De Ocampo, et. al, 1987, proponen los siguientes indicadores para estandarizar las observaciones del juego:

1.- La elección de los juegos y juguetes ( es la forma como el niño se aproxima a los juguetes y puede asumir diferentes formas:

- de observación a distancia
- dependiente
- evitativa
- dubitativa
- de irrupción brusca sobre los materiales
- de irrupción caótica e impulsiva
- de acercamiento, previo tiempo de reacción para organizar el campo y luego desarrollar una actividad.

2.- Modalidad del juego. Cada niño estructura su juego de acuerdo a sus características propias, estas pueden ser plasticidad, rigidez, estereotipia.

3.- Personificación. Capacidad del niño para asumir y adjudicar roles en forma dramática.

4.- Creatividad. " Crear es unir o relacionar elementos dispersos en un elemento nuevo y distinto. Esto exige un yo plástico capaz de la apertura a experiencias nuevas, tolerante a la inestructuración del campo. ( Siquier, et. al. , 1987 )".

5.- Capacidad simbólica. Se refiere a la capacidad del yo para recrear imágenes que representan objetos así como de establecer la relación entre dos objetos, logrando que uno represente al otro.

6.- Tolerancia a la frustración . Se detecta en la hora del juego a través de la posibilidad de aceptar la consigna y sus limitaciones, los límites y la finalización de la tarea en el desarrollo del juego.

7.- Adecuación a la realidad. Se analiza la capacidad del niño para adecuarse a la situación, la posibilidad de desprenderse de la madre y de actuar en forma acorde a su edad cronológica, demostrando la comprensión y aceptación de la consigna.

Como producto del análisis del juego se obtienen indicadores emocionales de la capacidad del niño para representar su conflicto , el tipo de relación que existe en su ambiente familiar, las figuras con las que se identifica y sus miedos y fantasías.



#### **IV.- INTEGRACION DE LOS RESULTADOS Y ELABORACION DEL REPORTE PSICOLÓGICO.**

La practica clínica crea la necesidad de profundizar en el proceso psicodiagnóstico, como el medio para establecer índices diagnósticos confiables y con validez predictiva, para elaborar un plan terapéutico. Con los resultados obtenidos de las entrevistas con los padres, la historia del desarrollo, los resultados del análisis e interpretación de las pruebas psicológicas, así como el registro del juego, se conforma el perfil psicodiagnóstico. En esta última etapa se requiere de un marco conceptual que permita analizar una intrincada interrelación entre los procesos, fenómenos y síntomas del niño en desarrollo.

Para realizar esta tarea he utilizado un manual diseñado especialmente para niños, del Comité en Psiquiatría Infantil, del Grupo para el Avance de la Psiquiatría, Nueva York, 1977\*.

En este manual se desarrolla un trabajo de clasificación basado en consideraciones conceptuales de los factores:

- Psicosomáticos.
- De la dimensión del desarrollo.
- Consideraciones Psicosociales.
- Factores patogeneticos.

\* Committe on child psychiatry. Vol VI, Report No. 62. Chapter 3 Reports and Symposiums. Group for the advancement of psychiatry. Publications office. New York, 1977.

La clasificación de las categorías diagnósticas propuesta se conforma definiendo:

- 1.- Respuestas saludables.
- 2.- Desórdenes reactivos
- 3.- Desórdenes psiconeuróticos
- 4.- Desórdenes de la personalidad
- 5.- Desórdenes psicóticos
- 6.- Desórdenes psicofisiológicos
- 7.- Síndromes cerebrales
- 8.- Retardo mental
- 9.- Otros desórdenes

La razón por la que empleo este manual y no utilizo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III, es porque, la clasificación considera en su explicación una dinámica acorde al desarrollo libidinal y la formación de estructuras psíquicas, está diseñado especialmente para niños y hace una descripción más amplia de las categorías diagnósticas y su etiología.

Como producto final del proceso psicodiagnóstico, se redacta el Reporte Psicológico, en se informa del trabajo que se llevó a cabo y del que se desprende un pronóstico y las sugerencias de Intervención para elaborar un plan terapéutico.

