

01921
27



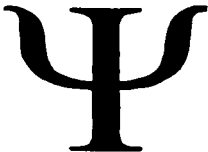
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"ALGUNAS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS EN
NIÑAS CON PUBERTAD PRECOZ"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ISIS LUCILA BALTIERRA MENA
MARIA ESTHER VAZQUEZ HERNANDEZ

DIRECTORA: ASUNCION VALENZUELA COTA
REVISORES: CRISTINA HEREDIA ANCONA
GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO
FABIAN MARTINEZ SILVA
ANA LOURDES TELLEZ-ROJO SOLIS



MEXICO, D. F.

2003

R



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por permitir mi nuestra formación como profesionales.

A la Maestra Asunción Valenzuela directora de este trabajo, por su dedicación, apoyo, paciencia, sugerencias y aportaciones.

Desearnos expresar nuestro sincero agradecimiento al departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, especialmente a la Dra. Nayelli Garibay y el Dr. Luis Miguel Dorantes por su confianza, interés, así como por la facilidades otorgadas en la realización de está investigación.

Al psicólogo Marco Antonio Olavarria por su dedicación, tiempo, así como su valiosa asesoría en la elaboración de este proyecto.

Nuestro agradecimiento a los maestros Guadalupe Santaella, Isabel Martínez, Cristina Heredia, Ana Lourdes Téllez- Rojo y Fabián Martínez por su valiosa ayuda en la realización de esta tesis.

A la Dra. Bertha Blum y la Psic. Eva Esparza, coordinadoras del proyecto Para Optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico (Grupo piloto) el cual nos brindo herramientas necesarias en nuestra formación como profesionistas.

A las pacientes y sus familias por aceptar participar en esta investigación.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Isis Lucila Balderramos

Mesa

FECHA: 20 Mayo 2003

FIRMA: [Firma]

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Hernández

FECHA: 20-05-2003

FIRMA: [Firma]

B

Dedicatorias

A mis padres Lucy y Leonardo quienes en todo momento me brindaron su apoyo y cariño. A ti mami por que tu lucha diaria me ha dado el mejor ejemplo en la vida y por tu amor incondicional. A ti papi por todo el amor que me diste, siempre estarás presente en todo lo que haga.

A Héctor por su amor, comprensión y paciencia, porque me ha apoyado en todo momento para la realización de mis sueños y con quien he compartido los acontecimientos más importantes en mi vida, te amo.

A mis hermanos Gaby, Cristy y Leonardo por todo lo que representan en mi vida, con los que he compartido muchos de los momentos más maravillosos, los quiero mucho.

A mis amigas de la universidad Liora, Rosalia y Lola con quien he vivido tantas gratas experiencias; por su valiosa amistad.

A Esther por que juntas logramos concluir este sueño a pesar de los obstáculos y dificultades y a quien agradezco su paciencia y tolerancia.

A mis tías Cristina, Paty y Rosa Elena por su preocupación, cariño y apoyo académico.

A Irma Rosas por su apoyo y por ser para mí un ejemplo de superación profesional.

A Gilda Vázquez por todo el cariño y apoyo que siempre nos ha brindado a mi familia y a mí.

A María Teresa Villatoro por su interés y ayuda en la revisión de este trabajo y por el cariño que desde que nos conocimos me ha demostrado.

Con cariño Isis

Dedicatorias

Mamá es un orgullo ser hija de una mujer trabajadora, día a día luchas para salir adelante con tu familia. ¡Gracias por el apoyo incondicional, me has enseñado la fortaleza que puede tener un ser humano!

Ricardo, hijo mío, eres la persona que le da el toque especial a mi existencia, deseo que en un futuro logres hacer realidad tus sueños. ¡dale duro a la vida!

Lulú, soy afortunada en tener una hermana como tu. ¡Gracias por tus palabras de aliento, por los jalones de oreja que me das de vez en cuando...!

A mis amig@s que son una parte fundamental, a pesar de las diversidades que existen entre nosotros. ¡Gracias por compartir los buenos y malos momentos!

A Isis, por que me enseñaste lo que es trabajar en equipo, por los altibajos que hubo durante este proceso, por la escucha, comprensión, tolerancia...

Los quiero mucho.

Esther



INDICE

	PAGINA
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1 Perspectivas sobre el desarrollo.....	4
Psicología del desarrollo.....	4
Periodos del desarrollo humano.....	4
Teorías sobre el desarrollo.....	6
Justificación de la elección de las teorías.....	10
La organización de la personalidad de Freud.....	11
Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson.....	16
Desarrollos posteriores a la obra de Freud.....	18
Teoría genética cognitiva de Piaget.....	20
Capítulo 2 Pubertad.....	24
Definición de pubertad.....	24
Cambio secular.....	24
Cambios fisiológicos.....	25
Cambios físicos.....	27
Evaluación del desarrollo puberal.....	28
Cambios emocionales.....	28
Pubertad e identidad sexual.....	29
Capítulo 3 Pubertad precoz.....	31
Definición de pubertad precoz.....	31
Variantes fisiológicas de la pubertad.....	32
Estudios médicos sobre pubertad precoz.....	33
Sentimientos acerca de la menarca y la menstruación.....	35
Implicaciones de la madurez temprana.....	36
Antecedentes de estudios realizados sobre pubertad precoz.....	38
Otros estudios psicológicos sobre pubertad precoz.....	40
Capítulo 4 Método.....	42
Planteamiento del problema.....	42
Objetivo.....	42
Variables.....	43
Definición de variables.....	43
Tipo de estudio.....	45
Tipo de diseño.....	45

Población por estudiar.....	45
Técnica de muestreo.....	45
Criterios de inclusión para las niñas con pubertad precoz.....	45
Tipo de muestra.....	45
Instrumentos.....	46
Procedimiento.....	48
Estadística.....	49
Capítulo 5 Resultados.....	50
Capítulo 6 Análisis de resultados.....	78
Capítulo 7 Discusión y Conclusiones.....	82
Anexo.....	89
Referencias.....	114

RESUMEN

El presente estudio, se llevó a cabo en el departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Su objetivo fue el de investigar y analizar las características psicológicas en niñas con pubertad precoz.

Se estudio a un grupo de 15 niñas con diagnóstico de pubertad precoz de 6 a 8 años de edad. La investigación tuvo el propósito de identificar factores intelectuales, nivel de desarrollo y emocional, así como características de personalidad desde el punto de vista psicodinámico en las pacientes. Las variables anteriormente mencionadas se midieron a través de las pruebas psicológicas: WISC-R, el dibujo de la figura humana de Elizabeth Koppitz y el Test de Apercepción Infantil Suplementario CAT-S.

El análisis cuantitativo de los resultados se realizó a través de la estadística descriptiva, utilizando las medidas de tendencia central para la prueba de inteligencia WISC-R con el fin de comparar las medias de cada subprueba. De igual forma se realizó un análisis cualitativo de la entrevista aplicada a las madres, el DFH y CAT-S, donde en está última se realizó la calificación interjueces a fin de buscar la mayor objetividad posible.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que las niñas que presentan un desarrollo temprano presentaron algunas características psicológicas entre las que se encuentran temor al daño físico y la enfermedad, presencia de fantasías respecto a ser adulto, interés en roles de los adultos. Así como alteraciones y dificultades en la imagen corporal y su autoconcepto (sentimientos de inadecuación con respecto a ser diferente, en relación con su imagen corporal producto de su desarrollo temprano, baja autoestima, sentimientos de inseguridad, dificultad para relacionarse con los que la rodean, preocupación e inadecuación en relación con las personas y gran cantidad de elementos depresivos). Se observó en las niñas una tendencia a establecer vínculos a través de la alimentación; donde las necesidades orales se relacionan principalmente con necesidades de dependencia, protección y cuidados por parte de los padres. La relaciones con las madre observadas son de tipo oral, simbiótica y ambivalente. Presencia del mecanismo de regresión para enfrentar la ansiedad.

INTRODUCCIÓN

En la "Clínica de maduración sexual" del departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de México fueron encontrados entre 1970 y 1982, 98 casos de maduración sexual precoz de los cuales el 50% se manifestó en el lapso comprendido entre 1979 y 1982. Este aumento se produjo a expensas de telarca prematura y de pubertad precoz verdadera. Entre 1983 y 1997 se presentaron 826 casos, de los cuales 427 correspondieron a los años de 1993 a 1997. La edad de inicio más frecuente de pubertad precoz verdadera es entre los seis y siete años. Es difícil establecer la causa del marcado aumento de la maduración sexual precoz en los últimos años. (Ajuria, 1999)

La pubertad precoz es la aparición de los caracteres sexuales en niñas antes de los 8 años de edad, la forma idiopática es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, siendo la relación femenino – masculino de 8:1.

Actualmente se ha observado un descenso en la edad de aparición de la pubertad, aunque no se sabe con exactitud a qué se debe esto, algunos autores mencionan que puede deberse a un estándar de vida más alto, a la sanidad e inmunización preventiva, a la reducción de los tamaños familiares y a la generalización de los cuidados higiénicos sanitarios, entre otras.

La pubertad precoz, en cualquiera de sus manifestaciones, a pesar de ser una entidad médica trae consigo cambios físicos, los cuales pueden tener repercusiones en el área psicológica y social, debido a que se espera que la niña actúe con la madurez que aparenta aún cuando todavía no cuenta los recursos para afrontar los nuevos cambios que se le presentan, por lo anterior no sólo es necesario conocer su diagnóstico y tratamiento sino los efectos psicológicos que puedan estar ocurriendo en las niñas que la padecen.

Es importante no generalizar los efectos psicológicos ya que dependen en gran parte de cómo se interpretan los cambios tanto en la niña como las personas de su entorno.

En la literatura revisada, poco se ha abordado acerca de las características psicológicas que están implicadas en el desarrollo sexual temprano, y sólo se mencionan algunos aspectos psicológicos y psicosociales que inciden en niñas que presentan una pubertad precoz; sin considerar que una gran parte de la investigación está enfocada a cuestiones médicas, tales como: estadísticas de incidencia del síndrome, diagnóstico y tratamiento del mismo; y casi todas se han realizado en población estadounidense. En población mexicana sólo se encontró un estudio realizado por Selicoff en 1997, en el cual se abordan los efectos psicológicos de la pubertad precoz en niñas.

La presente investigación se enfoca al padecimiento de pubertad precoz, que consideramos de gran interés debido a que el padecimiento inicia en las niñas

a edad muy temprana, cuando todavía no cuentan con los recursos necesarios para enfrentar una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que con lleva el síndrome de pubertad precoz.

El estudio tiene como finalidad explorar y analizar las funciones intelectuales medidas a través de la prueba WISC-R, ya que no existen en la literatura estudios acerca del funcionamiento intelectual en niñas con el síndrome. Consideramos importante evaluar el desarrollo emocional ya que al iniciarse el síndrome los cambios fisiológicos que se presentan podrían alterar la percepción que las niñas tienen de sí mismas y de su entorno. El CAT-S tiene como finalidad abordar características psicodinámicas específicamente relacionadas con el síndrome de la paciente y el entorno que lo rodea.

Será importante a partir de la psicología y de la medicina identificar factores intelectuales, indicadores de desarrollo y emocionales, así como indicadores de personalidad de las pacientes con este padecimiento, ya que al identificar algunas características psicológicas que pudieran presentarse con la pubertad precoz, podría brindárseles el tratamiento adecuado. Se pretende que la presente investigación abra el camino a abordajes interdisciplinarios e integrales.

CAPITULO 1: PERSPECTIVAS SOBRE EL DESARROLLO

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

Meece (1997), menciona que el desarrollo se refiere a los cambios que ocurren en el niño a través del tiempo. La mayoría de los teóricos consideran que el desarrollo representa los cambios sistemáticos y sucesivos que mejoran la adaptación global del niño al ambiente. Para que un cambio en el desarrollo sea evolutivo, debe seguir un patrón lógico u ordenado que alcanza mayor complejidad y favorece la supervivencia.

Se les considera los precursores de la psicología del desarrollo a los filósofos John Locke y Jean- Jacques Rousseau, ya que han influido en las ideas sobre la naturaleza del niño y en la forma en como se le debe educar. John Locke propuso que la mente del niño es una hoja en blanco donde la experiencia va escribiendo; el niño no es ni bueno ni malo; sino que el trato que reciba decidirá su futuro. Jean- Jacques Rousseau por su parte formuló una concepción romántica de la niñez, así el considera que el niño nace con un estado de bondad natural, los adultos no lo moldean por la fuerza, sino lo protegen contra las presiones sociales y le permiten desarrollarse de una manera espontánea. Además opina que la capacidad de razonamiento es adquirido por lo niños después de los 12 años de edad, por lo que durante el periodo temprano de su desarrollo se les debe permitir aprender a través del descubrimiento y la experiencia. (Meece, 1997)

PERÍODOS DEL DESARROLLO HUMANO

Sarafino y Armstrong (1988), mencionan que las fases del desarrollo corresponden a amplios periodos diferenciados por características que son reconocidas o establecidas culturalmente. Los periodos del desarrollo son divididos dependiendo del autor que se consulte, por edades o por márgenes más amplios de edad, a continuación presentamos una forma en que se puede dividir las etapas del desarrollo de la vida de una persona, explicando lo que autores como: Moraleda (1999), Good y Brophy (1995) y Thornburg (1982) nos dicen de cada periodo. Es importante mencionar que los periodos aquí mencionados no son los únicos citados sobre el tema.

- **Lactancia:** se extiende a través del primer año de vida aproximadamente, el niño se encuentra desvalido y necesita del cuidado de los adultos. Es totalmente dependiente, aquí se efectúan los mayores progresos del desarrollo. (Moraleda, 1999)
- **La infancia temprana:** va del segundo al tercer año de vida. Gesell llama a estos años edad acrobática, debido a que se aprende a caminar. Remplein llamo a este periodo del lenguaje, ya que esta función aparece en este estadio.

Para el psicoanálisis constituye la etapa anal, por la adquisición del control esfinteriano y junto con éste la irrupción de la moral en la vida del niño. Piaget sitúa al comienzo del pensamiento objetivo- simbólico con el que se relaciona la adquisición del lenguaje. El niño ingresa a la escuela infantil por lo que algunos también lo llaman período de la primera escolarización. (Moraleda, 1999)

- **La infancia preescolar (4-5 años):** en este período las diferencias de personalidad cada vez se manifiestan más, como resultado de las crecientes demandas sociales, la exigencia del adulto con respecto al comportamiento del niño, así como al cumplimiento de reglas de conductas sociales. Lo anterior se logra por la aparición de nuevas posibilidades cognitivas y motivacionales, el desarrollo de nuevas formas de pensamiento, el perfeccionamiento del lenguaje oral, una mayor comprensión del mundo que lo rodea; lo anterior va a originar nuevas motivaciones y el deseo de participar en las acciones y relaciones de los mayores. La participación y acción encuentran su expresión en esta edad en los juegos argumentales de roles y también en la realización de tareas productivas de carácter más estructurado y sistemático. (Moraleda, 1999)
- **Infancia Intermedia:** va de los seis a los doce años. El aprendizaje se ve influenciado por la lectura, actividades informativas, pasatiempos y actividades creativas, a través de las ciencias y humanidades también se favorece. Hay una distinción entre los hechos reales y la fantasía. Ya existe una relación adecuada con los profesores y otros adultos. El niño logra la independencia dentro de la familia. El comportamiento guarda estrecha relación con lo esperado socialmente respecto a su papel de género. Se desarrolla la tolerancia a la frustración. (Good y Brophy, 1995)
- **Preadolescencia:** Good y Brophy (1995), indican que Thornburg en 1982 sugiere que los años de transición entre la infancia y la adolescencia, constituye una etapa de importancia respecto al desarrollo social. Las amistades tienden a volverse más íntimas, en especial entre las niñas, es probable que los adolescentes tempranos actúen de manera prosocial hacia sus amigos e intenten lograr resultados mutuamente satisfactorios en situaciones donde personas menores o mayores podrían irse por su propio camino o competir. En la escuela, estos años incluyen un cambio de la identificación con los compañeros y de una resistencia al ejercicio de autoridad por parte de los profesores.
- **Adolescencia en adelante:** Se da la adaptación a los cambios corporales, a nuevas emociones, se logra la independencia gradual de los adultos. Se da el cuestionamiento de valores ya adquiridos y la reafirmación de estos o el hallazgo de otros nuevos. El individuo adquiere el conocimiento necesario para la adaptación en general y es capaz de aplicarlo en la toma de decisiones tales como la elección de una carrera, un oficio, la elección de pareja y filosofía de la vida. (Good y Brophy, 1995)

Para explicar el desarrollo se han elaborado diversas teorías, estas son: la biológica, la psicoanalítica, la conductual, la cognoscitiva, la del aprendizaje social, la etológica y la contextual. Estas teorías evolutivas nos dan una variedad de modelos para interpretar y entender la conducta del niño; un patrón de conducta admite una variedad de explicaciones, por lo que una teoría no es suficiente para explicar lo que se sabe y se observa en el niño. Así cada teoría da a los hechos un significado distinto al organizarlos en forma especial, centrándose en distintos aspectos del desarrollo y destacando algunos factores causales. Las teorías que se describirán a continuación son construcciones humanas que reflejan situaciones determinadas en tiempo y lugar. El desarrollo no tiene secuencias universales, ya que el ambiente y los niños cambian constantemente, por lo que pocas leyes o principios generales rigen el desarrollo del niño debido a que el desarrollo es propio de cada contexto o grupo de individuos. (Meece, 1997)

TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO

Teorías biológicas

Arnold Gesell fue uno de los teóricos que se interesó por el desarrollo y maduración del niño, introdujo el concepto de madurez y estableció normas de edad del crecimiento y del cambio conductual en 10 áreas del desarrollo. Actualmente es el fundamento que sostienen los genetistas conductuales, que estudian el grado en que se heredan los rasgos psicológicos y las habilidades mentales, afirman que así como se heredan muchas de nuestras características físicas muchos de nuestros atributos psicológicos tienen un componente genético. La mayoría de los teóricos modernos reconocen que aunque muchos rasgos y habilidades en el niño pueden recibir influencia de factores biológicos, el ambiente y la experiencia son factores que son de gran importancia en el desarrollo del niño. Lo que más afecta la personalidad del niño no es tanto sus padres sino la forma en que percibe y reacciona a ellos y a sus hermanos, compañeros y otras influencias sociales. La genética en combinación con el tipo de crianza recibida define la personalidad futura. (Atwater y Grover, 2000)