Su esquema contiene los siguientes apartados:

- Ficha de identificación del paciente.
- Motivo de consulta .
- Antecedentes familiares y datos de desarrollo.
- Instrumentos aplicados
- Resultados y análisis de las pruebas aplicadas.
- Impresión diagnóstica.
- Prescripciones y sugerencias.

El reporte varía en su presentación de acuerdo a quien va dirigido, la escuela, los padres o un equipo de médicos (psiquiatra, neurólogo, o terapistas físicos). Por ejemplo en un reporte dirigido a la escuela no incluyo antecedentes familiares. Sólo anoto el motivo de consulta y describo la actitud del niño durante la evaluación. Informo de los resultados de la evaluación intelectual, pero los resultados y el análisis de los aspectos emocionales los trato personalmente con la maestra responsable del niño. Las sugerencias son psicopedagógicas y de control de situaciones en el salón de clase, disciplina y límites.

Si el informe va dirigido a los médicos se incluyen todos los puntos , y finalmente si va dirigido a los padres el análisis de los factores emocionales y su dinámica lo trato personalmente con ellos.

No todos los niños requieren de la aplicación de la batería completa, en los casos de niños muy pequeños, y que presentan una intolerancia e irritabilidad ante

situaciones desconocidas y estructuradas, las escalas de desarrollo son difíciles de aplicar. En estos casos recorro al juego como medio de relación con el niño y la observación directa del tipo de relación entre el niño y su mamá durante la sesión. Siempre trato de realizar una evaluación completa con datos que arrojen una impresión diagnóstica de utilidad.

## EVALUACION

Durante las diversas etapas del psicodiagnóstico se obtienen datos que se integran como un todo, se prescribe un tipo de intervención o tratamiento y se determina si el niño necesita otros exámenes o valoraciones médicas. Finalmente son los padres quienes aceptan y deciden un tratamiento. No hay registro de cambios durante la aplicación, no al menos en términos de cambio significativo o permanente. A veces se comenta que en la medida que los padres pueden ser ayudados, la tensión que genera un problema que les preocupa se modifica positivamente. El psicodiagnóstico identifica y evalúa, no incide ni modifica.

Podemos hablar de una evaluación positiva del proceso si el resultado final cumple con lo siguiente:

- La función de la detección temprana de factores patógenos.
- La evaluación del progreso normal
- El pronóstico del desarrollo.
- La determinación del tratamiento y ayuda a seguir.
- La orientación y guía a los padres.

Durante la valoración de un niño se pueden modificar las conductas de los padres cuando se les informa y orienta sobre:

a) Las regresiones en el desarrollo como una condición de normalidad.

A. Freud, (1984) al exponer sus conceptos sobre las líneas del desarrollo, menciona el crecimiento de un estado de inmadurez a otro de madurez congénitamente determinados, pero a la vez influidos por las condiciones ambientales.

Esta secuencia es la del crecimiento orgánico donde los procesos anatómicos, fisiológicos y neurológicos están en un movimiento constante.

Entonces observamos una línea progresiva identificable, ya que vemos el crecimiento del cuerpo.

Lo mismo acontece al desarrollo psíquico, es decir "que el deservolvimiento de la acción instintiva, los impulsos, los afectos, la razón y la moralidad, siguen caminos determinados previamente y, sujetas a circunstancias ambientales, prosigue hasta su termino. (A. Freud, 1984)".

Sin embargo estos dos aspectos del desarrollo son diferentes, pues mientras en el crecimiento orgánico opera una fuerza innata, en el desarrollo psíquico intervienen influencias complementarias que operan en dirección opuesta. Es decir las regresiones y fijaciones. Para A. Freud el reconocimiento de estas así como sus interacciones explica algunos fenómenos que se presentan en las líneas del desarrollo.

La regresión es el retorno a un nivel de adaptación o adopción de una conducta apropiada a una edad anterior que no concuerda ni con la edad ni con el estado social del individuo. Las regresiones en el niño pequeño no son entendidas a veces por los padres y les preocupa que su hijo vuelva a presentar conductas que ya había superado (la separación de mamá, por ejemplo).