Teorías psicoanalíticas

Se centran en los cambios evolutivos del yo y en la personalidad. Sigmund Freud y Erik Erikson plantearon que el desarrollo es un proceso discontinuo que sigue una serie de etapas, en cada etapa surgen impulsos, necesidades o conflictos que influyen en el comportamiento del niño en su ambiente. (Meece, 1997)

Se les llamo "neofreudianos" aquellos que continuaron con la investigación iniciada por Freud, algunos de los más importantes son: Karen Horney, Adler y

Stack Sullivan; los cuales otorgan mayor importancia a las influencias sociales sobre el desarrollo y menos al papel de los instintos. (Shaffer, 2000)

Teorías conductuales

Sostienen que los cambios evolutivos del comportamiento reciben el influjo del ambiente y los mecanismos básicos del desarrollo son los principios del aprendizaje. John Watson analizó la función del condicionamiento clásico en la adquisición de emociones por parte del niño. B. F. Skinner demostró que la aplicación de los principios del condicionamiento operante o instrumental por parte de los padres a sus hijos influyen en la adquisición del lenguaje. Para los conductistas la observación y la imitación permiten a los niños adquirir nuevas conductas. Consideran el desarrollo como un proceso gradual y continuo, así conforme el niño va adquiriendo nuevas habilidades y conductas se observan cambios cuantitativos. (Meece, 1997)

Teorías cognoscitivas

Se centran en la forma en que el niño construye su propio conocimiento del ambiente. Su perspectiva es interaccionista, considera que el desarrollo se da a través de la interacción entre las capacidades mentales y la experiencia del medio ambiente, es decir, la naturaleza y crianza explican el desarrollo de los niños. (Meece, 1997)

- **Teoría del desarrollo cognoscitivo:** Jean Piaget propuso que los niños pasan por una serie de etapas invariables, en donde cada una se caracteriza por una forma distinta de organizar e interpretar el mundo. Para Piaget el desarrollo se refleja en cambios cualitativos en los procesos y estructuras cognoscitivas del niño; todos los niños pasan por las fases en el mismo orden pero no siempre a la misma edad. El desarrollo se da por la interacción de factores innatos y ambientales. El niño tiene un papel activo en su desarrollo, ya que conforme madura tiene acceso a nuevas posibilidades que estimulan su desarrollo ulterior y que son interpretadas a partir de lo que ya conoce. (Meece, 1997)
- **Teoría del procesamiento de información:** Estas teorías muestran otra perspectiva interactiva del desarrollo, estudiando los pasos exactos en que se llevan a cabo las funciones mentales. Han utilizado a la computadora como modelo para describir el pensamiento humano. El mejoramiento en la atención, memoria y las estrategias de adquisición y utilización de la información, influyen en el logro de adelantos cognoscitivos del pensamiento. Millar en 1993 (citado en Meece 1997, p. 22) describe que "el desarrollo consta de cambios cuantitativos (aumento de la información guardada) y cualitativos (nuevas estrategias para almacenar la información y recuperarla)". En este enfoque se sostiene que el desarrollo tiene su origen en la interacción de información que

se recibe del exterior y el estado del sistema de procesamiento de información del niño.

Teorías del aprendizaje social

- **Teorías del aprendizaje social:** Los primeros conductistas se enfocaron a medir la conducta que posteriormente el estudio se centró en el aprendizaje social dejando a un lado la medición de la conducta. Los teóricos no enfatizan la base biológica en el comportamiento y se enfocan en como nuestro comportamiento es aprendido en interacción con el medio ambiente. El aprendizaje se ve influenciado por muchos estímulos y no solo por uno. El aprendizaje depende de cuatro componentes: atención, retención, reproducción y motivación. (Atwater y Grover, 2000)

Además explican como el niño aprende conductas sociales, tendencias agresivas y los comportamientos adecuados a su sexo y construye representaciones mentales de su mundo social, por lo que el ambiente tiene una gran influencia. (Meece, 1997).

Shaffer (2000), señala que Bandura considera que los humanos son seres cognoscitivos, procesadores de información activos, que a diferencia de los animales piensan las relaciones entre su comportamiento y las consecuencias de este, para Bandura el aprendizaje por observación es el proceso central del desarrollo y es el resultado de observar el comportamiento de otras personas; para que ocurra este aprendizaje es necesario que estén en funcionamiento procesos cognoscitivos. Se debe atender al comportamiento del modelo, asimilar de forma activa, o codificar, lo que observamos y posteriormente almacenar esta información en la memoria con el fin de que posteriormente se pueda imitar lo observado. Además menciona que Bandura en 1986 elaboró el concepto de determinismo recíproco para describir que el desarrollo humano refleja una interacción entre una persona activa, el comportamiento de está y el ambiente.

- **Teoría del desarrollo cognoscitivo social de Selman:** Shaffer (2000), indica que Selman considera que para conocer a una persona se debe tener capacidad para asumir su perspectiva y comprender sus pensamientos, sentimientos, motivos e intenciones, así los niños progresan de ser seres egocéntricos hasta convertirse en teóricos cognoscitivos sociales completos. Menciona que hay 5 etapas de la habilidad para considerar el punto de vista del otro, que son:
 0. Capacidad egocéntrica o indiferenciada (3 a 6 años): los niños no se percatan de ninguna perspectiva a parte de la propia.
 1. Consideración social informativa del punto de vista del otro (6 a 8 años): Los niños reconocen que las personas pueden tener perspectivas que

- difieren de la suya, pero creen que esto solo sucede por que han recibido información diferente.
2. Consideración auto reflexiva del punto de vista del otro (8-10 años): Los niños saben que sus puntos de vista y los ajenos pueden estar en conflicto, aunque hayan recibido la misma información, lo que los hace capaces de considerar el punto de vista de la otra persona; sin embargo, no pueden considerar su propia perspectiva y la ajena al mismo tiempo.
 3. Consideración del punto de vista de terceras partes (10-12 años): Aquí el niño puede considerar simultáneamente su punto de vista y el de la otra persona y reconoce que este puede hacer lo mismo y también puede asumirla la perspectiva de un tercero.
 4. Consideración social del punto de vista del otro (12-15 años): El adolescente intenta entender la perspectiva de otra persona comparándola con la del sistema social en que opera, es decir, espera que otros consideren y asuman las perspectivas, así como los acontecimientos que adoptaría la mayoría de las personas de su grupo social.
- **Perspectiva humanista:** Señala que las teorías anteriores dejan fuera mucho de lo que hace a la existencia humana distinta, tal como el significado y riqueza de la experiencia subjetiva, las características holísticas de la experiencia y la capacidad de elección y determinación. Enfatizan los valores de libertad humana y del individuo. Las tres ideas principales de esta perspectiva son: el ser fenomenal, libertad humana y auto actualización. La teoría de Carl Rogers "Teoría del ser fenomenal", destaca la importancia de la forma en que un individuo experimenta y percibe la realidad en relación con su ambiente. (Atwater y Grover, 2000)

Teorías contextuales

Se centra en la influencia del contexto social y cultural en el desarrollo del niño. Estas teorías suponen que el niño desempeña un papel activo en su desarrollo, ya que a medida que madura busca varios contextos físicos y sociales. A diferencia de las teorías interactivas, los contextualistas consideran que el niño y el ambiente están en cambio constante y estos cambios producen cambios en ambos, lo que nos dice que no existen patrones universales en el desarrollo. La teoría sociocultural y la ecológica entran en esta clasificación.

- **Teoría sociocultural:** Meece en 1997, menciona que Ley Vygotsky analizó la influencia del contexto social y cultural en el niño, propuso la teoría sociocultural del lenguaje y del desarrollo cognoscitivo, donde plantea que el conocimiento no se construye de modo individual, sino entre varios. Considera que los niños tienen ciertas "funciones elementales" que se transforman en funciones mentales superiores a través de la interacción. El mismo autor hace notar que Millar en 1993, menciona que "Vygotsky no especificó etapas ni patrones universales de desarrollo, debido a que cada cultura establece diferentes metas de desarrollo para el niño; pero sí considera que el desarrollo

incluye cambios cualitativos, ya que el niño pasa de las formas elementales de funcionamiento mental a las formas superiores. La gente es la encargada de estructurar el ambiente del niño y ofrecerle las herramientas para que lo interprete”.

- **Teorías ecológicas:** Urie Bronfenbrenner considera que el desarrollo está integrado a contextos múltiples. En el centro de su modelo se encuentra el niño, el cual nace con ciertas características de temperamento, mentales y físicas que crean el contexto biológico de su desarrollo. La suposición esencial del modelo es que varios subsistemas (familia, escuela, situación económica) de su esquema ecológico cambian a lo largo del desarrollo; los cambios en un nivel del contexto pueden influir en lo que sucede en otros. Esta teoría ayuda a comprender las complejas interacciones entre los efectos biológicos y ambientales, así como las relaciones entre los diferentes contextos ambientales; también proporciona una mayor comprensión del ambiente tan complejo e interrelacionado donde vive el niño, que no se puede reducir su desarrollo a ninguna fuente aislada. (Meece en 1997)

Teorías etológicas o evolutivas

Consideran que las influencias biológicas desempeñan una función significativa en el desarrollo humano, estudian científicamente la base evolutiva del comportamiento y las contribuciones de respuestas evolucionadas para la supervivencia y desarrollo de una especie. La suposición básica de los etólogos es que los miembros de todas las especies animales nacen con varios comportamientos biológicamente programados, productos de la evolución y adaptativos que contribuyen a la supervivencia. Además consideran que las primeras experiencias son muy importantes, y consideran que durante el desarrollo pueden existir periodos críticos y sensibles que puedan afectar o influir en el mismo. La etología moderna surgió del trabajo de Konrad Lorenz y Niko Tinbergen. (Meece en 1997)

JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DE LAS TEORÍAS

Las teorías en las que encontramos apoyo para la presente investigación, se presentan a continuación por separado, ya que buscamos entender con mayor profundidad sus fundamentos y conceptos que manejan, ya que las pruebas psicológicas empleadas en el estudio basan sus principios o parte de estos en las teorías que a continuación se presentan.

En primer lugar tenemos la teoría de personalidad de Freud, la cual nos es de gran ayuda para comprender el material que se obtuvo de la prueba CAT-S, la cual basa sus fundamentos en la psicología del yo y la proyección inconsciente en la narración de los relatos que realizan los niños, en la prueba también se estudian aquellos mecanismos de defensa que el niño utiliza. En la prueba del dibujo de la

figura humana de Koppitz podemos ver que la niña al dibujar está reflejando rasgos de su personalidad.

La teoría psicosocial de Erikson, nos interesa, debido a que no solo trata a la persona desde la perspectiva inconsciente, sino que considera el medio social como influyente en el comportamiento del individuo; en este estudio no solo nos interesan las características psicológicas que pudieran estar presentando las niñas que presentan una pubertad precoz, sino también como influye el síndrome en su familia y en su desarrollo social.

La teoría genética Cognitiva de Piaget se consideró, debido a la importancia que da a los niveles de funcionamiento mental, además sus aportaciones han sido base de diversas investigaciones sobre la inteligencia y su desarrollo; en esta investigación se usó la prueba de inteligencia WISC-R, y aunque determinar el cociente intelectual que presenta el grupo a estudiar no es lo más importante, nos da apoyo para entender las funciones intelectuales que se dan en las niñas.

Es importante mencionar que aunque tomamos como base los principios de las tres teorías mencionadas para nuestra investigación, no se dejan fuera todas aquellas aportaciones que nos puedan brindar otros teóricos para la comprensión del fenómeno estudiado.

LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD DE FREUD

Para Freud, la personalidad total, está integrada por tres sistemas principales que son: el ello, el yo y el superyó.

El Ello: se encarga de la descarga de las cantidades de excitación (tensión o energía) que se liberan en el organismo por estímulos internos o externos. Su función cumple con el principio de placer, cuyo fin es evitar el dolor y encontrar el placer. En el ello tiene lugar el proceso primario que es el que produce la imagen mnémica de un objeto necesaria para reducir la tensión. El ello no logra distinguir entre un recuerdo subjetivo y una percepción objetiva del objeto real. Según Freud, el ello es la fuente primordial de la energía psíquica y es la sede de los instintos. El Ello está en íntimo contacto con el cuerpo y sus procesos en el mundo exterior, su energía está en estado móvil, de manera que se la puede descargar con prontitud o desplazar de un objeto a otro. Con el transcurso del tiempo el ello no cambia, no se puede modificar con la experiencia ya que no está en contacto con el mundo externo, pero sí se puede controlar y regular a través del yo. Durante toda la vida en la persona se depositan nuevos contenidos en el ello como resultado del mecanismo de la represión. El ello conserva su carácter infantil durante toda la vida, no puede tolerar la tensión por lo que exige la gratificación inmediata, es omnipotente debido a que posee el poder de realizar sus deseos mediante la imaginación, la fantasía, las alucinaciones y los sueños. Freud dice que el ello es la parte oscura e inaccesible de la personalidad y lo que se conoce de él ha sido a través del estudio de los sueños y los síntomas neuróticos. Así podemos decir que el ello no piensa, sólo desea o actúa. (Hall, 1994)

El Yo: Para alcanzar los fines evolutivos de la supervivencia y la reproducción es necesario considerar la realidad exterior, ya sea acomodándose él mismo al mundo o afirmando su predominio sobre él. Tales transacciones entre la persona y el mundo requieren del yo. El yo está gobernado por el principio de realidad, el cual tiene como finalidad demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto o presentado el objeto real que satisfará tal necesidad. Freud llamó proceso secundario al proceso que esta al servicio del principio de realidad, el cual se desarrolla después y se superpone al proceso primario del ello. El proceso secundario cumple con lo que el proceso primario es incapaz de hacer, separar el mundo subjetivo de la mente del mundo objetivo de la realidad física. El yo es una compleja organización de procesos psicológicos que actúa como intermediaria entre el ello y el mundo externo. Además existe otra función del yo que produce fantasías y ensueños, que está libre de las exigencias de la prueba de realidad y está subordinada al principio de placer. Sin embargo, este proceso del yo difiere del proceso primario porque distingue entre la fantasía y la realidad. (Hall, 1994)

El superyó: es la rama moral u judicial de la personalidad, representa lo ideal más que lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad, es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el yo como consecuencia de la asimilación por parte del niño, de las normas paternas respecto de lo que es bueno y virtuoso y lo que es malo o pecaminoso. Se compone de dos subsistemas que son: el ideal del yo y la conciencia moral. El ideal del yo son los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran moralmente bueno. La conciencia moral son los conceptos que el niño tiene de lo que sus padres consideran moralmente malo. El superyó y el ello se parecen en que no hacen distinciones entre lo subjetivo y lo objetivo. El yo se forma a partir del ello y el superyó a partir del yo. (Hall, 1994)

Etapas Freudianas del desarrollo de la personalidad

“El estudio de las pulsiones en el niño para Freud queda ante todo limitado al estudio de las pulsiones sexuales y libidinales. Designa bajo el nombre de sexualidad infantil todo lo concerniente a las actividades de la primera infancia, en lo que se refiere al placer local que tal o cual órgano es susceptible de proporcionar. Es un error limitar la sexualidad infantil únicamente a la genitalidad.” (citado en Marcelli y Ajuriaguerra, 1996 p.30)

Las etapas del desarrollo descritas por Freud están determinadas biológicamente. (Liebert S., 2000) Freud llamó psicosexuales a sus etapas de desarrollo debido a que se les asigna un papel preponderante a los instintos sexuales en formación en el desarrollo de la personalidad. Con base en las zonas del cuerpo que se vuelven focos de placer sexual, Freud delineó cuatro etapas del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica y genital. Entre la etapa fálica y la genital hay un período de latencia. (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996)

Los principales estadios libidinales descritos son los siguientes:

Estadio oral: es una fase de organización libidinal que se da desde el nacimiento hasta el destete. La boca es la fuente más importante de reducción de tensión y de placer, el objeto de pulsión es el seno materno, el cual provoca la satisfacción libidinal apoyada sobre la necesidad psicológica de ser alimentado. El placer de la succión independiente de las necesidades alimenticias es un placer auto erótico. El placer es de tipo narcisista primario, en el que el bebé no tiene noción de un mundo exterior diferenciado de él. El niño ama todo aquello que se mete en la boca y por extensión a la madre, que está ligada al placer de mamar, por lo que es un objeto de amor. Así el niño poco a poco se irá identificando con su madre en un primer modo de relación que subsistirá toda la vida. Con la dentición y el mordisqueo que se realiza a fin de calmar el sufrimiento, el niño entra en un período oral activo, donde morderá lo que tenga en la boca incluso el seno materno, así el mordisco será su primera pulsión agresiva. (Dolto, 1993; Liebert S, 2000; Marcelli y Ajuariaguerra, 1996)

Estadio anal: En el segundo año, aunque sigue siendo importante la zona erógena bucal, se da una importancia especial a la zona anal. Empieza con los inicios del control de esfínteres. La fuente pulsional será ahora la mucosa anorrectal y el objeto de pulsión viene representado por las heces fecales. La expulsión adecuada de los excrementos se convertirá en una forma de recompensa y un signo de buen entendimiento con la madre, lo contrario equivaldrá a un castigo o desacuerdo con ella. El conflicto de esta etapa pone frente a frente la pulsión sexual por el placer (alivio de tensión por la eliminación de desechos corporales) y la expectativa social de que los niños desarrollen el autocontrol de orina y defecación. (Dolto, 1993; Liebert S, 2000; Marcelli y Ajuariaguerra, 1996)

Estadio fálico: Entre el cuarto y quinto año de vida, la libido se centra en la región genital. A esta edad se puede observar que el niño examina sus genitales, se masturba y hace preguntas sobre el nacimiento y el sexo. Freud considera que el conflicto que se da en esta etapa es el último y el más decisivo con el que tiene que lidiar el niño; el conflicto se relaciona con el deseo inconsciente de poseer al progenitor del sexo opuesto y, al mismo tiempo, de deshacerse del progenitor del propio sexo. (Liebert S, 2000)

Periodo de latencia: Se da después de la resolución del complejo de Edipo, entre los 6 y 12 años aproximadamente, esta no es una etapa del desarrollo psicosexual, ya que la pulsión sexual no sigue desarrollándose durante este tiempo. Freud considera que en el periodo de latencia se da la represión masiva de todos los impulsos sexuales. (Liebert S, 2000)

Este periodo se considera mudo, desde el punto de vista de las manifestaciones y curiosidades sexuales, la represión del interés sexual erótico va a permitir a la personalidad desplegar toda su actividad consciente y preconscious en la conquista del mundo exterior. Esta fase también es activa ya que implica la síntesis de los elementos recibidos y su integración al conjunto de la

personalidad, ya marcado por su pertenencia a sexo masculino o femenino. (Dolto, 1993)

El período de latencia y adolescencia no han sido estudiados directamente por Freud; el período de latencia simplemente ha sido considerado el declive del conflicto edipiano y la adolescencia, por el contrario, la reviviscencia de dicho conflicto, caracterizada por el acceso pleno y total a la genitalidad. Freud sostenía que la latencia implicaba la consolidación y la elaboración de los rasgos y habilidades previamente adquiridos, sin que aparezca nada dinámicamente nuevo. El niño mantiene un desarrollo bastante rápido, pero los patrones de éste siguen las líneas establecidas en las etapas previas. Nuevos intereses y necesidades significativos aguardan los marcados cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que ocurren durante la adolescencia, cuando comienzan a surgir nuevas fuentes de placer y por tanto nuevos conflictos y frustraciones. (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996)

Estadio genital: Para Freud comienza en la pubertad y dura hasta la edad adulta, aquí el adolescente comienza a madurar sexualmente. En esta etapa la libido se concentra de nuevo en el área genital, pero ahora se dirige al placer heterosexual, más que al auto erótico. (Liebert S, 2000)
En la pubertad el niño alcanza la etapa genital, que continúa hasta la edad adulta. La madurez de la personalidad se consigue con la genitalidad completa. (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996)

Mecanismos de defensa en la infancia

Mecanismos de defensa son descritos por Anna Freud (1948), como los medios psicológicos que el yo utiliza para solucionar los conflictos que surgen entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptarse al mundo de la realidad, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social.