La regresión es una función de una estructura cuyo movimiento si no sufre una fijación en una etapa específica, favorece la progresión del desarrollo hacia estados más estructurados.

La orientación certera y oportuna a los padres de niños pequeños, **previene** el que se catalogue como patológica alguna conducta que en determinadas circunstancias afecta el contexto familiar. La comprensión de los padres hacia las conductas regresivas como estados transitorios, es muy importante para la adecuada relación con su hijo.

b) Cuando como resultado del diagnóstico se establece que los problemas se deben a un desorden reactivo, de acuerdo a la categoría diagnóstica del manual del Comité en Psiquiatría Infantil, el cual es la manifestación de un conflicto en relación a un evento que representa para el niño pérdidas, presiones externas o una excesiva e

inadecuada estimulación; el informar a los padres que el niño tiene un desarrollo normal y orientarlos para manejar apropiadamente algunas situaciones, previene que un desorden reactivo se convierta en un desorden de la personalidad.

El impacto que tiene un buen psicodiagnóstico y la certera intervención con los padres repercutirá en la atención oportuna de la problemática que afectan los aspectos emocionales del desarrollo.

En este momento, el cuestionamiento acerca de la conducta problemática que presenta un niño que no responde a conflictos regresivos de tipo transitorio o desordenes reativos (conflicto externo lo define a. Freud), los cuales son tratados con una atención y orientación adecuada a los padres; sino que representa la manifestación de un conflicto que se ha internalizado en el que, el síntoma ó síntomas obstaculizan el desarrollo; ¿cuál es la dirección a seguir?

La continuidad en la atención al niño es importante, por lo cual la recomendación de tratamiento psicológico y en algunos casos tratamiento a los padres con una orientación psicoanalítica concluye la intervención psicodiagnóstica.

En el psicodiagnóstico de los aspectos emocionales el análisis de la dinámica entre los impulsos, la formación de las estructuras y los factores externos, así como el tipo de manifestación sintomática le dan a cada caso la particularidad de ser único.

En los últimos 2 años, he realizado 19 psicodiagnósticos en niños de 2 años y medio a 6 años de edad, los cuales he considerado para los fines del presente Reporte.

De estos casos la edad promedio es de 4.7/12 años.

La solicitud de psicodiagnóstico proviene:

- a) De los padre en un 42.1% de los casos.
- a) De la escuela en un 57.9% de los casos.

En todos los casos los niños tienen una capacidad intelectual normal y una tercera parte de los casos el problema afecta severamente el rendimiento escolar del niño

en la escuela, y la base es emocional. Estos casos son referidos a valoración pedagógica..

De el total de psicodiagnósticos atendidos sólo el 15% tienen antecedentes de tipo orgánico.

En donde la prescripción incluye:

- Valoración neuropsiquiátrica.
- Valoración de audiología, foniatría y del lenguaje.

Finalmente un punto importante de evaluación del trabajo psicodiagnóstico consiste en que el niño es atendido en los servicios a los que se le ha referido, esto permite hacer un seguimiento por un período en el que gracias a las diferentes intervenciones terapéuticas se pueden observar cambios favorables.



## ANALISIS

De los resultados obtenidos de la aplicación del psicodiagnóstico considero relevante analizar los siguientes puntos:

En mi experiencia profesional la aplicación de instrumentos psicológicos de evaluación como las pruebas, significan una congruencia entre la observación de la conducta y su correlato con puntuaciones estandarizadas. La organización de datos derivados de los aspectos proyectivos proporciona perfiles que se apoyan en los fundamentos de las teorías de la personalidad. Por lo tanto el trabajo clínico de diagnóstico infantil tiene siempre como respaldo el conocimiento de las diferentes teorías del desarrollo psicológico.

En la Introducción me referí también a la aplicación de estrategias de trabajo que combinó con las pruebas; las entrevistas a los padres, las historias de desarrollo y la inclusión de la observación de juego como elemento diagnóstico.