Anna Freud (1948) en su libro "El yo y los mecanismos de defensa", menciona los siguientes mecanismos de defensa que se presentan en las personas:

- **Represión:** sirve para rechazar inconscientemente los derivados del instinto que pudieran producir angustia.
- **Regresión:** En momentos difíciles para el niño, es frecuente que muestren comportamientos propios de una edad anterior, en un intento por recordar su antigua seguridad.
- **Aislamiento (de afecto):** Proceso por el cual las experiencias, impresiones y recuerdos son separados de su significado emocional y experimentados sin sentimiento o afecto.
- **Anulación:** cuando el yo trata de anular pensamientos o actos ocurridos anteriormente, a través de conductas opuestas.

- **Proyección:** es utilizada para repudiar los propios deseos y actividades que devienen peligrosos, lo que le permite encontrar un autor responsable en el mundo exterior. La idea censurable queda desplazada hacia el mundo externo.
- **Introyección:** Modo de adaptación de una pérdida, menos complejo y más primitivo que el característico del proceso de identificación; en la introyección el objeto es incorporado pero no integrado ni asimilado a la personalidad por el proceso de identificación.
- **Vuelta contra sí mismo:** consiste en un cambio interno de los procesos instintivos mismos, cuyos equivalentes en el exterior son las tentativas del yo dirigidas a provocar una activa modificación de las condiciones del mundo externo.
- **Transformación en lo contrario:** sirve como garantía de la negación contra las conmociones provocadas por el mundo externo.
- **Sublimación o desplazamiento:** mediante este proceso, se encauza la energía sexual, hacia actividades aceptables socialmente.
- **Racionalización:** se da como precaución contra el peligro interno, es análoga a la vigilancia constante del yo contra los peligros del mundo externo.
- **Inhibición:** frente al impulso instintivo corresponde a la restricción del yo a fin de evitar el displacer emanado de fuentes externas.
- **Identificación:** Proceso de asemejarse a alguien o a algo en cierto aspecto de la conducta, basado en la integración del yo de la imagen del objeto exterior.
- **Negación:** para apartar los estímulos externos displacenteros. Se empleará en toda situación en que es imposible rehuir una impresión penosa procedente del mundo exterior.
- **Formación reactiva:** Es una de las más importantes medidas defensivas del yo como permanente protección contra el ello, en el desarrollo infantil. Tales formaciones se producen de manera casi inadvertida. No siempre es posible afirmar que el impulso instinto opuesto – el sustituto de la formación reactiva-haya ocupado antes el centro de la atención del yo. Este habitualmente reconoce el impulso rechazado y el conflicto total que condujo a la instalación de la nueva característica. Sirve como garantía contra el retorno de lo reprimido desde adentro.

LA TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIKSON

Erikson acentuaba la influencia de la sociedad y la cultura en el desarrollo del yo a lo largo del ciclo de vida. Consideró ocho crisis de desarrollo de máxima importancia en la vida. Cada crisis se convierte en el centro de atención de un período específico, lo que da lugar a ocho etapas de desarrollo psicosocial. Las etapas reciben su nombre de la crisis central de ese periodo de la vida. (Lieber R, 1999)

Erikson considera que en los años escolares la productividad adquiere gran importancia ya que los niños tienen que convertirse en trabajadores para merecer el reconocimiento por sus esfuerzos. Sus primeros esfuerzos por dominar las herramientas dentro de la sociedad les ayudan a crecer y a formarse un concepto positivo de sí mismos. Estos son años cruciales para el desarrollo del amor propio. Esta etapa intermedia de la infancia es una época de relativa latencia física y sexual en la que se da un rápido desarrollo cognoscitivo. (Good y Brophy, 1995)

A continuación se presentan las ocho etapas del desarrollo del ser humano descritas por Erik Erikson (1976) en el libro "Infancia y Sociedad":

1. **Confianza básica versus desconfianza básica:** El primer logro social del niño es su disposición a permitir que la madre se aleje de su lado sin experimentar ansiedad o rabia, el estado general de confianza implica no sólo que se ha aprendido a confiar en la mismidad y la continuidad de los proveedores externos, sino también que uno puede confiar en uno mismo y en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencias.
2. **Autonomía versus vergüenza y duda:** el niño debe llegar a sentir que la fe básica en la existencia no correrá peligro ante su súbito cambio de actitud, este deseo repentino y violento de elegir por su propia cuenta, de apoderarse de cosas con actitud exigente y de eliminar empercinadamente. Si se niega al niño la experiencia gradual y bien guiada de la autonomía, de la libre elección, se volverá contra sí mismo toda su urgencia de discriminar y manipular. Se sobremanipulará a sí mismo, desarrollará una conciencia precoz. En lugar de tomar posesión de las cosas, a fin de ponerlas a prueba mediante una repetición intencional, llegará a obsesionarse con su propia repetitividad. Mediante tal obsesión, desde luego, aprende entonces a reposeser el medio ambiente y a adquirir poder mediante un control empecinado y detallado, donde le resulta imposible encontrar una regulación mutua en gran escala. Esta etapa se vuelve decisiva para la proporción de amor y odio, cooperación, terquedad, libertad de auto expresión y su supresión. Un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de la auto estimación da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad u orgullo; un sentimiento de pérdida de autocontrol y de un sobrecontrol foráneo da origen a un propensión perdurable a la duda y a la vergüenza.

3. **Iniciativa versus culpa:** La iniciativa agrega a la autonomía la cualidad de la empresa, el planeamiento y el realizar una tarea por el mero hecho de estar activo y en movimiento. La iniciativa es una parte necesaria de todo acto, y el hombre necesita un sentido de la iniciativa para todo lo que aprende y hace. El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y los actos iniciados en el propio placer exuberante experimentado ante el nuevo poder locomotor y mental.
4. **Industria versus inferioridad:** el niño aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas, desarrolla un sentido de la industria, es decir, se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas. El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si desespera de sus herramientas y habilidades o de su status entre sus compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas. El hecho de perder toda esperanza de tal asociación "industrial" puede hacerlo regresar a la rivalidad familiar más aislada, menos centrada en la herramienta. Se trata de una etapa muy decisiva desde el punto de vista social: puesto que la industria implica hacer cosas junto con los demás y con ellos, en esta época se desarrolla un primer sentido de la división del trabajo y de la oportunidad diferencial.
5. **Identidad versus confusión de rol:** Aquí los adolescentes se preocupan ahora fundamentalmente por lo que parece ser ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son y por el problema relativo a relacionar los roles y las aptitudes cultivadas previamente con los prototipos ocupacionales del momento. El peligro de esta etapa es la confusión de rol. Cuando esta se basa en una marcada duda previa en cuanto a la propia identidad sexual. En los comienzos de la pubertad, la atención del adolescente se vuelve hacia el desarrollo de un sentido de identidad. La elección de una ocupación o carrera es de suma importancia en la identidad.
6. **Intimidad versus aislamiento:** El adulto joven, que surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros. Está preparado para la intimidad, esto es, la capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aún cuando éstos pueden exigir sacrificios significativos. El peligro de esta etapa es que las relaciones íntimas, competitivas y combativas se experimentan con y contra las mismas personas.
7. **Generatividad versus estancamiento:** El individuo que en alguna forma ha cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres humanos o el generador de productos e ideas, puede madurar gradualmente el fruto de estas siete etapas, es decir logra una integridad del yo. La falta o pérdida de esta integración yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte. La desesperación expresa el sentimiento de que ahora el tiempo que queda es

corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos hacia la integridad.

8. **Integridad del yo versus desesperación:** La persona que ha cuidado de cosas y personas y se ha adaptado a los triunfos y desilusiones podrá integrar su yo, lo cual se reflejará en la aceptación de su ciclo de vida como algo que debía de ser, en la seguridad de su persona, en el amor a los otros, en un nuevo amor distinto hacia los padres; y defenderá con dignidad su estilo de vida. El estilo de integridad desarrollado por su cultura se convertirá en el centro de sí mismo. La falta o pérdida de esta integridad yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte y desesperación por sentir que el tiempo que queda es poco para integrar lo que no se logró. En general la integridad yoica implica una integración emocional que permite la participación por consentimiento así como la aceptación de la responsabilidad de liderazgo.

DESARROLLOS POSTERIORES DE LA OBRA DE FREUD

A partir de la teoría propuesta por Freud, surgen nuevas corrientes de pensamiento, las cuales tratan de establecer nuevos modelos del funcionamiento mental. Bleichmar y Leiberman (1989), consideran que existen tres grandes teorías postfreudianas, que son: la psicología del yo, la escuela de Melanie Klein y la de Jacques Lacan. A continuación se abordan las dos primeras:

Psicología del yo

Tuvo sus orígenes en los años 30 y su auge hacia los 60 en los Estados Unidos, la psicología del yo surgió como resultado de la influencia de las ideas planteadas por Freud en los últimos años de su vida, el pensamiento positivista el cual acentuó los modelos biológicos de la personalidad, tales como adaptación equilibrio, maduración, desarrollo, etc.

En esta corriente encontramos varios teóricos, podemos citar algunos de ellos: Hartman es el más influyente el cual se basa en los últimos trabajos de Freud, principalmente en la segunda tópica (ello, yo y superyó), Kris, Loewenstein, Rapaport, Fenichel, Waeider entre otros. También encontramos teóricos influidos por la psicología del yo, que realizaron desarrollos independientes como: Mahler, Kohut, Kernberg y sus precursores Sterba y Nunberg.

Los teóricos del yo se interesaron en los aspectos adaptativos concientes y preconscientes del hombre y en las funciones mentales (memoria, pensamiento, percepción, etc.) Hartmann y seguidores pusieron especial interés en la investigación del yo, sus mecanismos de funcionamiento y la relación de éste con las demás instancias del aparato psíquico y con la realidad. Lo anterior los llevo a hacer importantes aportaciones teóricas sobre el yo. (Bleichmar y Leiberman, 1989)

Planteamientos de la psicología del yo: (citado en Bleichmar y Leiberman, 1989, p. 69)

- Que se considere al psicoanálisis como una psicología general. Interés en el estudio de funciones mentales: afectos, memoria, conocimiento, etc. Acercamiento a disciplinas como la sociología, medicina, biología, educación y psicología general.
- Énfasis especial en los procesos defensivos, estudio de funciones del yo, que lo convierten en la estructura central de la personalidad.
- Adaptación como tarea principal del yo, con su tendencia a realizar cambios en el sujeto y el ambiente.
- Autonomía primaria y secundaria del yo, área libre de conflictos e independencia de las energías con que cuenta el yo frente a ello.
- Diferenciación del yo función como subestructura de la personalidad o instancia psíquica, del yo representación como imagen de sí mismo o self.
- En la técnica analítica muestran interés por las defensas y por los fenómenos preconcientes y crean conceptos como el de alianza de trabajo, alianza terapéutica y estudio de los criterios de análisis.
- Analizan los procesos regresivos dentro del tratamiento analítico y de la creación artística y científica.
- Proponen líneas de investigación sobre el desarrollo y la maduración del niño; los cuales son base para los trabajos de Mahler, Spitz y otros.
- Analizan los problemas de identidad y de su interacción con las pulsiones y el medio ambiente familiar y social.
- Hacen una diferenciación conceptual entre pulsión e instinto y aplican la psicología del yo al estudio de la psicosis.

Escuela de Melanie Klein

La teoría propuesta por Klein describe un nuevo modelo de la mente y de su funcionamiento, el cual se basa en conceptos del mundo interno o mundo de los objetos internos y de las fantasías inconscientes. Posteriormente Winnicott, Searles y Kenberg utilizan sus conceptos en relación a las defensas primitivas, la envidia inconciente y la identificación proyectiva. Zetzel toma en cuenta el acento puesto en las conductas regresivas y en las operaciones defensivas tempranas. Algunos autores postkleinianos, como Bion con su teoría del continente-contenido, Bick y Meltzer con la idea de identificación adhesiva; trataron de

complementar los puntos de vista de Klein sobre el psiquismo temprano con nuevos conceptos que subrayan la importancia de que la madre real puede ser un buen receptor y modificador de las ansiedades tempranas e intensas que el bebé no puede contener adecuadamente en su mente. Los puntos que sobresalen de la obra de Klein son: (citado en Bleichmar y Leiberman, 1989, p.160-161)

- Creó la técnica del psicoanálisis infantil, influyendo en América Latina en los trabajos de Arminda Aberastury y Rebeca Grinberg entre otros psicoanalistas.
- Concibió a la mente como un universo de los objetos internos relacionados entre sí a través de las fantasías inconscientes, constituyéndola realidad psíquica.
- Incorporó a la clínica las teorías de Freud sobre los impulsos de vida y muerte.
- Modificó la concepción de las fases libidinales clásicas al sugerir una combinación de impulsos orales y genitales que se superponen en las etapas tempranas.
- Estudió nuevas perspectivas para el origen del superyo, el complejo de Edipo temprano y las estructuras psíquicas.
- Propuso una teoría acerca del funcionamiento psíquico basada en la idea de las posiciones: esquizo paranoide y depresiva como agrupamientos emocionales y defensivos, donde luchan el odio y el amor hacia los objetos.
- Recomendó la utilidad de comprender e interpretar la transferencia del paciente.
- Progreso notablemente en comprender el papel que juega la envidia dentro de la mente y los vínculos objetales, siendo la envidia y la idea de identificación proyectiva los mayores aportes de Klein al tema del narcisismo.
- Estudio procesos defensivos originales, especialmente el de identificación proyectiva y la disociación, descubriendo la reparación como la actividad central para calmar las ansiedades represivas.

TEORÍA GENÉTICA COGNITIVA DE PIAGET

Piaget (1975) considera que el desarrollo cognitivo se da a través de una secuencia de cuatro periodos que están relacionados con la edad. Según Piaget (1975) el primero es el nivel senso-motor, que se da desde el nacimiento hasta el año y medio aproximadamente, el lactante aún no presenta pensamiento ni afectividad ligado a representaciones que le permitan evocar a las personas u objetos ausentes, no es capaz de comprender que los objetos tienen una existencia permanente. Darley y cols. (1990), mencionan que es la capacidad de

formar representaciones mentales, imágenes visuales o símbolos, lo que le permite al niño la representación de objetos o ideas, así como comprender la permanencia de los objetos; así el niño logra comprender que las personas u objetos tienen una existencia permanente en el mundo, independientemente de él.

El segundo período, es el preoperatorio, que se da alrededor de los dos años, donde se observa un pensamiento egocéntrico, los niños tienden a centrar; es decir, enfocan su atención en un aspecto o situación. (Darley y cols. 1990)

El tercer período es el de las operaciones concretas que se da hacia los 6 o 7 años y dura hasta los 11 o 12 años. Piaget e Inhelder, 1969, (citado en Newman y Newman, 1991 p. 236), mencionan que "el niño comienza a usar algunos principios de la lógica para explicar la experiencia, los cuales están ligados a realidades concretas y observables". Newman y Newman (1991) señalan que el pensamiento lógico característico de este período requiere del dominio de la representación simbólica de la etapa anterior. Los mismos autores refieren que existen tres clases de conocimiento lógico que se desarrollan en el período de las operaciones concretas, que son:

- **Clasificación:** Para que el niño pueda clasificar un grupo de objetos, debe coordinar dos dimensiones que forman el concepto de clase. En primer lugar necesita percibir los criterios que definen la clase y en segundo debe ser capaz de seleccionar los objetos que concuerdan con los criterios de selección sin omitir ninguno. Piaget e Inhelder (1969), indican que el niño comienza a identificar en la clase y de extensión clase, aplicando correctamente los criterios de selección a todos los objetos presentes.
- **Conservación:** Es la capacidad de darse cuenta que el cambio en el contorno de la materia no altera la masa, el peso o el volumen de la materia, para que se logre una conceptualización sistemática de conservación, son necesarias tres operaciones: identidad, reversibilidad y reciprocidad. A inicios del período los niños utilizan algunas de estas tres operaciones, pero es hasta el final del mismo cuando se logra el uso combinado de las mismas y se les puede aplicar a cualquier objeto que lo requiera. La adquisición de estas operaciones es de suma importancia, ya que proporcionan al niño flexibilidad para resolver problemas.
- **Combinación:** Se desarrollan las operaciones que se expresan con símbolos matemáticos. La habilidad para clasificar y conservar, se manifiestan en esta etapa, cuando se usan números y operaciones de combinación en especial, reconocer los números como unidades y contar como un sistema de ordenamiento de unidades y la relación de asociación van formando un sistema lógico de habilidad numérica. La clasificación, conservación y combinación son capacidades que suponen la posibilidad de relacionar sistemáticamente acciones mentales separadas.

Para Lutte (1991), es a los 11 años aproximadamente, entre el paso de la infancia a la adolescencia, cuando el pensamiento se hace formal.

Piaget en 1949, (citado en Lutte, 1991), considera formal al pensamiento cuando se llega al último estado del desarrollo cognoscitivo, el estado del equilibrio final. Este pensamiento recibe el nombre de formal por que su validez no depende del contenido del razonamiento y de su concordancia con los datos de la experiencia, sino de su forma. El adolescente comienza a prescindir de lo real y de lo directamente percibido, comienza a emprender sus razonamientos desde el mundo de las ideas, desde el mundo de lo posible.

Aguirre (1996), considera que el adolescente es capaz de pensar en lo que no tiene presente, en lo posible, y basándose en ello, puede formular hipótesis y las diferentes posibilidades de solución del problema.

Keating (1979), (citado por Lutte, 1991; p.99) "acepta que los adolescentes son más capaces que los niños de generalizar y de describir una realidad con términos más amplios utilizando más abstracciones y se apartan de lo concreto para contemplar lo posible y lo imposible."

Aguirre (1996), señala que las principales características funcionales del pensamiento formal son: (p. 158-160)

1. El mundo de lo posible frente al mundo de lo real: El adolescente puede pensar en los objetos del mundo real y en sus leyes como un subconjunto de lo que pudiera haber sido, comienza a observarse una capacidad para pensar en términos de lo puramente posible. A diferencia del niño de estadio concreto, el cual ya puede realizar operaciones lógicas de cierta dificultad pero aún se encuentra atado al mundo de lo real. El paso de la infancia a la adolescencia es marcado por la capacidad de independizarse de lo que llega directamente a los receptores sensoriales.
2. El pensamiento hipotético- deductivo: El adolescente puede resolver problemas formulando mentalmente las posibles hipótesis o soluciones a través de la deducción, cuya validez deberá contrastar posteriormente con la realidad. También es capaz de deducir conclusiones no solo basadas en la observación de la realidad sino también a partir de simples hipótesis.
3. Pensamiento proposicional: Consiste en el manejo de operaciones lógicas que contienen los resultados de otras operaciones más concretas, propias del estado anterior. Tanto el adolescente como el niño del estadio concreto manejan en sus razonamientos los datos de la realidad, pero el adolescente no se queda solo ahí comienza a ser capaz de operar con proposiciones, es decir con enunciados, afirmaciones, implicaciones, conjunciones, disyunciones, etc. que contienen los datos de la realidad.

4. **El uso de la combinatoria:** Es la capacidad para usar el análisis combinacional, el cual le permite listar mentalmente todas las posibles soluciones al problema. El pensamiento formal se caracteriza por poseer un mecanismo cognitivo lógico que le permite listar todas las posibles soluciones a un determinado problema sin olvidar ninguno, es una característica que se deriva de las anteriores, a la vez que las complementa; si han de formularse las posibles soluciones a un determinado problema en que intervienen dos o más variables parece lógico pensar que se ha de disponer de ese mecanismo mental lógico capaz de someter a un análisis combinatorio completo las variables que intervienen y revisar mentalmente todas las posibles soluciones.

CAPITULO 2: PUBERTAD

Definición de pubertad

La mayoría de los autores consideran a la pubertad como un periodo de cambios físicos en el organismo humano, en el cual se manifiestan los caracteres sexuales secundarios, cuyo producto final es la completa maduración de los órganos sexuales y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente.

La pubertad varía de individuo a individuo en inicio y evolución, además depende de factores genéticos, nutricionales, psicosociales y climáticos (McKinney y cols., 1982; Aguirre, 1996; Hernández, 2000).

Ajuria (1999), manifiesta que la edad de la aparición de la pubertad es variable en sujetos sanos e intervienen numerosos factores que, en términos generales pueden ser divididos en: a) Endógenos o genéticos (grupos étnicos) y en b) Exógenos (clima, nutrición y ejercicio).

Papalia y Wendkos Olds. (1999), expresan que en las sociedades industriales modernas existen pocos indicadores definidos para establecer la edad adulta, a diferencia de las culturas tradicionales que, por lo general, marcan su llegada con un rito de ingreso a la edad.

En algunas culturas la pubertad es considerada de gran importancia y se celebra de distintas formas, como por ejemplo: entre los judíos el "bar Mitzvah" en los niños y el "bat Mitzvah" en las niñas, la fiesta de quince años en las niñas latinas y "la Clitoridectomía" en algunas regiones de África (Papalia y Wendkos Olds, 1999; Hernández, 2000).

El inicio de la pubertad varía para los autores, así:

- Para Malacara (1991), en la mujer la pubertad por lo general inicia entre los 8 y los 14 años de edad.
- Rivera (1998), menciona que en las niñas los cambios físicos de la pubertad comienzan generalmente entre los 9 y 15 años; en los niños entre lo 10 y 16 años.
- Hernández (2000), define que la pubertad puede comenzar a los 10 años y terminar a los 17 años, para la mayoría de ambos sexos se sitúa entre los 12 y 15 años. La pubertad comienza en las niñas a una edad promedio de los 10 años, alcanzando la madurez sexual a los 12 años, aunque puede empezar desde los 9 años o a los 14 años.

Cambio secular

Tanner en 1962 (citado en Douglas, 1970) hace notar que la edad de comienzo de la menarquia en los países de Europa Occidental y E.U.A. ha venido adelantándose en cuatro meses para cada década.

Aguirre (1996) menciona que Tanner en diversas publicaciones (1966, 1975 y 1982), puso de manifiesto que se ha producido un aumento en la maduración sexual en la mayor parte de las poblaciones y llama "cambio secular del crecimiento" al fenómeno que durante los últimos cien años se ha venido presentando en la mayor parte de los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo; observándose que los niños son más altos y crecen y maduran más rápidamente. Considera que los factores responsables en el adelanto de la pubertad son: la sanidad e inmunización preventiva, la reducción de los tamaños familiares, la generalización de los cuidados higiénicos sanitarios y también la movilidad poblacional a distintas áreas geográficas, rural- urbano y de la escala social pueden estar en la base de los cambios mencionados.

Papalia y Wendkos Olds (1999) definen "tendencia secular" al fenómeno de un descenso en la edad en que se inicia la pubertad, se llega a la estatura de adulto y se alcanza la madurez sexual. Y comenta que la explicación parece ser un estándar de vida más alto, esta explicación tiene el respaldo de la evidencia de que la edad de madurez sexual se presenta más tarde en las naciones menos desarrolladas que en las industrializadas.

Herman- Giddens y cols (citado en Elders y cols. 1997) plantean que la edad en la cual comienza la pubertad ha ido disminuyendo a través de los siglos y esa tendencia continúa. Últimamente los pediatras estadounidenses ya no se sorprenden que en niñas, especialmente las afroamericanas, presente pubertad temprana. Los parámetros de la pubertad se han ido modificando rápidamente a través del tiempo sin que las personas puedan darse cuenta de esto.

Según Folgar (2000) en 1840 la edad media de la menarquia rondaba entre los 16 y 17 años, actualmente la media de la menarca se sitúa sobre los 12.8 años, y a esa edad ni en los países desarrollados se puede considerar como adulto a una persona. Este mismo autor menciona que en la actualidad existen dos condiciones que actúan en direcciones contrarias convirtiendo la pubertad en un problema cronológico. Por un lado la mejora en la calidad de vida ha ido reduciendo la edad de la aparición de la pubertad, y por otro, la creciente complejidad de la sociedad que nos rodea y sobre todo la incorporación de la mujer a esa sociedad. Estos factores convierten el fenómeno de la pubertad, no en la culminación del desarrollo de la niña que se convierte en mujer, apta para crear una familia, sino en un fenómeno que ocurriendo en primaria, o como muy tarde en secundaria, convirtió a una niña en una persona "a priori" sexualmente activa.

Cambios Fisiológicos

Rivera (1998) menciona que el rasgo principal de la pubertad es el desencadenamiento hormonal.

El comienzo de la pubertad se determina en el momento en que la glándula pituitaria envía una señal a las glándulas sexuales lo que desencadena la secreción de hormonas, lo anterior está dado aparentemente por la interacción de los genes, salud del individuo, el ambiente así como un nivel de peso crítico. Los cambios en el sistema hormonal del cuerpo activados por una señal fisiológica es lo que hace posible la presencia de la pubertad (Papalia y Wendkos Olds, 1999).

Malacara (1991) señala que las gonadotropinas son bajas en el momento del nacimiento, los niveles ascienden lenta y paulatinamente desde los primeros meses de vida hasta la llegada de la pubertad. Para Aguirre (1996) los conocimientos neuronales actuales indican que el inicio de la pubertad se produce cuando existe un incremento en la secreción nocturna de gonadotropinas.

Las glándulas más importantes en la pubertad son la pituitaria o hipófisis, y las glándulas sexuales o gónadas. La pubertad se inicia aparentemente en la hipófisis anterior o glándula pituitaria, situada en la base del cerebro a través de sus secreciones; estimula la actividad de otras glándulas, tales como: tiroides, suprarrenales y gónadas. La pituitaria se divide en tres: lóbulo anterior, intermedio y posterior. El lóbulo anterior, en la niña, segrega hormonas llamadas "gonadotrópicas" que son: la hormona foliculo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) en la mujer, éstas estimulan la actividad de las gónadas, y a su vez, éstas comienzan a segregar sus propias hormonas. Otra hormona que segrega la hipófisis es la adenotrópica (ACTH), también llamada hormona del crecimiento, la cual estimula la corteza o glándula suprarrenal y es la principal responsable de la iniciación del arranque del crecimiento. La hormona del crecimiento y la tiroidea provocan la maduración de los cartilagos de la epífisis y el aumento del tamaño celular. La pituitaria anterior segrega estas hormonas trópicas por estimulación del hipotálamo; aún no se conoce porque se da dicha estimulación, pero el resultado es el origen de la pubertad fisiológica. (McKinney y cols. 1982; Aguirre, 1998)

En este proceso, en la niña los ovarios producen una gran cantidad de estrógenos. En ambos sexos se presentan los dos tipos de hormonas, siendo mayor la cantidad de estrógenos en la niña y de andrógenos en el niño. Es a los 7 años aproximadamente cuando comienza el aumento de los niveles de estas hormonas, con lo que principian los eventos que definen a la pubertad (Papalia y Wendkos Olds, 1999).

Para Rivera (1998) algunos de los efectos corporales de las hormonas son por ejemplo, la evolución de la talla y el desarrollo de la masa muscular. La hormona foliculina (producida por el folículo ovárico) interviene en el aumento del

tamaño del útero, de la vulva y del desarrollo de los pezones. El aumento de los labios mayores de la vagina, del clitoris, la aparición y crecimiento del vello axilar y pubiano, así como el acné se vinculan con los andrógenos.

Los cambios fisiológicos en la niña se dan hacia los 7 u 8 años, la hipófisis estimulada por el hipotálamo segrega dos hormonas: la hormona foliculo estimulante (FSH) se eleva en las niñas entre los 5 y 8 años, precede a la elevación de los niveles estrogénicos, y la hormona luteinizante (LH) alcanza niveles significativamente mayores hasta los 9 y 10 años de edad; el incremento de estas hormonas pone en funcionamiento los órganos sexuales (ovarios), los que a su vez secretan dos hormonas femeninas: los estrógenos y la progesterona; el principal papel de los estrógenos es el crecimiento de las mamas y la aparición de vello (Hernández, 2000; Malacara 1991).

Cambios físicos

Durante la pubertad comienza la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Los caracteres sexuales primarios son aquellos que involucran el crecimiento y maduración de los órganos reproductores. En la niña estos son los ovarios, trompas de falopio, útero y vagina; la menarquia es el principal signo de madurez sexual. (Papalia y Wendkos Olds, 1999).

Los caracteres sexuales secundarios "son aquellos signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores" (Papalia y Wendkos Olds, 1999). Los cambios hormonales secundarios se inician entre los 6 y 7 años en las niñas. (Ajuria, 1999)

En la niña: se da el crecimiento de los senos (telarca), caderas y muslos. El crecimiento de los senos es el primer signo de pubertad (Aguirre 1996; Hernández, 2000; McKinney y cols. 1982; Malacara, 1991; Papalia y Wendkos Olds, 1999), que dura aproximadamente tres años y la edad promedio de aparición es entre los 10 y 11 años; sin embargo, es entre los 9 y 16 años de edad el rango en que puede presentarse. (Hernández, 2000)

La pubertad normal en las niñas se inicia con el crecimiento mamario (telarca) en el 85% de los casos, con aparición de vello púbico (pubarca) en 14% y con sangrado transvaginal en 1%, aunque a veces la pubarca y telarca aparecen simultáneamente. (Ajuria, 1999)

"El tiempo empleado en el desarrollo mamario puede variar, algunas niñas recorren los estadios del desarrollo de las mamas en aproximadamente 3.5 años, las precoces lo complementarían en 2.5 años y las tardías en 4 años" (citado en Aguirre, 1996, p.47). Papalia y Wendkos Olds (1999) mencionan que los pezones crecen y se proyectan hacia fuera, la areola se ensancha, los senos adquieren una forma cónica y después redondeada.

Para Malacara (1991) después de la aparición de los primeros cambios físicos de la pubertad, transcurren aproximadamente 4 años antes de que se presente la primera menstruación (menarquia), se ha establecido que se requiere de un peso corporal mínimo en relación con la estatura para que la menarquia se presente.

Ajuria (1999) considera que la edad de la menarca es variable y está influenciada por factores genéticos y exógenos (clima, nutrición, ejercicio). En México la menarca se presenta a los 12 ± 1 año en las niñas bien nutridas y a los 13 ± 1.1 años en las niñas desnutridas con variaciones regionales. Así mismo la menarca se presenta a una edad más temprana en las niñas obesas que en las delgadas (Ajuria, 1999).

Papalia y Wendkos Olds (1999) consideran que la menarquia es el signo más evidente de la madurez sexual en la niña, la cual se presenta casi al final del desarrollo femenino, aproximadamente dos años después del desarrollo de los senos, los cuales ya estarán desarrollados por completo. La aparición del vello pubiano y axilar, generalmente no coincide con la telarca y se da posterior a ésta.

Tanto en niñas como en niños se dan cambios en la voz, en la piel, aumento de talla y peso, aparición de acné y crecimiento de vello púbico y axilar. La piel en ambos sexos se vuelve más gruesa y aceitosa. El acné es más común en los muchachos que en las niñas y parece estar relacionado con las crecientes cantidades de testosterona. (Aguirre, 1996; Papalia y Wendkos Olds, 1999; Rivera 1999).

Evaluación del desarrollo puberal

Marshall y Tanner en 1970 (citado en Ajuria, 1999 p. 402) describieron cinco diferentes fases de la pubertad, las cuales clasifican las modificaciones progresivas del desarrollo mamario en las niñas, desarrollo del testículo, escroto y pene en los niños y desarrollo del vello pubiano en ambos sexos; estas tablas son usadas universalmente y permiten una evaluación objetiva de la progresión puberal.

Cambios emocionales

McKinney y cols. (1982) atribuyen a los cambios físicos en la pubertad, que el niño experimente una situación nunca antes presentada, como lo es aumento de peso, talla, estatura, etc. Estos cambios son importantes ya que son el criterio por el cual los demás perciben al sujeto o el se percibe a sí mismo como femenino o masculino. Además, el crecimiento es diferente al experimentado en la niñez media.

Para Rivera (1998) el niño durante este periodo desarrolla una mayor conciencia y sensibilidad al medio ambiente que lo rodea. También se observa preocupación o curiosidad por las diferencias del sexo opuesto.

Hernández (2000), considera a la pubertad como un periodo durante el cual todavía no se es adulto pero se está dejando de ser niño, lo cual crea una crisis de identidad al no saber quien es, lo que lo lleva a descubrir puntos de referencia lo que crea en él diversas situaciones como son: la duda, la provocación, la ansiedad, etc. Al mismo tiempo el carácter suele ser muy vulnerable, de un momento a otro se puede pasar de la alegría a la tristeza, la mayoría de las veces los adultos no comprenden esto, los cambios de humor son frecuentes, estos pueden tener un origen fisiológico debido a cuestiones hormonales o a causas psicológicas.

Brooks- Gunn en 1998, (citado en Papalia y Wendkos Olds, 1999; p. 534) indican que "las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión y depresión en las niñas."

Papalia y Wendkos Olds (1999), plantean que investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambios de estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario recordar que en los seres humanos la influencia social se combina con lo hormonal y puede predominar.

Frazier y Lisonbee (1950), (citado en McKinney y cols. 1982), han estudiado algunas de las preocupaciones concretas que suelen tener los adolescentes a cerca de su desarrollo físico. La mayor preocupación de las muchachas respecto a su crecimiento y apariencia física era llegar a ser delgadas o robustas. Aún cuando tanto los chicos como las chicas tenían miedo de desarrollarse lentamente, lo que a las chicas les preocupaba mucho más que a los chicos era el desarrollo temprano. La mayoría de las chicas no quieren desarrollarse con demasiada lentitud y sin embargo, muchas tienen miedo de desarrollarse demasiado temprano.

Pubertad e Identidad Sexual

Mussen (1986), considera la identificación como un impulso aprendido o un motivo por ser similar a otra persona; cuando el niño se identifica con alguien, piensa, se comporta y se siente como si las características de la otra persona fueran suyas. Así mismo, la identificación es un mecanismo esencial en el desarrollo de la personalidad y socialización, ya que el niño al identificarse con los padres adquiere muchas de sus formas de comportarse, de sentir y de pensar. Y los padres al ser representantes de la cultura, a través de la identificación le proporcionan al niño: destrezas, actitudes, ideales, valores, tabúes y costumbres apropiadas a su grupo cultural. Es la identificación con el padre del mismo sexo, lo que permite al niño incorporar características del papel femenino o masculino de su cultura. Es un proceso que inicia desde temprano en la vida y es prolongado,

conforme el niño madura continúa identificándose con sus padres, y cuando su mundo social crece encuentra otros modelos de identificación. Como resultado la personalidad del individuo tendrá como bases una larga serie de identificaciones.

Money y Ehrhardt, 1972 e Higham, 1979, (citados en Lutte en 1991; p. 84) plantean que "la construcción de la identidad sexual es un proceso largo y complejo que comprende factores biológicos y sobretodo la educación diferencial que se imparte a los niños y a las niñas."