Existen diversas opiniones sobre el procedimiento en la aplicación de las entrevistas; para Ajuria Guerra, 1984, el esquema de las entrevistas incluye en la 1ª cita a los padres y al niño. Los padres se expresan en presencia del niño, después se entrevista al niño sólo y finalmente la familia se reagrupa de nuevo. Menciona que la técnica debe ser la libre conversación con preguntas sobre temas específicos; Esquivel, F. et al, 1994, consideran que la entrevista clínica debe ser flexible sobre todo cuando se trata de niños, y que las entrevistas a los padres tienen como objetivo investigar las condiciones en las cuales el niño se estructura como individuo; hacen énfasis en los procesos de transferencia y contratransferencia, como un elemento que le proporciona información al psicólogo .

A. Freud, 1991, considera que la información de los padres sobre los antecedentes del niño en las entrevistas diagnósticas puede ser superficial y engañosa, y

menciona que se requiere de más tiempo para reconstruir los conflictos y su dinámica que subyacen un cuadro clínico superficial.

Nuevamente mi opinión es que la información que proporcionan los padres en las entrevistas y cuestionarios debe ser manejada como un elemento que configura un contexto, y que todo lo que los padres informan, así como su actitud hacia la valoración, la forma cómo presentan al niño, sus preocupaciones, dudas y expectativas, representan en el conjunto de datos el ambiente en el que el niño vive y sus características. Uno de los propósitos personales que persigo en las entrevistas es conocer primero a los padres antes de conocer al niño. En algunas ocasiones los maestros también informan sobre el rendimiento del niño, su comportamiento y estilo de socialización en la escuela.

El juego como elemento diagnóstico aporta información de importancia fundamental. Scheafer, al revisar estudios experimentales que examinan la utilidad diagnóstica del juego, concluye que la observación de este es necesaria cuando se trabaja con niños muy pequeños o que aun no hablan. Menciona que no hay una estandarización para la aplicación y registro de la sesión de juego, lo cual significa una área importante para la investigación en Psicología Infantil.

De Ocampo, et al, 1987 presenta un esquema de sistematización de la hora de juego que es el que yo aplico, los datos obtenidos del juego se correlacionan con los arrojados por las pruebas lo cual permite ubicar si los síntomas que presenta el niño corresponden a aspectos relacionados con etapas o fases propuestas en las teorías en las que sustentó mi trabajo.

Si un niño presenta dificultad para separarse de la madre a los 5 años tiene un significado diferente si lo presenta a los 2 ó tres años. En este caso las observaciones realizadas por Margaret Mahler sobre las fases de individuación-

separación proporcionan una explicación del origen y la causa que está afectando al niño.

Un conflicto en el desarrollo puede estar determinado por múltiples factores, sin embargo mi área de interés está en los factores de tipo emocional.

En Cancún se trabaja con limitaciones tanto en la atención institucional como en la atención privada; por ejemplo; en el aspecto de atención neurológica los padres tienen que acudir a otras ciudades, Mérida ó la ciudad de México. En Cancún existen posibilidades terapéuticas para estimulación temprana, terapia física, terapia de lenguaje, terapia perceptual o de aprendizaje en un nivel institucional (sistema Quintanarroense de Educación, SEP) y en un nivel privado.

Por otra parte como lo anoté en la Introducción algunos sectores de la población tienen otra actitud con respecto a las conductas infantiles y este dato se refleja en el porcentaje de padres que solicitan una valoración por una preocupación por la falta de armonía o equilibrio que observan en el desarrollo de sus hijos, y por la necesidad de una atención profesional que les ayude en su tarea sobre todo si consideramos que en Cancún el contexto social esté formado por familiar nucleares, donde la familia extensa no está presente.

Finalmente la elaboración del presente Reporte Laboral me permitió elaborar otras conceptualizaciones del trabajo que realizo, así como determinar con más claridad las bases teóricas que lo fundamentan. Me dió la oportunidad de evaluar críticamente mi trabajo, lo cual implica mejorarlo. Me ha permitido analizar otros autores y cómo han influido en el amplio campo del Desarrollo Psicológico, dándome la oportunidad de recapacitar y revisar los procedimientos que utilizo, lo cual es importante para los objetivos del Reporte a nivel formativo e importante también para la formación continua como compromiso laboral del psicólogo.