Lutte (1991) considera que la pubertad pone fin a muchas identificaciones anteriores con el sexo opuesto pero también puede provocar problemas de identidad y ansiedad o temores al respecto. Estos problemas son más frecuentes o al menos más concientes en las niñas que en los chicos, por que la sociedad se muestra más tolerante con las niñas que se comportan como chicos que con los muchachos afeminados, a quienes se ridiculizan más frecuentemente, empujándolos a rechazar sus problemas de identidad.

CAPITULO 3: PUBERTAD PRECOZ

Definición de pubertad precoz

Para Malacara (1991) la pubertad precoz en la mujer se define como el desarrollo de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años de edad.

Ajuria (1999) menciona que la maduración sexual precoz se considera mundialmente como la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años de edad en las niñas.

Gillette (1997), menciona que la incidencia de pubertad temprana se ha incrementado en Estados Unidos, ya que cerca de la mitad de niñas negras y el 15% de niñas blancas han empezado su desarrollo sexual a la edad de 8 años, en algunos casos comienza más tempranamente y es conocida como pubertad precoz: el 3% de niñas negras y el 1% de niñas blancas muestran un desarrollo sexual tan temprano como a la edad de 3 años. No se explican porque el desarrollo sexual precoz se da con mayor frecuencia en niñas negras. Sugiere que la pubertad precoz es un problema real, el cual tiene implicaciones clínicas, educativas y sociales. Los productos químicos que contienen estrógenos pueden ser unos de los disparadores de un desarrollo sexual temprano.

Kaplowitz y Oberfield (1999), mencionan que datos recientes demuestran que en Estados Unidos el inicio de la pubertad ocurre antes de lo que demuestran los estudios previos, así el desarrollo de los pechos y vello púbico aparece en promedio un año antes en niñas blancas y 2 años antes en niñas negras.

En la "Clínica de maduración sexual" del departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de México fueron encontrados entre 1970 y 1982, 98 casos de maduración sexual precoz de los cuales el 50% se manifestó en el lapso comprendido entre 1979 y 1982. Este aumento se produjo a expensas de telarca prematura y de pubertad precoz verdadera. Entre 1983 y 1997 se presentaron 826 casos, de los cuales 427 correspondieron a los años de 1993 a 1997. La edad de inicio más frecuente de pubertad precoz verdadera es entre los seis y siete años. Es difícil establecer la causa del marcado aumento de la maduración sexual precoz en los últimos años. (Ajuria, 1999)

La maduración sexual precoz se clasifica en: (citado en Ajuria, 1999 p. 401)

- Pubertad precoz central (PPC) o verdadera cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios en una secuencia normal asociada a una activación temprana del eje hipotálamo- adenohipófisis- ovarios. La PPC resulta de la activación prematura de la función cíclica del eje hipotálamo- adenohipófisis- ovarios y la secreción de gonadotropinas hipofisarias que provocan la maduración gonadal y el establecimiento de gametogénesis. La edad de inicio más frecuente de pubertad precoz verdadera es entre los seis y siete años. La

pubertad precoz central Idiopática (PPCI); es la causa más frecuente de PPC en el sexo femenino que llega a representar cerca del 80% de los casos.

- Pseudo pubertad precoz o periférica (PPP) relacionada con telarca o pubarca prematuras aisladas, aumento de estrógenos, andrógenos o gonadotropinas ectópicas sin maduración del eje.
- Telarca Prematura aislada en la cual la actividad estrogénica es leve o moderada; sin incremento de la LH, de la edad ósea y de la velocidad de crecimiento.
- Pubarca prematura aislada; que es muy común, encontrándose producción normal de andrógenos suprarrenales.

Para Lee (1994) aunque la pubertad precoz idiopática es relativamente rara, el desarrollo puberal temprano en un principio produce una alta estatura para posteriormente quedar con una baja estatura, la cual puede producir trastornos psicológicos en los pacientes y familiares. El uso de la hormona gonadotrópica GnRh ha alterado el diagnóstico y manejo de la pubertad precoz. El tratamiento con GnRh disminuye en las niñas el tamaño de los pechos y la conducta agresiva.

Para Kaplowitz y Oberfield (1999), la preocupación por que las niñas con desarrollo temprano entre los 6 y 8 años tengan baja estatura es exagerada ya que la mayoría de los casos alcanzan el rango normal; consideran que el tratamiento con análogos de GnRh en niñas con desarrollo temprano es innecesario y en las niñas con pubertad entre los 6 y 8 años pueden tener efectos benéficos en su estatura.

El tratamiento de la maduración sexual precoz en niñas en cualquiera de sus formas etiopatogénicas, debe comprender dos aspectos fundamentales: el primero es modificar el síndrome somático tratando de detener la progresión de los caracteres sexuales secundarios e inhibir la maduración esquelética y optimizar la predicción de talla final; en segundo término es conveniente evitar las repercusiones psíquicas en las niñas y sus familiares. La telarca aislada es un trastorno benigno autolimitado que requiere seguimiento periódico cuidadoso pero no tratamiento específico. (Ajuria, 1999)

Variantes Fisiológicas de la pubertad

Vera en 1997 (citado en Calzada y Dorantes, 1997), menciona que los cambios de la pubertad pueden comenzar entre los 9 y 17 años de edad; sin embargo, se pueden dar casos en que niñas y niños no sigan la secuencia habitual de la pubertad, sin que esto se deba a un proceso patológico, ya que al final se concluye en una pubertad normal. Se le llama variante fisiológica de la pubertad a la situación en la que en un momento no esperado se origina un evento aislado de la pubertad que no es causa de un proceso patológico, sino que se debe a desajustes temporales de los mecanismos endocrinos o de una deficiencia constitucional en el patrón de desarrollo. Vera (1997) menciona las siguientes variantes fisiológicas de la pubertad:

- **Menarquia prematura:** es el sangrado genital aislado o cíclico que se produce en una edad temprana en la niña, que no se acompaña de ningún otro síntoma o signo de cambio puberal. El sangrado se puede acompañar de un aumento en el volumen de las mamas e incluso secreción, producto de la presencia de hormonas maternas. Puede ocurrir en el momento del nacimiento o varios meses después, es una entidad benigna, que desaparece de la misma forma que aparece.
- **Telarquia prematura:** aparición del desarrollo mamario en la niña antes de los 8 años de edad, que no se acompaña de otros signos ni síntomas de cambio puberal. La telarquia puede ser unilateral o bilateral, simétrica o asimétrica, y generalmente no se acompaña de cambios en la configuración ni color de las areolas. En ocasiones las mamas tienen un tamaño considerable, aunque por lo general son pequeñas. Es un evento frecuente y se observa desde edades tempranas como un año o menos. En las recién nacidas se ha observado como resultado de las hormonas placentarias. Por lo general no se acompaña de aceleración de la edad ósea, aunque en algunos casos se ha observado un ligero adelanto, en tal situación se le considera telarquia exagerada y se plantea que se trata de una forma intermedia entre telarquia precoz y pubertad precoz. El trastorno, en general, es transitorio, aunque en algunos casos se puede mantener hasta la aparición de la pubertad.
- **Pubarquia prematura:** es la aparición aislada de vello pubiano y/o axilar, antes de los 8 años de edad en la niña. Con mayor frecuencia ocurre en las niñas y rara vez en el niño. Su aparición se da de forma aislada, con pocos vellos finos alrededor de los labios hasta una considerable cantidad de vello pubiano e incluso vello axilar en menor proporción. En las mamas y la vagina no se observan cambios, sino hasta la aparición de los otros signos de pubertad. Por lo general la talla y el peso están acorde con la edad o solo existe una ligera aceleración. Se puede acompañar de acné ligero, piel grasosa y olor corporal de adulto.

Vera en 1997 (citado en Calzada y Dorantes, 1997), hace notar la importancia de mantener bajo seguimiento a las niñas afectadas por cualquiera de las variantes anteriormente mencionadas, especialmente a valorar la progresión del desarrollo puberal.

Estudios médicos sobre pubertad precoz

En 1991 Guerrero estudio a 17 pacientes con precocidad sexual durante 14 años (de 1976 a 1990), el estudio se realizó en el Hospital 20 de Noviembre y fue observacional y descriptivo. Encontró que la incidencia fue de 4.6 pacientes por 1000 consultas en menores de 15 años enfermos. Los pacientes con pubertad precoz fueron 11 niñas y 3 niños con edad promedio de 4.9 años en general. La pubarquia y telarquia se presentó en 10 pacientes y la menarquia en 5. Las

causas más frecuentes en pubertad precoz fueron tumores cerebrales, quistes porencefálicos, pubertad idiopática y Sx de Rubistein Taybii. El perfil hormonal mostró un patrón puberal. Con pseudopubertad precoz se encontraron 3 pacientes del sexo femenino predominando la causa idiopática y 1 paciente con tumor suprarrenal. El cuadro clínico fue telarquía y pubarquía en igual número. Los estudios de gabinete correspondieron al diagnóstico. En todos los pacientes con pubertad precoz verdadera se administró daenazol y deprovera como tratamiento para inhibir la hormona folículo estimulante y luteinizante con buenos resultados.

Mora (1991) realizó un estudio que consistió en el análisis de expedientes de pacientes con diagnóstico de pubertad precoz central verdadera captados en la consulta externa del servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital General Centro Médico "La Raza", de marzo a noviembre de 1990. Se revisaron un total de 35 expedientes, de los cuales 31 era mujeres y 4 hombres, la relación encontrada femenino- masculino fue de 8:1. En todos los pacientes se había realizado tomografía axial computarizada de cráneo y silla turca, en las pacientes del sexo femenino además se realizó un ultrasonido de pelvis. De los 31 casos del sexo femenino 28 se consideraron del tipo idiopático. En los otros 3 casos del sexo femenino la pubertad precoz se debió a una tumoración intracraneana, síndrome de McCune- Albright y el último cursaba con parálisis cerebral infantil. En este estudio se encontraron diferencias significativas entre la aparición de la pubertad precoz entre los sexos. La edad media de inicio del padecimiento en el sexo femenino fue de 2.73 años y en el masculino de 4.08 años, lo cual coincide con lo reportado que hace referencia a que las edades de aparición de la pubertad precoz es entre los 4 y 8 años. Las manifestaciones puberales de inicio fueron principalmente la telarquía en el sexo femenino y la gonadarquia en el masculino. La etiología de la pubertad precoz en estos resultados fue de idiopática en el sexo femenino en un 90.4% y en el sexo masculino los resultados muestran una igual proporción en cuanto a la etiología idiopática y la orgánica.

Kaplowitz y Oberfield (1999) realizaron un estudio a 17,000 niñas entre 3 y 12 años de Estados Unidos, el estudio tuvo como fin reevaluar la edad límite para definir cuando una pubertad es precoz, así como las implicaciones para su evaluación y tratamiento. Para ellos el desarrollo del pecho y vello púbico aparece significativamente en niñas negras antes de la edad establecida. Mencionan que la Sociedad Endocrinológica Pediátrica Lawson Wilkins observó que los estudios existentes que describen el desarrollo puberal antes de los 8 años ya no son actuales, así muchos de los casos diagnosticados como pubertad precoz pudieron ser solo un desarrollo temprano. Encontraron que en los casos de pubertad precoz en niñas blancas se alcanza el desarrollo de la fase II de Tanner un año antes que lo normal y en las niñas negras dos años antes. El tratamiento con gonadotropina u hormonas antagonistas, tiene un efecto positivo en la altura final de niñas con pubertad precoz entre 6 y 8 años. Nuevas pautas con niñas que presentan desarrollo de pechos y vello púbico antes de los 7 años en niñas blancas y 6 años en niñas negras deben ser evaluadas. A las 17,000 niñas se les realizaron estudios, uno de los cuales consistió en tomarles fotografías para observar el desarrollo descrito en las fases descritas por Tanner. No hubo ningún tipo de

palpación, si hubo tocamiento los resultados fueron separados. La edad promedio de la menstruación era a los 12.88 años para las niñas blancas y 12.16 para las niñas negras, lo que represento cambios en la edad por lo menos para las niñas blancas en los Estados Unidos en los últimos 50 años. El que el estudio se haya realizado por inspección visual, hace que en las niñas con sobrepeso se haya podido confundir el tejido adiposo con tejido glandular. Los datos presentados sugieren que el desarrollo de pecho entre los 7 y 8 años en blancas y entre los 6 y 8 años en negras en la mayoría de los casos no representa un estado patológico sino solo puede deberse a un desarrollo temprano.

Sentimientos acerca de la menarquia y la menstruación

Rierdan, Koff y Flaherty (1986), aceptan que las niñas que no cuentan con información o están mal informadas, con frecuencia guardan recuerdos desagradables de su primera menstruación. Por otro parte Ruble y Brooks-Gunn, (1982) dicen que las chicas a quienes la menarquia les llega antes tienen más posibilidades de considerarla como una desorganización quizá porque están menos preparadas o porque se sienten fuera de orden con sus amigas. (citado en Papalia y Wendkos Olds, 1999)

Para Herman-Giddens y cols. (citado en Elders y Scott, 1997) la aparición de los caracteres secundarios, principalmente la menstruación, tiene una influencia en la percepción de la gente, donde se asocia con una madurez sexual y social.

Elders y Scott. (1997) cuestionan si la escuela y los padres están preparados para proporcionar la información suficiente a las niñas que presentan una pubertad temprana y si las niñas están preparadas para conductas sexuales. Enfatizan que el sistema de salud público otorgué información general acerca de la sexualidad.

En un estudio realizado por Moffitt, Capsi, Belsky, Silva en 1992 (citado en Papalia y Wendkos Olds, 1999), se encontró que las niñas que habían crecido en medio de conflictos familiares o cuyos padres no habían vivido con la familia durante la niñez, presentaron una tendencia a menstruar más temprano, que las niñas de ambientes familiares más calmados.

Así mismo, Ellis B. y Garber J. (2000) realizaron un estudio donde se centraron en la influencia ambiental del estrés familiar causado por depresión materna en el momento de la pubertad; según el estudio la depresión puede ser una causa de estrés en las familias, dando como resultado una falta de armonía entre la pareja y relaciones disfuncionales con los hijos. Sugieren que la tendencia a responder al estrés en la niñez acelerando el desarrollo puberal puede tener sus raíces en la evolución humana como estrategia reproductora, ya que las mujeres que crecían en ambientes familiares adversos pueden haber aumentado su éxito reproductor acelerando la maduración física y comenzando la actividad sexual a

una edad relativamente temprana. Los autores también manifiestan que en cuanto más chica sea una niña en el momento en que llega un padrastro a su vida, antes se produce la pubertad; la investigación en animales sugiere que las feromonas producidas por machos adultos aceleran el desarrollo puberal en las hembras, por lo que los autores piensan que la exposición a las feromonas de machos adultos sin relación familiar, podría influir también en el ritmo de maduración puberal de las hembras humanas.

Implicaciones de la madurez temprana

Papalia y Wendkos Olds (1999) hacen notar que la presencia de una pubertad temprana trae consigo consecuencias sociales y psicológicas en el individuo. La maduración temprana puede tener complicaciones, ya que exige que se actúe con la madurez que se aparenta y estas niñas cuentan con poco tiempo para prepararse para los cambios de la adolescencia. A las chicas no les gusta madurar pronto; por lo general, se siente mejor si no maduran ni más rápido ni después que sus compañeras. Es difícil generalizar sobre los efectos psicológicos cuando la pubertad se presenta antes, porque dependen de cómo interpretan los cambios tanto el adolescente como las personas de su mundo.

Estudios realizados por Mussen y Jones en 1957 y 1958, (citado por McKinney y cols. 1982), acerca de los efectos psicológicos de los cambios físicos de la pubertad en niñas, indican que las niñas que maduran temprano tienen cierta ventaja psicológica sobre sus compañeras que maduran tardíamente, durante la adolescencia como en la madurez.

McKinney y cols. (1982) citan que Jones, H. (1949), señala que la niña que madura temprano encontrándose más desarrollada que sus compañeros varones de la misma edad, estaría en desventaja social.

M. Jones (1958); Livson y Peskin (1980); Ruble y Brooks-Gunn (1982) consideran que las niñas que maduran pronto tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más introvertidas, más tímidas y tienen una actitud más negativa hacia la menarquía. Las investigaciones realizadas por Alsaker (1992); Simmons, Blyth, Van Cleave y Bus (1979), sugieren que las chicas que maduran pronto son más propensas a tener una imagen deficiente de su cuerpo y una autoestima más baja que las que maduran después. Por el contrario Brooks-Gunn (1988), encontró que el nivel de maduración por sí mismo no afecta la autoestima sino que ésta depende más del contexto general que rodea a las niñas. (Papalia y Wendkos Olds, 1999)

En una investigación realizada en 1990 por Stattin y Magnusson, encontraron que las chicas que maduran pronto tienen posibilidad de alcanzar niveles más bajos de logros educativos y ocupacionales en la edad adulta. Por otro lado, Simmons, Blyth, McKinney y cols. (1983), encontraron que quienes maduran pronto pueden verse afectados, cuando no ven los cambios como

ventajosos. Crockett y Petersen (1987) manifiestan que las niñas que maduran pronto pueden reaccionar ante el interés de las demás personas acerca de su sexualidad. (Papalia y Wendkos Olds, 1999)

Papalia y Wendkos Olds (1999) refieren que en ocasiones, padres y maestros suponen que las niñas con cuerpos maduros son sexualmente activas por que parece como si lo fueran. Por consiguiente, los adultos pueden tratar a una niña que madura pronto con más rigidez y desaprobación, y otros adolescentes también pueden fijarse en el estereotipo y someter a la joven a presiones para las que no está preparada.

Petersen, (1993); Simmons, Blyth, McKinney y cols. (1983), aceptan que en general, los efectos de la maduración temprana o de la maduración tardía tienen mayor probabilidad de ser negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros, bien sea porque están mucho más o mucho menos desarrollados que ellos; cuando no consideran los cambios de esta edad como ventajosos y cuando muchas situaciones de estrés se presentan al mismo tiempo y cuentan con pocos o ningún factor de protección. (Papalia y Wendkos Olds, 1999)

La doctora Jessica Gillaoly autora del libro "Before she gets her period" (citado en el artículo "When puberty comes early", 2000), explica que las implicaciones de la madurez temprana pueden ser difíciles de manejar para aquellas niñas que la padecen, ya que no desean que sus cuerpos cambien; el hablar de la experiencia que están viviendo con su familia les ayuda, así como el proporcionarles información sobre como funciona su cuerpo. También comenta que a estas niñas les molesta que chicos más grandes se fijen en ellas y piensan que ellas lo provocaron.

Hernández (2000) plantea que la maduración temprana trae ventajas académicas ya que, por lo general, los estudiantes que son físicamente maduros tienden a obtener calificaciones más altas en los exámenes de capacidad mental que los otros estudiantes de la misma edad, pero menos maduros. Sin embargo, menciona que algunos estudios muestran que, en la edad adulta, los hombres que maduraron antes tienen un pensamiento menos creativo y flexible mientras los que maduraron tardíamente son más creativos, perceptivos y tolerantes.

En 1992 la revista Nutrition Health Review, publicó un artículo llamado "Pubertad precoz tratamiento con hormonas" en el cual se menciona que cerca de 6,000 niños en Estados Unidos presentan una pubertad precoz, y que estos niños pueden llegar a presentar problemas emocionales asociados con la adolescencia; sin embargo, el desarrollo intelectual corresponde a la edad cronológica.

Aguirre (1996) hace notar que cada vez ocurre con mayor frecuencia que las muchachas con maduraciones precoces o con un sobre peso en la pubertad restrinjan el alimento de forma anárquica, injustificada y sin preocuparse si se

alteran o producen carencias importantes; los casos extremos conducen a la anorexia nerviosa.

Blondell y cols. (1999) en el artículo "Desórdenes de la pubertad" mencionan que la ansiedad de los padres y el paciente es común cuando existe un desarrollo temprano, tal ansiedad debe manejarse en terapia. Las niñas que presentan desarrollo prematuro están en riesgo de sufrir psicopatologías y abuso sexual, pueden beneficiarse con la psicoterapia.

Antecedentes de estudios realizados sobre pubertad precoz

En 1971 Money y Walker publicaron un artículo llamado "Desarrollo psicosexual, maternalismo, no promiscuidad e imagen corporal, en 15 mujeres con pubertad precoz", en el cual se dio seguimiento hasta por 18 años a 15 mujeres con historia de pubertad precoz. Se realizaron entrevistas, las cuales abordaban los siguientes temas: desarrollo psicosexual y conducta, progreso escolar y las relaciones con sus compañeros. Este es uno de los primeros estudios psicológicos, ya que hasta el momento no se habían realizado; por tal motivo consideramos importante presentar los resultados más relevantes. Como grupo mostraron varias características de conducta, pero individualmente también fueron muy diferentes. La mayoría prefirió amigos más cercanos a ellas en relación con su apariencia física que a los de su misma edad cronológica, la mayoría de sus amigos fueron mujeres de 2 a 5 años mayores. En lo académico se encontró que el cociente intelectual es independiente de la precocidad sexual y sólo observaron diferencias entre la parte ejecutiva y la verbal, que puede deberse a la aceleración de la interacción y las experiencias sociales. El desarrollo temprano no tuvo aparentemente influencia en el juego de las niñas. Respecto a su estado de ánimo, cerca de la mitad tuvo lapsos ocasionales de depresión o cambios de humor, prefiriendo estar solas. La masturbación y juego sexual en la niñez fue raramente confirmado y en ninguna ocasión estaba totalmente opuesto a las reglas familiares o de la comunidad. Manifiestan que los juegos sexuales en la niñez no fueron afectados por una precocidad física, y el miedo de la familia a una conducta sexual incontrolable no se presentó. La curiosidad sexual en la niñez es normal, independiente de si llegan a tener una apariencia precoz. Es una concepción equivocada la de que el embarazo precoz se desencadena de una pubertad precoz. Como grupo en la mitad se observó que no estaban de acuerdo con su apariencia física. La presencia de los senos, desarrolló una actitud negativa hacia ellos, por la burla que ocasionaron. La apariencia de desarrollo sexual temprano y crecimiento avanzado, creó problemas en las relaciones de la niñez a la mayoría independientemente de lo que dijeran o de su habilidad o ineptitud para enfrentarlo. Se observó que la baja autoestima se derivó del miedo acerca de la espera o retardo relacionado a las citas románticas, novios, etc., lo cual deja de suceder cerca de la mitad de la adolescencia. Las niñas que tuvieron dificultades, pueden tener problemas para aceptarse posteriormente, así como en sus relaciones. No se encontró una tendencia a exhibirse. La parte erótica va de acuerdo a su edad cronológica y no a la física. El maternalismo se observa más en

las niñas a nivel de fantasía que real y es raro que la pubertad precoz lleve a una maternidad temprana. La aparición del desarrollo sexual físico temprano no lleva automáticamente a actividad o promiscuidad sexual, tal actividad o comportamiento requiere la experiencia apropiada y conocimiento. Los autores mencionan que es posible que su conducta no se afecte por las hormonas, ya que seguirán siendo dependientes de su familia y no pasan por el proceso que viven los adolescentes, de igual forma su identidad de género la van a integrar en compañía de compañeros de su propio sexo. Consideran que pueden beneficiarse de medicamentos para detener el desarrollo de los pechos, aunque no de la estatura y concluyen que la pubertad precoz no presenta problemas insuperables, ya que todas se beneficiaron de la asesoría psicológica al igual que sus padres.

De otra investigación realizada por Solyom y cols en 1980, surge el artículo "Desarrollo sexual precoz en niñas: el impacto emocional en la niña y sus padres". En el cual se reporta el estado de 16 niñas, con diagnóstico endocrinológico de pubertad precoz (antes de los 8 años). El estado se determinó entrevistando a los padres y aplicándoles pruebas psicológicas como la prueba de Peabody Picture Vocabulary. Sugiriendo que la pubertad precoz puede representar obstáculos potenciales para el desarrollo, tanto a través de los cambios corporales, como por la reacción de los padres. También se discute la importancia de la edad en la que se realizan los exámenes médicos.

En 1987 Selicoff publicó un estudio llamado "Efectos psicológicos de la pubertad precoz en niñas", el cual tuvo como objetivo determinar los efectos de la pubertad precoz sobre la personalidad del grupo de niñas que la padecían, así como las reacciones de los padres. La población consistió en un grupo de 10 niñas mexicanas entre 6 y 10 años. Los sujetos y sus padres completaron cuestionarios y una batería de pruebas psicológicas y se determinaron efectos en sus relaciones interpersonales, imagen corporal y auto concepto. Las pruebas usadas fueron: La escala de auto concepto de Piers-Harris, el WISC y el Rorschach. Se encontraron dificultades para relacionarse con sus iguales, las cuales se manifestaron como: miedo a estar dañada, actitud de retiro, sentimientos de que los niños se ríen de ellas e incapacidad de hacer amigos. Respecto a la imagen corporal se observaron alteraciones, ya que reportaron desagrado por su apariencia, confusión y devaluación corporal. En su autoconcepto se observaron sentimientos de devaluación, de confusión en la identidad en términos de ser niña o mujer, de persecución; de ser poco populares y de no saber si eran buenas o malas. Se reportaron cambios emocionales a partir de la evolución puberal en forma de irritabilidad, enojo, llanto, gritos excesivos y culpa por ser fuente de preocupación familiar. No se observó precocidad psicosexual, ni precocidad mental. Las áreas de mayor preocupación de los padres incluyeron miedo a una enfermedad orgánica y al abuso por adultos o niños mayores.

Otros estudios psicológicos sobre pubertad precoz

Anke y cols. (1984) mencionan que en la pubertad precoz existe una notable discrepancia entre la edad física y la cronológica, asociada con secuelas psicosociales. Consideran que hay diversas razones para esperar que la psicopatología se incremente en niñas con pubertad precoz idiopática, la primera se debe a la apariencia anormal y la segunda a la discrepancia entre las edades física y cronológica, ya que se ven más grandes y maduras, y los adultos les plantean más demandas y delegan en ellas más responsabilidades; se perciben diferentes de sus compañeros lo que las lleva a apartarse y juntarse con chicos más grandes, el electroencefalograma muestra alteración lo que indica desordenes cerebrales o anormalidades neurológicas. Los casos clínicos han sugerido una considerable psicopatología en niñas que presentan pubertad precoz, que probablemente continué en la adolescencia y madurez. El estudio se realizó a 16 chicas entre 13 y 20 años con historia de pubertad precoz idiopática, las cuales se compararon con otras 16 que presentaban una historia normal de pubertad. Se exploraron cuatro áreas de conducta: psicopatología y estado de ánimo, desarrollo psicosexual, inteligencia y logros, así como la función cerebral de la laterización dimorfa sexual. Además se aplicaron los estudios de gabinete: entrevistas, examinación física, evaluación del desarrollo puberal con los grados propuestos por Tanner, múltiples medidas antropométricas, examen de sangre (para medir las hormonas). En esta investigación se encontraron pocas diferencias en la imagen corporal respecto a sí mismas y en determinados diagnósticos psiquiátricos (como ansiedad, hiperactividad, dificultades en el lenguaje); incrementando ligeramente la psicopatología en áreas de conducta y enfermedades psicosomáticas asociadas a la menstruación, concluyendo que las chicas con pubertad precoz idiopática presenta a largo plazo riesgos menores asociados a una sintomatología psicopatológica y una disposición a la depresión así como a los cambios de humor. Los problemas psicológicos se ven asociados al estrés que produce el desarrollo temprano y probablemente estos problemas pueden ser asociados a un funcionamiento cerebral.

Heino y cols. (1985) en un estudio que se derivó del anterior se exploró el desarrollo psicosexual en niñas con pubertad precoz. La historia psicosexual y el estatus fueron asesorados por una entrevista semi-estructurada. Las chicas con pubertad precoz idiopática en promedio presentaron su desarrollo psicosexual a una edad más temprana que sus compañeras que tuvieron una pubertad normal, particularmente en el despertar de la masturbación. Aquellas que fueron sociosexualmente activas tienden a reportar un mayor manejo del sexo incluyendo orgasmos. No hubo un incremento en la homosexualidad entre las chicas con pubertad precoz idiopática. El despertar de la pubertad tiene una influencia en el desarrollo psicosexual en las chicas.

En 1985 Heino y cols estudiaron a 12 niñas adolescentes que escriben con la mano derecha con historia de pubertad precoz idiopática y se compararon con 12 niñas con pubertad normal. Las habilidades cognitivas se midieron con las subpruebas de la escala de inteligencia de Weschler y la prueba de habilidades

mentales primarias de Thurstone. La lateralización hemisférica cerebral fue medida con pruebas de comprensión auditiva. Entre las niñas con pubertad precoz idiopática y las niñas con pubertad normal no hubo diferencias en las habilidades verbales y en la discriminación de consonantes y vocales. La pubertad precoz idiopática fue asociada con una baja habilidad espacial; se concluye que la maduración puberal está asociada a una baja habilidad espacial.

En el artículo "Datos sobre pubertad precoz" (1993), afirma que en el desarrollo mental de niñas que presentan pubertad precoz no hay cambios y se mantiene de acuerdo a la edad cronológica; sin embargo, la conducta cambia siendo similar a la de un adolescente. Algunas niñas con pubertad prematura presentan irritabilidad y cambios de humor similares a las adolescentes. En la edad escolar algunas niñas que presentan pubertad precoz llegan a hacer conciencia sobre su cuerpo lo que las lleva a no desvestirse ante otras personas, incluso sus padres. La pubertad prematura puede tener efectos psicológicos adversos en la niña y su familia, ya que se pueden manifestar desordenes crónicos o relacionados con la sexualidad, la parte más difícil que enfrentan estas niñas es el hacer frente a sus compañeros cuando estos las molestan por su desarrollo. En el mismo artículo se menciona que las trabajadoras sociales del Instituto Nacional de Salud del Niño y Desarrollo Humano han trabajado con los padres de niños con pubertad precoz y les han sugerido que estén al pendiente de signos que evidencien que sus hijos están teniendo problemas sociales por su desarrollo precoz. Recomiendan que los padres den a sus hijos una clara y sencilla explicación de que es normal lo que les está sucediendo, y solo se presente un poco antes, así como mantener una buena comunicación. Las niñas con pubertad precoz llegan a sentirse rechazados y aislados. Es fácil que la gente olvide que no son tan grandes como su apariencia lo denota y pueden tener expectativas más altas de lo que pudieran cumplir, lo que puede causar que se sientan frustradas. A los padres no les agrada el desarrollo temprano de su hija, pero su principal preocupación es como pueden prevenir un pobre desarrollo de la autoimagen.

Según Kaplowitz y Oberfield (1999) las niñas que presentan una pubertad precoz tienen preocupación al vivirse como adultos pequeños a pesar que en un futuro lleguen a presentar una estatura normal. Los mismos autores mencionan que Sonis y cols administraron un test de conducta a las niñas entre 6 y 11 años de edad con pubertad precoz y un grupo control, 27% puntuó 2 desviaciones arriba, como grupo estas niñas en comparación con el grupo control parecieron estar más deprimidas, socialmente retraídas, agresivas y malhumoradas; no está claro si estos problemas de conducta se debieron al tratamiento hormonal. Otro estudio de niñas con pubertad precoz idiopática a la edad de 17 años no encontró ningún efecto psicológico, a excepción de una tendencia a somatizar.

CAPITULO 4: MÉTODO

Planteamiento del problema

La pubertad precoz es la aparición de los caracteres sexuales en niñas antes de los 8 años de edad. Actualmente se ha observado un descenso en la edad de aparición de la pubertad, aunque no se sabe con exactitud a que se debe esto, algunos autores mencionan que puede deberse a un estándar de vida más alto, a la sanidad e inmunización preventiva, la reducción de los tamaños familiares y la generalización de los cuidados higiénicos sanitarios, entre otras.

En la literatura revisada poco se ha abordado acerca de las características psicológicas implicadas en el desarrollo temprano. En población mexicana sólo se encontró un estudio psicológico realizado por Selicoff en 1997, en el cual se abordan los efectos psicológicos de la pubertad precoz en niñas. Los estudios restantes corresponden al área médica.

Es importante esta investigación debido a que los cambios físicos producto de la pubertad se inician en las niñas a una edad muy temprana, cuando se podría pensar todavía no cuentan con los recursos necesarios para enfrentar esta serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que con lleva el síndrome de pubertad precoz.

El estudio tiene como finalidad explorar y analizar las funciones intelectuales, ya que no existe en la literatura estudios acerca del funcionamiento intelectual en niñas con este padecimiento. Consideramos importante conocer los indicadores emocionales ya que al iniciarse el síndrome los cambios fisiológicos que se presentan podrían alterar la percepción que las niñas tienen de sí mismas y de su entorno. El CAT-S tiene como finalidad abordar aspectos psicodinámicos específicamente relacionados con el síndrome de la paciente y el entorno que lo rodea. Se pretende que la presente investigación abra el camino a abordajes interdisciplinarios e integrales.

Después de lo mencionado con anterioridad se genera la siguiente pregunta ¿Los factores intelectuales, indicadores de desarrollo y emocionales, así como características de personalidad podrían presentar indicios de conflictos en las niñas que presentan una pubertad precoz?

Objetivo

Identificar y analizar en un grupo de 15 niñas que presentan pubertad precoz, algunos factores intelectuales, indicadores de desarrollo y emocionales, así como características de personalidad desde el punto de vista psicodinámico a través de instrumentos psicológicos.

Variables

- Pubertad precoz
- Factores intelectuales, indicadores de desarrollo y emocionales, y características de personalidad.

Definición de variables

Definición conceptual de las variables:

Pubertad Precoz: "La maduración sexual precoz se considera mundialmente como la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años de edad en las niñas". (Ajuria ,1999)

Factores Intelectuales: La Inteligencia es la capacidad global de un individuo tendiente a entender y enfrentar al mundo que le circunda. La inteligencia es una entidad global; esto decir, es una entidad multideterminada y multifacética; en donde se evita equiparar la inteligencia general con la habilidad intelectual. La inteligencia no es una clase de habilidad total, más bien se infiere de habilidades que se manifiestan bajo diferentes circunstancias y condiciones. Se considera a la inteligencia no como un rasgo único y aislado, sino como una entidad compuesta o global, la cual puede manifestarse de muchas formas; las subescalas que conforman la prueba: información, comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario, retención de dígitos, figuras incompletas, ordenación de dibujos, diseño con cubos, ensamble de objetos, claves y laberintos. (Wechsler, 1981).

Indicadores de desarrollo: es un conjunto de signos relacionados con la edad y el nivel de maduración. (Koppitz, 1968)

Indicadores emocionales: es el conjunto de signos que se relacionan con las actitudes y preocupaciones del niño. (Koppitz, 1968)

Aspectos psicodinámicos: Son los procesos y contenidos mentales que se relacionan funcionalmente, los cuales se relacionan con la hipótesis estructural planteada por Freud en "El ello y yo" la cual involucra las instancias psíquicas que son: ello, yo y superyó. (citado en Freud, 1923)

Definición operacional de las variables:

Pubertad Precoz: Pacientes que presenten un desarrollo temprano, del sexo femenino, entre 6 y 8 años de edad.

Factores Intelectuales: se definirá operacionalmente a través de la escala de Inteligencia para nivel escolar WISC-R, en donde se observaran las funciones que mide cada subprueba.

Indicadores de desarrollo y emocionales: Se definirá operacionalmente a través del Test de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz en donde se buscará la presencia de los indicadores evolutivos y emocionales.

Aspectos psicodinámicos: se definirá operacionalmente a través del test de apercepción infantil suplemento, donde se espera encontrar los siguientes indicadores específicos:

- **Problemas en las relaciones sociales:** Dificultad para establecer vínculos con personas de su entorno.
- **Problemas en el ámbito escolar:** Presencia de dificultades en relación a la escuela.
- **Fantasías respecto a ser adulto:** construcción mental imaginaria que aparece con respecto a ser una persona de mayor desarrollo.
- **Dependencia:** Es la tendencia a buscar la ayuda de otros para tomar decisiones o para llevar a cabo acciones difíciles.
- **Rechazo social relacionado con su padecimiento:** Percepción de no aceptación de las personas de su entorno debido al síndrome.
- **Imagen corporal:** Imagen visual, mental o memorística del cuerpo humano propio o ajeno.
- **Autoestima:** se refiere a la forma en que una persona se evalúa a sí mismo.
- **Autoconcepto:** es la percepción que tiene una persona de sus propios rasgos de personalidad.
- **Temores relacionados con su padecimiento:** Actitud de tipo emotivo relacionada con una situación de peligro, en este caso el síndrome.
- **Perturbaciones en el área sexual:** Desórdenes en lo referente a la sexualidad.
- **Ideas fantasías y temores sobre el origen de los bebés:** Construcción mental imaginaria que aparece en el sujeto respecto a la procedencia del nacimiento de los niños.