## CONTRIBUCION

EL Psicólogo Clínico ha realizado la actividad diagnóstica como una área importante en su quehacer cotidiano. Por mucho tiempo la imagen del psicólogo se ha relacionado con la aplicación de pruebas y baterías que arrojan puntuaciones y perfiles de capacidad y personalidad

Considero que la importancia de mi trabajo es la valoración de niños muy pequeños que presentan una problemática que asombra a sus padre y maestros, porque les plantea dudas e inquietudes ante las cuales se sienten con fuertes dificultades para poder llevar a cabo una educación.

Trabajar con niños pequeños no es fácil, pues implica una serie de vicisitudes correspondientes a la estructuración de la personalidad en formación y por otro implica también, trabajar con los padres.

Diagnosticar concatenando la información obtenida de las entrevistas, el análisis clínico de las pruebas y el juego libre del niño, considero que es una aportación al campo del psicodiagnóstico. La inclusión del juego y el reconocimiento de que es indispensable ampliar el estudio y la investigación de éste como un elemento más del conocimiento del niño que se aporta al psicodiagnóstico es la contribución que considero aporta el presente Reporte Laboral.

## BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1984). Manual de Psicopatología del Niño. Masson: Barcelona, España.
- Bellak, L.; T.A.T, C.A.T. y S.A.T.(1990) Uso clínico. Ed. El Manual Moderno: Mexico.
- Committe on child pychiatry (1977). Vol VI, Report No. 62. Chapter 3. Reports and Symposiums. Group for the Advancement of Psychiantry, Publications Office: New York.
- Corman, L., (1992). El test del dibujo de la familia. Kapelusz Editora: Buenos Aires.
- Esquivel, F; Heredia, C.; Lucio, E. (1994). Psicodiagnóstico Clínico del Niño. Editorial: El Manual Moderno. Mexico.
- Freud, A. (1991). Normalidad y patología en la niñez. De. Paidos: Buenos Aires Argentine.
- Freud, A. (1984). Neurosis y Sintomatología en la infancia. Ed. Paidos: España.
- Gesell, A. (1979). El niño de 1 a 5 años. Guía para el estudio del niño preescolar. Editorial Paidos, Buenos Aires.
- Glasser, A.J.; Zimmerman, I.L. (1991). Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños. TEA Ediciones: Madrid.
- Koppitz, M. E. (1984). El test gwestaltico para niños. Ed. Guadalupe: Buenos Aires.
- Mahler, M. (1975). El nacimiento psicológico del infante humano. Ed. Marymar.
- Mahler, M. (1984). Estudios 1. Psicosis Infantiles y otros trabajos. Editorial Paidos: Barcelona.
- Maier, H. (.1982). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Amorrourtu, Editores: Argentina.
- Mannoni, M. (1994). La primera entrevista con el psicoanalista. Ed. Gedisa: Barcelona, España.

- Martí, D. E. (1991). *Psicología Evolutiva; Teorías y ámbitos de investigación*. Editorial Antrophos, Barcelona: España,
- Schaefer, E.Ch. y O'Conner, J. K. (1988). *Manual de Terapie de juego*. El manual Moderno: México.
- Siquer de O.M.; Gercla A.M. ; Grassano, E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso diagnóstico*. Editoriel Nueva Visión: Buenos Aires.
- Spitz, A. Rene. (1985). *El primer año de vida del niño*. Ed. Fondo de Cultura Económica. (pp. 17-36).
- Wechsler, D. (1984). *Manual WISC R Español*. Ed. El Manuel Moderno: Mexico.
- Wechsler, D. (1981). *Manual WIPPSI Español*. Ed. El Manuel Moderno: Mexico.