Tipo de estudio

Es un estudio de campo, exploratorio, descriptivo (por lo que no se plantean hipótesis, ya que sólo se va a describir y analizar lo que se observa en esta población sin compararla con un grupo control) y transversal. Exploratorio debido a que la información encontrada acerca del síndrome es poca y que no toda es aplicable a nuestro contexto social. Sin modificar los factores que intervienen en el proceso, sólo se describirá el fenómeno estudiado. El análisis de las variables será en un momento dado, ya que el propósito es describir las variables y analizar su incidencia.

Tipo de diseño

Es un diseño no experimental, ex post- facto, de un solo grupo con una sola medición.

Población por estudiar

La población se conformo por niñas que acudieron a la consulta externa del servicio de Endocrinología del H.I.M, por presentar un desarrollo sexual temprano.

Técnica de muestreo

Se realizó a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, debido a que no se cuenta con el conocimiento de la población total que padece pubertad precoz y la elección de los sujetos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que el investigador determinó de acuerdo a los siguientes:

Criterios de inclusión para las niñas con diagnóstico de pubertad precoz:

- Diagnóstico de pubertad precoz idiopática y pubertad temprana que sean atendidos por el Servicio de Endocrinología del Hospital Infantil de México.
- Que se encuentren en el grado 2 del desarrollo mamario y del vello púbico establecidos por Tanner
- Que tengan entre 6 y 8 años de edad
- Que acepten participar en la investigación.

Tipo de muestra

La muestra quedo conformada por pacientes que presentaban un desarrollo temprano, del sexo femenino que tenían entre 6 y 8 años de edad, que habitaban

en la República Mexicana y que acudían a consulta externa del departamento de Endocrinología del H.I.M.

Instrumentos

- **Escala de Inteligencia Para Niños WISC-R:**

La Escala Wechsler de Inteligencia para Niños Revisada (WISC-R) se realizó en 1974, 25 años después de la publicación original de WISC; está desarrollada como una extensión descendente de la Escala Wechsler-Bellevue. El WISC-R cubre un rango de edad de 6-0 a 16-11 años, explora una amplia gama de funciones cognitivas, organizadas en dos rubros; seis forman la Escala Verbal: Información, Semejanzas, Aritmética, Vocabulario, Comprensión y Retención de dígitos, y seis la Escala de Ejecución: Figuras Incompletas, Ordenamiento de dibujos, Diseño con cubos, Ensamble de Objetos, Claves y Laberintos. Las subpruebas de retención de dígitos y laberintos, son complementarias, (Sattler, 1996). El CI se calcula a partir de cinco subescalas verbales y cinco de ejecución, (Wechsler, 1981)

Estandarización del WISC-R en México.

Padilla, Roll y Gómez (citado en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994) en el año académico 1980-1981, aplicaron en México el WISC-R a 1100 niños entre los 6 y los 16 años de edad, que asistían a escuelas primarias y secundarias oficiales del D. F. La muestra se conformó con 50 niños y 50 niñas de cada nivel de edad, que fueron elegidos al azar. Los resultados obtenidos en relación con el CI fueron para la Escala Total de 87.3. El promedio de CI Verbal fue de 89.2 y el CI de Ejecución fue de 88.0. Los promedios del CI Total por edades variaron de 92.7 para los niños de 6 años; a 80.8 para los de 16 años. Lo anterior los llevó a cuestionarse sobre el uso de las normas que contiene el WISC-R y la influencia que tiene en el aprendizaje escolar.

- **El dibujo de la Figura Humana de Elizabeth M. Koppitz.**

La técnica de calificación de Koppitz del dibujo de la figura humana (DFH), permite evaluar aspectos de la maduración perceptomotora y emocionales, así como preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños. Abarca entre los 5 y 12 años. Se recomienda que la aplicación sea individual, ya que permite la observación de la conducta del niño, la producción de dibujos de mayor calidad así como el establecimiento de una mejor relación interpersonal entre el niño y el clínico. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

Esquivel, Heredia y Lucio (1994) mencionan que durante la aplicación se debe observar la conducta del niño al dibujar y tomar notas de características inusuales, la secuencia del dibujo, la actitud del niño así como sus comentarios; es

importante anotar el tiempo empleado y el papel utilizado. En caso de que el niño desee repetir el dibujo se le permite que lo haga al reverso de la hoja o en una segunda si lo pide. No se permite la toma de modelos en la ejecución del dibujo.

Koppitz consideró que era posible dar a los indicadores obtenidos del D.F.H. una significación tanto de desarrollo como proyectiva. Por lo que desarrolló un sistema para analizar y tabular el D.F.H. en niños de 5 a 12 años, como una prueba evolutiva de maduración mental y como prueba proyectiva de preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

Para Hechey (1965), (citado en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994, p. 153) los DFH del mismo sexo del niño tienden a ser superiores en calidad que los del sexo opuesto. Así como que la mayoría de los DFH realizados primero serán de mayor calidad que los siguientes. Lo anterior llevó a Koppitz a limitar la prueba a un solo dibujo de una persona completa y proponer 30 indicadores de desarrollo y 30 emocionales que deben evaluarse en el dibujo.

- **Prueba de apercepción temática para niños CAT-S:**

Las pruebas de apercepción temática para niños (CAT) en sus diferentes versiones, constituyen un método proyectivo de la personalidad creado por Leopold Bellak. Las pruebas del CAT, tienen como antecedente La Prueba de Apercepción Temática TAT, descrita originalmente por Morgan y Murray en 1935, el cual fue diseñado para la investigación de la dinámica de la personalidad del adulto y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa del ambiente. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994)

El CAT fue creado por Bellak en 1949 como resultado de la búsqueda de una alternativa al TAT como método proyectivo aplicable a niños, consistía en 10 láminas que representaban figuras de animales en diversas situaciones humanizadas. El CAT-S se diseñó específicamente para suplir aquellas láminas del CAT que podrían ilustrar situaciones que no necesariamente se dan en todos los niños, pero que ocurren con frecuencia y es necesario conocer; por ejemplo, la percepción que un niño tiene sobre sus limitaciones, sobre sí mismo y su entorno, si sufre de alguna incapacidad física. La aplicación y calificación es igual que para las tres versiones.

Estas pruebas facilitan la comprensión de la relación entre el niño y las figuras más importantes que lo rodean, así como de sus impulsos y necesidades. Su empleo clínico es de gran utilidad para determinar los factores dinámicos que pueden estar relacionados con la reacción del niño dentro de un grupo, en la escuela o en la casa. En la evaluación individual arrojan datos sobre la manera como el niño estructura su mundo interno, base de su futura personalidad, así como el papel que juegan las principales figuras de identificación en su desarrollo. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994)

Las pruebas de apercepción temática se caracterizan por ser instrumentos estandarizados (siempre son los mismos estímulos para todos los sujetos). 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. En las historias además se puede encontrar un contenido latente, cuyo análisis permite la comprensión dinámica de construcciones imaginarias, en términos de fantasías, mecanismos de defensa, y conflictos básicos de la personalidad. El contenido manifiesto es consciente y se expresa abiertamente, mientras que el contenido latente está determinado por el inconsciente y requiere interpretación. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994)

Se pretende a través de la interpretación de los relatos que el sujeto ofrece a las láminas de las pruebas, establecer una hipótesis diagnóstica psicodinámica que permita entender los motivos inconscientes que subyacen en la conducta manifiesta y los síntomas. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994)

Procedimiento

El estudio, se llevó a cabo en colaboración con el servicio de Endocrinología del H.I.M., el cual derivó a los pacientes con diagnóstico de pubertad precoz que acudieron a consulta externa y cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

Una vez seleccionados y referidos los sujetos, se les invitó a participar en la investigación, explicándoles en qué consistía el estudio y comprometiéndose a través de una carta de consentimiento la cual firmaron.

En primer lugar se realizó una entrevista semi-estructurada a los padres, la cual se compuso por una ficha de identificación y de reactivos que pretendían explorar la historia del padecimiento, desarrollo en diversas áreas del paciente, datos acerca de sus relaciones familiares, etc. Se pidió a la autorización de los padres para la aplicación de los instrumentos psicológicos.

Posteriormente se aplicaron las pruebas psicológicas a las niñas en aproximadamente dos sesiones, empezando por el WISC-R prueba que mide inteligencia y sus funciones, se continuó con el CAT-S y se finalizó con la aplicación del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz, con el que se pretende evaluar aspectos de la madurez perceptomotora y emocionales.

El escenario, donde se levantaron los datos fue el departamento de Endocrinología del H.I.M.

Estadística

El análisis de los resultados de la prueba WISC-R se realizó a través de la estadística descriptiva. Para la entrevista, el dibujo de la figura humana se realizó una calificación cualitativa, respecto al CAT-S la calificación se realizó a través de tres interjueces con la finalidad de buscar la mayor objetividad posible, donde las historias relatadas por las niñas fueron calificadas individualmente por cada juez, basándose en las categorías ya definidas, posteriormente los tres jueces se reunieron y se realizó la comparación y discusión sobre las calificaciones asignadas, para finalmente llegar a un consenso.

CAPITULO 5: RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 15 niñas que presentaron un desarrollo temprano; la edad de las niñas se encontraba entre los 6 y 8 años de edad, con respecto a su edad, escolaridad y lugar de residencia el grupo quedo conформado de la siguiente manera:

SUJETO	EDAD	ESCOLARIDAD	RESIDENCIA
1	8 años 2 meses	3er. año primaria	Estado de México
2	7 años 5 meses	2do. año primaria	Querétaro
3	7 años 7 meses	2do. año primaria	Distrito Federal
4	6 años 3 meses	3er. año kinder	Estado de México
5	7 años 11 meses	3er. año primaria	Distrito Federal
6	8 años 5 meses	3er. año primaria	Distrito Federal
7	8 años 4 meses	3er. año primaria	Distrito Federal
8	8 años 7 meses	3er. año primaria	Estado de México
9	8 años 4 meses	3er. año primaria	Estado de México
10	7 años 7 meses	3er. año primaria	Estado de México
11	6 años 8 meses	3er. año kinder	Distrito Federal
12	8 años 6 meses	3er. año primaria	Querétaro
13	7 años 1 meses	2do. año primaria	Estado de México
14	8 años 5 meses	4to. año primaria	Estado de México
15	7 años 9 meses	2do. año primaria	Distrito Federal

A las madres de las niñas se les realizó una entrevista estructurada, con la finalidad de obtener datos sobre la evolución del padecimiento, su desenvolvimiento escolar, familiar y social; más adelante se describen las respuestas obtenidas en frecuencias y porcentajes. Posterior a la entrevista se realiza la aplicación del WISC-R, DFH y CAT-S.

La calificación cuantitativa de la prueba WISC-R se realizó a través de la estadística descriptiva. La calificación del dibujo de la figura humana se realizó de acuerdo a los criterios de calificación establecidos por Koppitz, indicando el nivel de maduración, indicadores de desarrollo no presentados, signos cualitativos, omisiones y detalles especiales. Respecto a la prueba CAT-S se hace una descripción cualitativa, resultado de una calificación interjueces.

Aunque no fue un de estudio de caso clínico se consideró importante describir de forma individual el caso particular de cada niña, ya que esto podría permitir al lector encontrar información interesante respecto a como las niñas están viviendo el padecimiento, que en la calificación cualitativa por grupo tal vez no se pueda observar; el resumen de cada una de las 15 niñas se presenta a continuación.

PACIENTE 1

La niña tiene 8 años 2 meses, reside en el Estado de México. Su familia esta conformada desde hace nueve años por su padre de 33 años que es electricista, su madre de 31 años y se dedica al hogar, tiene una hermana menor de 4 años. La madre refiere que su embarazo fue de alto riesgo, ya que presentó presión alta, el parto fue normal, al nacer los doctores le dijeron que su hija iba posiblemente a tener problemas de aprendizaje debido a que al nacer tuvo dificultades médicas por lo que estuvo bajo supervisión médica por dos años. Presentó un desarrollo temprano desde que nació a lo que los padres no dieron importancia ya que lo consideraron normal, hasta hace tres años cuando la empezaron a atender en el servicio de endocrinología, la noticia la recibieron con enojo ya que siempre estuvo bajo observación médica y nunca se los comentaron. Creen que el desarrollo se debe a los diversos medicamentos y vacunas para combatir las alergias que presenta o quizás se deba a algo hereditario; su principal preocupación es que tenga también un desarrollo sexual temprano, ya que cuando van en la calle las personas la voltean a ver, la madre piensa que su hija se ve indefensa, insegura y tiene miedo de que la vean más grande de lo que parece. La familia le ha explicado a su hija en qué consiste su padecimiento.

Su aprovechamiento escolar y su conducta son buenos, tiene un promedio de 9.0. Se relaciona bien con sus compañeros y con sus maestros, la madre refiere que es tímida. Prefiere amistades de su mismo sexo y de su misma edad, Su carácter es descrito por la madre como alegre. Antes de los cuatro años manifestó curiosidad acerca del origen de los niños y se le explicó, a la misma edad notaron curiosidad por tocarse sus genitales lo que le preocupó a la madre y reaccionó de manera violenta "le pegué y me enojé muchísimo". Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija (se bañan juntas), se le ha preparado para la menarca. En general la familia se apoya mutuamente y su relación entre ellos es descrita como buena.

El rendimiento intelectual de la paciente esta por arriba del promedio, presento un C.I. total de 115 que nos indica arriba del normal. Aquellas capacidades en las que se observa un mayor desempeño son: la capacidad de planeación, capacidad para anticipar de manera significativa resultados que pueden esperarse de diversos actos de conducta, atención hacia los detalles, la previsión y habilidad para sintetizar las partes en un todo inteligible. Las dificultades que se le pudiera presentar son: para establecer relaciones, para seleccionar y verbalizar relaciones entre objetos. Bajo presión puede distraerse y disminuir su atención. Su organización visomotora está por debajo de lo esperado.

Su nivel de maduración indica que esta dentro de lo normal. Se observa inseguridad y baja autoestima; una tendencia hacia una conducta tímida y retraída lo cual podría presentarle dificultad para relacionarse con las personas. Además se observa miedo y angustia en torno a la sexualidad.

En las historias relatadas los temas encontrados se centran en conflictos con la imagen corporal, necesidades de exhibicionismo versus ocultamiento, existen fantasías de ser adulto, de procreación, así como un interés excesivo en aspectos reproductivos. Durante los relatos se observó negación de las diferencias sexuales observado en el cambio de sexo de los personajes. Existe un énfasis excesivo del control de los hábitos de limpieza. Parece vivir su crecimiento como una amenaza y limitante; presenta conflicto entre ser independiente versus temor al daño físico y peligro. También se encontraron historias relacionadas con dependencia hacia la figura materna

PACIENTE 2

La niña tiene 7 años 5 meses, reside Querétaro. Aparenta mayor edad a la cronológica, va en segundo año de primaria. Su padre tiene 47 años y es comerciante, la madre tiene 41 años y se dedica al hogar, están casados desde hace 14 años, tiene un hermano de 12 años y una hermana de 10 años, la madre tuvo 2 abortos, uno en el primer embarazo y otro dos años antes de nacer la paciente. El embarazo fue normal y sólo presentó taquicardia y cansancio; el parto fue por cesárea, al nacer la niña le detectan un soplo en el corazón, pero los doctores no le dieron importancia, a los dos meses le detectan una lesión en el corazón (estenosis aórtica), la trasladan al Hospital Infantil de México (HIM) y en el servicio de cardiología le realizan un cateterismo. Antes de cumplir un año se le canaliza al servicio de endocrinología, por presentar desarrollo mamario, los padres reaccionaron con preocupación, y lo atribuyen a algún medicamento, les preocupa que se desarrolle más temprano que las niñas de su edad, y no pueda disfrutar su niñez, así como que no comprenda la situación. Los padres no han hablado con su hija respecto a su padecimiento ya que consideran que no es el tiempo adecuado, lleva tomando medicamento desde hace seis años aproximadamente.

Su aprovechamiento y rendimiento es bueno, su promedio es de 9.0, en la escuela es seria y disciplinada, se lleva bien con sus compañeros aunque hay ocasiones que no puede participar en los juegos, debido a su problema cardíaco, su madre refiere "es una niña inteligente y dedicada a sus tareas". Se relaciona bien con niños de su edad y con los adultos; cuando quiere o desea algo se los hace saber a sus padres. La madre dice que "su carácter es "alegre". Hasta ahora no ha mostrado inquietud acerca del origen de los niños, tampoco interés en sus genitales; existe el manejo de la desnudez entre madre e hija. En general la familia se relaciona bien y se apoyan mutuamente, la niña busca mucho a su padre "tiene papitis". Durante la entrevista la madre se mostró aprehensiva y sobreprotectora respecto a su hija.

El rendimiento intelectual de la paciente está por debajo de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 89. Su desempeño consideramos podría ser mejor ya que ella cuenta con una buena dotación natural que no corresponde con su desempeño en la prueba. En la escala verbal se observo un desempeño normal al esperado para su edad a diferencia de la escala de ejecución que fue por debajo de lo esperado para su edad. Se observo una buena comprensión verbal, su ambiente familiar y cultural ha estimulado las habilidades verbales, su capacidad para aprender es buena así como la concentración y atención hacia los detalles especiales. Se distrae con facilidad, lo cual puede deberse a ansiedad o a un estado emocional; así mismo se observo que bajo presión sus capacidades pueden disminuir. Se encontraron dificultades en la organización e integración visual y espacial. No se puede dejar de mencionar que la escala verbal se encuentra 23 puntos arriba de la escala de ejecución lo que indica un posible problema en motor, aunque también se asocia con inmadurez, distracción y ansiedad. A partir de información proporcionada por la madre en la entrevista, se podría pensar que entre la paciente y su madre existe una relación de dependencia marcada, la cual pudiera deberse a que la paciente presenta un padecimiento cardíaco el cual le impide tener mucha actividad física. Se podría considerar que lo anterior podría influir en su bajo rendimiento. El nivel de maduración dado por el DPH nos indica que se encuentra por abajo del límite de lo normal. Presento dificultad en la coordinación visomotora. Se observa una baja autoestima, inseguridad y tendencia al retraimiento o la depresión. Sus relatos nos hablan principalmente sobre la relación dependiente que existe entre madre e hija donde se ve como regresiva, demandando afecto, se observan necesidades orales relacionadas con la comida. Dificultades para separarse y alejarse, ya que esto representa peligro. Se encontró dificultad en la diferenciación sexual. Habla del daño físico, omite el embarazo y hay interés por ver el cuerpo desnudo.