ANEXO

**HISTORIA DEL DESARROLLO**

Nombre del menor: \_\_\_\_\_, Sexo: \_\_\_\_\_, Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_, Escuela \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Personas que viven en casa:

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				

Dirección: \_\_\_\_\_, Telefono: \_\_\_\_\_

**CONCEPCION Y EMBARAZO:**

Al encontrarse la madre embarazada del paciente, la situación de la familia era: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Habían planeado tener a ese niño? \_\_\_\_\_ ¿Cuál era la disposición de tener al niño tanto del padre como de la madre?

\_\_\_\_\_

De ¿cuál sexo preferían que fuera? \_\_\_\_\_ ¿Terminó el embarazo en tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cómo fue la salud de la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Vómitos? \_\_\_\_\_

¿Sangrado? \_\_\_\_\_ ¿Nerviosismo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto aumento de peso? \_\_\_\_\_

¿Qué problemas tuvo durante el embarazo?

---

---

---

Observaciones: \_\_\_\_\_

---

**NACIMIENTO:**

¿Como fue el parto? espontáneo ( )                      Inducido ( )                      Cesárea ( )

¿Se utilizó anestesia? \_\_\_\_\_ ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Se utilizaron Forecps? \_\_\_\_\_ Describe sus recuerdos acerca del parto: \_\_\_\_\_

---

¿Cuántas horas duró el trabajo de parto? \_\_\_\_\_ ¿Hubo complicaciones?

---

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

---

¿Cuánto peso el niño al nacer? \_\_\_\_\_ ¿Nació Normal? \_\_\_\_\_

¿Nació Morado? \_\_\_\_\_ ¿Respiró Pronto? \_\_\_\_\_

¿Qué complicaciones hubo?

---

---

¿ En dónde nació?

---

¿Cuál fue la primera impresión de la madre al ver al bebé?



---

---

¿Qué participación tuvo el Padre durante el parto?

---

---

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

---

---

**ALIMENTACION:**

¿Se alimento al pecho o con biberón? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuándo se le comenzaron a dar otros alimentos? \_\_\_\_\_

¿Cómo le fueron dados? \_\_\_\_\_

¿Cuándo se le quitó el pecho definitivamente? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la reacción de niño cuando le quitaron el pecho? \_\_\_\_\_

¿Hubo cólicos? \_\_\_\_\_ ¿Alergias a alimentos? \_\_\_\_\_

¿Otras complicaciones? \_\_\_\_\_

¿Cómo era y ha sido el apetito del menor hasta el presente? \_\_\_\_\_

¿Fue o ha sido necesario forzar la alimentación? \_\_\_\_\_

¿Por qué?

---

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

---

---

**SUEÑO:**

¿Fue o ha sido inquieto al dormir? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad durmió por primera vez sin interrupción durante toda la noche? \_\_\_\_\_

¿Es sonámbulo o lo ha sido? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Ha presentado o presenta resistencia al ir a la cama? \_\_\_\_\_

¿Dice por qué? \_\_\_\_\_ ¿Dice tener pesadillas? \_\_\_\_\_

¿Con quien ha dormido durante las diferentes edades? \_\_\_\_\_

¿En la misma cama? \_\_\_\_\_ ¿En la misma habitación? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido o tiene miedo al dormir solo? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESARROLLO SEXUAL:**

¿A qué edad se dio cuenta de diferencia entre los niños y las niñas? \_\_\_\_\_

¿Como lo expreso? \_\_\_\_\_

¿Cuándo mostró curiosidad por el origen de los niños? \_\_\_\_\_

¿Cómo respondieron los padres a esta curiosidad? \_\_\_\_\_

¿A qué edad notaron los padres que el menor tuviera tendencia a tocarse los genitales? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo lo manejaron? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con cuál miembro de la familia se noto que el menor tendía a coplar la manera de ser? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué preparación le han dado al menor acerca de lo sexual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se le preparo para la primera eyaculación? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA ESCOLAR:**

¿A qué edad se le llevó por primera vez a la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciono? \_\_\_\_\_

¿Cuál ha sido su aprovechamiento? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con sus compañeros? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con sus maestros? \_\_\_\_\_

**TRAYECTORIA ESCOLAR:** (Año por Año)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Dificultades para aprender a leer? \_\_\_\_\_ ¿Para aprender a escribir? \_\_\_\_\_

¿Invierte Signos? \_\_\_\_\_ ¿Problemas con matemáticas? \_\_\_\_\_

¿Otros problemas?

\_\_\_\_\_

¿Cuál ha sido su conducta en la escuela? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LA SALUD:**

¿Qué enfermedades y a que edades ha sufrido el menor? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento se les dio? \_\_\_\_\_

¿qué accidentes ha tenido y a que edades? \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez hospitalizado? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Fue separado de los padres durante la hospitalización? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido operaciones? \_\_\_\_\_ ¿Procedimiento dentales complicados? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD:**

¿Le gustaba al menor abrazar a sus padres los primeros meses? \_\_\_\_\_

¿A otras personas? \_\_\_\_\_

¿Respondía con gusto cuándo sus padres se acercaban o lo abrazaban? \_\_\_\_\_

¿A qué edad se noto que la sonrisa hacia la madre era intensa y diferente? \_\_\_\_\_

¿Presento miedo a los extraños? \_\_\_\_\_

¿Qué tan intensamente expresaba y expresa sus sentimientos? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona cuando se le regala algo? \_\_\_\_\_

¿Y cuándo se le niega algo? \_\_\_\_\_

¿Presenta berrinches? \_\_\_\_\_

¿Se golpea la cabeza contra la pared o contra el piso? \_\_\_\_\_

¿Lo hace en la actualidad? \_\_\_\_\_

¿Qué hacen los padres cuando el niño tiene berrinches? \_\_\_\_\_

¿Cómo describe el carácter del menor?

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PATRONES DE JUEGO:

¿Qué juguetes preferidos tiene?

\_\_\_\_\_

¿Qué juguetes ó juegos le llaman la atención? \_\_\_\_\_

¿A qué juega?

\_\_\_\_\_

¿Que actividades le interesan?

\_\_\_\_\_

¿Le gustan los animales?

\_\_\_\_\_

¿Cómo los trata?

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DISCIPLINA:

¿En las diferentes edades quién ha sido responsable de la conducta del menor?

\_\_\_\_\_

¿Quien ha impuesto las órdenes? \_\_\_\_\_

¿Como se hacen los padres obedecer? \_\_\_\_\_

¿Qué castigo utilizan? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RELACIONES

¿Quién se relaciona con el menor en forma más cercana? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona el menor con la madre? \_\_\_\_\_

¿Y con el padre? \_\_\_\_\_

¿Con sus abuelos maternos? \_\_\_\_\_

¿Con sus abuelos paternos? \_\_\_\_\_

¿Con sus hermanos? \_\_\_\_\_

¿Tiene amigos? \_\_\_\_\_ ¿Cómo se relaciona con ellos? \_\_\_\_\_

¿Tiene un mejor amigo? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LENGUAJE HABLADO:**

¿A qué edad trato de darse a entender? \_\_\_\_\_ ¿Cómo? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dijo sus primeras palabras por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Qué palabras? \_\_\_\_\_

¿Algún otro problema de lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Omite letras al hablar? \_\_\_\_\_

¿Pronuncia correctamente? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESARROLLO MOTOR:**

¿A qué edad logró sostener la cabeza? \_\_\_\_\_

¿A qué edad logró volcarse solo? \_\_\_\_\_

¿A qué edad se sento con ayuda? \_\_\_\_\_

¿A qué edad gateó? \_\_\_\_\_

¿A que edad logró ponerse de pie? \_\_\_\_\_

¿A que edad logro caminar con ayuda? \_\_\_\_\_ ¿Y sin ayuda? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus movimiento en general? \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido y cuáles son sus actividades físicas preferidas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A qué edad aprendió a andar en triciclo? \_\_\_\_\_

¿Y en bicicleta? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EVENTOS SIGNIFICATIVOS:**

¿Qué cosas importantes han ocurrido durante la vida del menor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Separaciones? \_\_\_\_\_

¿Están o han estado separados los padres? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué efecto tuvieron sobre el menor? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PONDE SE LLENO ESTE CUESTIONARIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

LUGAR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_