PACIENTE 3

La niña tiene 7 años 7 meses, reside en el D. F. Aparenta mayor edad que su edad cronológica, estudia 2º de primaria. Su familia se conforma por el padre que tiene 34 años y es comerciante, la madre tiene 27 años y se dedica al hogar, están casados sólo por el civil y actualmente están separados. Tiene un hermano que falleció a los 2 años 5 meses por bronconeumonía, tenía encefalopatía y a los quince días de nacido le detectaron lesión cerebral. El padecimiento de la paciente apareció hace siete meses y la madre la llevó a consulta al HIM tres días después de que falleció su hijo. La reacción de la madre fue de susto ya que fue su hija le enseñó que le estaba creciendo el pecho y al llevarla al Hospital de Legaria le dijeron que probablemente era un quiste y la mandaron al HIM. Aún no recibe tratamiento farmacológico. La madre en un principio atribuyó el desarrollo de su hija a que cuando nació le dijeron que era "muy alta" y pensó que por eso que se desarrollaba muy rápido. Lo que más le preocupa es que cambie el estado emocional de su hija y comience a reaccionar como adolescente y que al observar a su hermana mayor vea que ella aún no tiene ningún desarrollo; tiene miedo a las repercusiones emocionales que le pueda causar su padecimiento. No ha hablado con su hija sobre su padecimiento, piensa que es importante y necesita hacerlo con tiempo.

Su aprovechamiento escolar ha sido bueno tiene un promedio de 8.2. Su conducta y la relación con sus maestros son buenas. La relación con sus compañeros de escuela es buena y tranquila, en el kinder era aislada y no le gustaba juntarse con nadie. La madre piensa que el rendimiento y las capacidades de su hija son buenos, su rendimiento escolar a raíz del desarrollo temprano sigue igual y sólo nota es rebeldía. Prefiere las amistades del sexo femenino de edad mayor a la suya y ha comentado que hay un muchacho que esta guapo y le gusta, dice que le gustan los grandes. La relación con los adultos es buena, especialmente con su papá con el cual le gusta platicar. Comunica sus deseos adecuadamente y es capaz de expresar y manejar afectos de forma adecuada. La madre describe el carácter de su hija como enojosa "de cualquier cosa y si algo no le gusta hace berrinche". A los 6 años de edad manifestó curiosidad por el origen de los bebés; "cuando todavía estaba su hermanito, pregunto por donde nació su hermano"; el padre le explicó. La madre no reporta en su hija interés por sus genitales. Existe el manejo de la desnudez, la madre se baña con sus dos hijas. El padre es el que ha hablado con su hija sobre sexualidad y la ha preparado para la menarca, ya que la madre dice que él es "más aventado" que ella. La relación de pareja es descrita como buena, con buena comunicación, la madre comenta que a su esposo le preocupan ella y sus hijas y siempre esta al pendiente de ellas. La relación entre hermanas es descrita como regular.

Su rendimiento intelectual esta de acuerdo a lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 92, cuenta con una buena dotación natural, buena comprensión verbal, donde su ambiente ha estimulado las habilidades verbales. Su destreza visomotora es buena, así como su concentración. Se observa que su desempeño escolar puede verse afectado debido a una baja motivación y a una tendencia a renunciar fácilmente a tareas intelectuales. Podría llegar a presentar dificultades en la organización visual, en la anticipación y en la planeación. Ante situaciones que le causen ansiedad su atención puede disminuir. En el DFH su nivel de maduración fue normal. Los indicadores emocionales nos hablan de una personalidad tímida y retraída, así como una baja autoestima, pudiendo llegar a tener dificultades para relacionarse con las personas. En sus historias se encuentran relatos sobre una situación escolar así como una buena relación con los pares. Existe conflicto con la imagen corporal respecto a su crecimiento y a su apariencia física, observado en relación entre estar muy grande y chica a la vez. Existe una buena relación con el tratamiento médico y la institución. Presenta temor al daño físico. Otros aspectos que menciona son: la enfermedad, fantasías de ser adulto, dependencia, exhibicionismo y su relación con las actividades de higiene y limpieza.

PACIENTE 4

La niña tiene 6 años 3 meses, reside en el Estado de México. Aparenta mayor edad que su edad cronológica, tiene un desarrollo de pechos visible, estudia 3er año de kinder. Su familia está compuesta por su madre que tiene 30 años y es empleada de limpieza, el padre tiene 33 años y es taxista, están casados desde hace 11 años por el civil. Tiene una hermana mayor de 11 años y una más chica que tiene 4 años. Vive en casa de sus abuelos paternos. La madre en el quinto mes del embarazo tuvo problemas de salud por lo que en el séptimo mes le tuvieron que hacer cesárea; la niña al nacer midió 43 cm. y pesó 1,525 Kg., estuvo 8 días en la incubadora. La madre notó hace un año un abultamiento en los senos de su hija, su reacción fue de miedo, no lo atribuyó a nada en específico y solo pensó "debe haber algo que lo provocó", su mayor preocupación es que su hija pueda presentar otro problema o enfermedad más grave y la tuvieran que operar. A la madre le da miedo que su hija llegue a tener algún trauma como por ejemplo: pensamientos más maduros y que crezca apresuradamente, "hubo miedo, preocupación y no he podido asimilar este problema". Recurrió a atención médica seis meses después de la aparición del abultamiento de los pechos. La madre ha hablado con su hija sobre lo que le está pasando y le ha dicho "vamos al hospital porque tienes un problema, te están creciendo los pechitos".

La madre considera que el desarrollo de su hija fue lento en comparación con otras niñas, el sostén cefálico fue a los 3 meses, se sentó a los 9 meses, camino al año y medio, controló esfínteres a los 2 años y medio y habló a los 2 años y medio y solo decía ma y pa, actualmente tiene problemas del lenguaje y sólo pronuncia el final de las palabras, acude al INCH a estudios y terapia desde los 6 meses, acude al kinder psicopedagógico desde los 3 años. Todavía no sabe escribir, ya que su desarrollo en el área del lenguaje es lento, solo dice monosílabos, su conducta es buena ya que obedece y participa en clase. La relación con sus compañeros y con sus maestros es buena. La madre considera el rendimiento y capacidad de su hija como buenos y solo comenta que no se desarrollan igual que sus otras hijas, que se desarrollaban antes. Tiene amigos, los cuales prefiere de ambos sexos, la relación con los adultos es descrita como buena, comunica sus deseos adecuadamente y es capaz de expresar y manejar afectos de forma esperada. La madre describe el carácter de su hija como tranquila. A los 5 años manifestó curiosidad por el origen de los niños y le explicaron. A la misma edad notó interés se su hija por observar sus genitales. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija. Se le ha proporcionado información sobre la sexualidad y aún no se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como buena "casi no peleamos y tenemos pocas diferencias". La relación entre hermanas es buena, a pesar de que es egoísta ya que no quiere que abrace a sus hermanas. La comunicación familiar en general es buena.

Su rendimiento intelectual esta por debajo de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 62; cabe mencionar que en ella se observó inmadurez neurológica, debido a que fue una niña prematura (nació a los 7 meses) y desde pequeña presenta problemas del lenguaje, se podría pensar que estos problemas tuvieron influencia en el desempeño en la prueba de inteligencia. Sin embargo, presenta una adecuada atención y concentración, así como buena disposición hacia la aplicación de la prueba. Las dificultades presentadas se encuentran más marcadas en torno a las capacidades visomotoras y perceptuales. Su nivel de maduración fue de acuerdo a lo esperado para su edad. Emocionalmente se observó inestabilidad emocional, una personalidad pobremente integrada. Dificultades en la coordinación visomotora, impulsividad e inmadurez neurológica y emocional.

En sus relatos nos habla de enfermedad, cura, daño físico y de un doctor. La madre está presente como acompañante del bebé de una manera muy simbiótica, se observa muy regresiva, demandando afecto a través de la enfermedad.

PACIENTE 5

Tiene 7 años 11 meses, reside en el D. F. Aparenta más edad que su edad cronológica, estudia 3er año de primaria. Su familia esta conformada por su madre que tiene 35 años y es químico farmacéutico y actualmente tiene 8 meses de embarazo; el padre tiene 36 años y es vendedor. Los padres están casados desde hace 11 años. Al nacer peso 3,800 kg y midió 55 cm. Hace seis meses la madre se percató de la aparición de vello púbico; unos meses después presentó menarca. Los padres reaccionaron con sorpresa y lo atribuyeron a los medicamentos. Su mayor preocupación es que se deba a un tumor y sus miedos son sobre el estado físico y sí en un futuro podría llegar a tener quistes. Se recurrió a la atención médica inmediatamente. La madre ha hablado mucho con su hija sobre lo que le está sucediendo. La niña presentó desde pequeña luxación de la cadera por lo que acude al servicio de ortopedia en el mismo hospital y a genética, de ahí la canalizaron hace dos meses al servicio de Endocrinología.

Su aprovechamiento escolar es bueno tiene un promedio de 8.9; su conducta es regular ya que practica mucho. La relación con sus compañeros y maestros es buena. La madre opina que tanto el rendimiento como las capacidades de su hija son buenas, a raíz del desarrollo temprano su rendimiento escolar cambio sólo muy poco. Su círculo social fuera de la escuela está conformado por adultos, ya que no sale a la calle; prefiere amistades del sexo masculino de su misma edad, aunque también más grandes. La relación con los adultos es regular, la madre dice que es enojona. Comunica sus deseos adecuadamente y es capaz de expresar y manejar afectos de forma esperada. La madre considera que el desarrollo temprano ha repercutido en el carácter de su hija. A los 6 años manifestó curiosidad por el origen de los bebés a lo que los padres respondieron explicándole. Antes de los 4 años los padres notaron interés de su hija por sus genitales, lo cual coincidió con la aparición de flujo y los padres lo consideraron normal. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija, se le ha proporcionado información sobre la sexualidad y se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como buena "como todos los matrimonios". La comunicación familiar en general es regular "nosotras dos (madre e hija) nos comunicamos bien, mi esposo es regañón y reprime".

Su rendimiento intelectual esta dentro de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 103.

Se observó facilidad para el cálculo mental, habilidad para las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos, buena concentración, habilidad para enfocar la atención. Buena destreza visomotora, persistencia, habilidad para aprender material nuevo de manera asociativa y reproducirlo con velocidad y precisión, buena motivación y deseo de logro. Presenta dificultades en la integración visomotoras y espacial, problemas perceptivosuales, dificultad para orientarse en el espacio o ambos. Su capacidad de planeación es baja; dificultad para percibir un todo. Ante situaciones que le generan ansiedad o al sentirse bajo presión, las capacidades anteriores pueden verse disminuidas.

Su nivel de maduración está un poco por debajo de lo esperado para su edad. Emocionalmente puede llegar a presentar dificultad para relacionarse con las personas, así como una tendencia al retraimiento.

En las historias relatadas se encontró énfasis en la alimentación como modalidad de relación entre madre e hija, fantasías de ser adulto e interés en los roles de los adultos. Excesivo interés en su imagen corporal, así como conflicto entre mostrar y tapar el cuerpo. Daño físico, omisión del embarazo, rivalidad entre pares y agresión. La Relación con el tratamiento médico y la institución se observa como adecuada. En las historias se observa una mayor descripción de las figuras del sexo masculino.

PACIENTE 6

Tiene 8 años 5 meses, reside en el Distrito Federal. Aparenta más edad que su edad cronológica, cursa 3er año de primaria. Su familia esta conformada desde hace 10 años por su madre que tiene 29 años y es trabajadora social, su padre tiene 32 años y es tornero; están separados desde hace 2 meses. La madre y su hija viven con la familia de su hermana. Hace 6 meses, la niña le dijo a su mamá "que se había golpeado los pechos y por eso le dolían", dos meses después "le dolían los pechos y estaban duritos". Actualmente presenta crecimiento de senos, le han realizado estudios. Los padres reaccionaron con preocupación, lo atribuyeron a una enfermedad, les preocupa como orientar a su hija, como manejar el desarrollo temprano y temen que pueda tener otro problema como quiste. Poco han hablado con su hija acerca de lo que le está sucediendo.

En el área escolar su aprovechamiento y conducta es buena, la relación con sus compañeros y maestros es buena. Para la madre el rendimiento y capacidades de su hija son buenas, su rendimiento escolar sigue igual a raíz del desarrollo temprano. No tiene amigos fuera de la escuela, prefiere amistades de su mismo sexo y de su misma edad, aunque "les habla a niñas mayores de quinto de primaria". La relación con los adultos es buena pero "es reservada", se le dificulta comunicar lo que desea, la madre comenta que hay veces que le dice "no te digo por que te vas a enojar". De igual forma no siempre es capaz de manejar y expresar sus afectos de forma esperada, la madre refiere. La madre describe el carácter de su hija como "un poquito seria, callada, introvertida, de repente burlesca y vengativa"

Manifestó curiosidad por el origen de los niños a los 5 años de edad, los padres le explicaron; la madre no sabe a que edad comenzó en la niña el interés por sus genitales, pero sí han notado curiosidad por sus senos, lo consideran normal. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija aunque desde los 6 años se baña sola; Se le ha proporcionado información acerca de la sexualidad y la han preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como mala y en general la familia se comunica regularmente.

Su rendimiento intelectual esta dentro de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 99. Su comprensión verbal es buena, así como su desarrollo del lenguaje, el ambiente familiar y cultural ha sido estimulante. Su capacidad de planeación, anticipación y previsión son buenas y muestra atención hacia los detalles. Tiene una buena organización perceptual. Sin embargo; muestra dificultades para establecer relaciones, así como para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos o más objetos. Su pensamiento es concreto.

Su nivel de maduración está de acuerdo a lo esperado para su edad. Emocionalmente se observó inseguridad y retraimiento; así como un control interno rígido y dificultado para relacionarse con los demás.

Los temas de sus historias nos hablan sobre rivalidad entre pares manifestado como competencia y búsqueda de reconocimiento. Existe un temor al daño físico como sentimientos de estar expuesto a accidentes, habla de enfermedad. Se observan fantasías de ser adulto como de ser grande e independiente. Se encontró dificultad en la identificación sexual.

PACIENTE 7

Tiene 8 años 4 meses, reside en el D. F. Aparenta mayor edad que su edad cronológica, es la más alta de su salón y de sus amiguitas, cursa 3er año de primaria. Su familia está conformada por su madre que tiene 43 años y se dedica al hogar, su padre tiene 45 años y es abogado, están casados desde hace 25 años. Tiene un hermano de 25 años que está casado y una hermana de 19 años que también casada. El parto fue normal, durante el embarazo la madre presentó anemia y estuvo enferma del riñón, por lo que tomó vitaminas. Hace tres meses notó que su hija tenía unas "bolitas" y presentaba sudor, ingresó al HIM presentando telarca y vello púbico. Ante la aparición del desarrollo temprano los padres reaccionaron con preocupación, lo atribuyeron a la herencia, ya que sus primas y tías paternas se desarrollaron muy temprano y su otra hija también comenzó a menstruar muy temprano. Le preocupa el desarrollo sexual temprano, ya que no sabe como va a responder su organismo, ya que temen que su cuerpo no se forme bien; la madre comenta que "la gente la percibe más grande y los hombres se le quedan viendo", además desde los 7 años es muy coqueta. La madre comenta que ha hablado mucho con su hija sobre el desarrollo temprano, recurrió a la atención médica inmediatamente.

Su aprovechamiento escolar es bueno tiene promedio de 8, su conducta regular ya que es inquieta y distraída, la relación que tiene con sus compañeros al igual que con sus maestros es buena. La madre opina que el rendimiento y capacidades de su hija son buenos, su rendimiento escolar sigue igual a raíz del inicio del desarrollo temprano. Prefiere amistades de su mismo sexo y misma edad. La relación con los adultos es buena. Comunica sus deseos adecuadamente y es capaz de manejar y expresar afectos de forma esperada. La madre describe el carácter de su hija como sociable. Manifestó curiosidad por el origen de los niños a los 4 años de edad, los padres respondieron explicándole. A los 6 años notaron en su hija interés por sus genitales y lo consideraron normal. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija, se le ha informado acerca de la sexualidad y se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como regular, la relación entre hermanos es descrita como buena y en general la familia se comunica bien.

Su rendimiento intelectual esta por debajo de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 89. Su desempeño en la escala de ejecución fue mayor que en la verbal, lo que nos indica que puede abordar la solución de problemas de manera adaptable y flexible, lo que puede conducir a una ejecución escolar exitosa. Tiene una buena organización perceptual y capacidad de planeación y anticipación. Encontramos funciones por arriba del promedio tales como: atención hacia los detalles, previsión, habilidad para sintetizar las partes de un todo inteligible y habilidad para seguir instrucciones. Presenta dificultades en la coordinación visomotora y en el cálculo mental. Su rango de información es bajo y puede presentar baja motivación hacia el logro y tendencia a renunciar a tareas intelectuales. La ansiedad puede hacer que se distraiga y pierda la concentración. Su nivel de maduración es adecuado. Podría llegar a presentar dificultad para relacionarse con las personas, tendencia al retraimiento y dificultad en el control de impulsos.

En sus historias se observan los roles de género expresados en el juego a ser adulto, existiendo una relación cercana con roles de género femenino (identificación con la madre). Existe un énfasis en la enfermedad con necesidades de ocultarla; aunque es percibida como vínculo de unión y apoyo. Las fantasías sobre el embarazo aparecen en relación la enfermedad. En relación con su imagen corporal existen sentimientos de incapacidad e inadecuación, deseo de cambio de imagen corporal "disfrazarse" de ser diferente a como es. También se observa un énfasis en necesidades y demandas orales en relación con los adultos (dependencia, regresión, de atención y cuidados), modalidad de relación oral con la madre, donde los vínculos se dan a través de la comida.

PACIENTE 8

Tiene 8 años 7 meses, reside en el Estado de México. Aparenta menor edad a su edad cronológica, estudia 3er de primaria. Vive con su abuela que tiene 61 años y su tía que tiene 24 años y tiene una hija de 4 años. Su padre los abandonó a los 2 años y la madre vive en Estados Unidos desde hace 3 años, tiene un hermano que tiene 8 años. El embarazo fue de alto riesgo ya que tenía el cordón umbilical alrededor del cuello, fue por cesárea, peso 2800 y midió 42 cm., estuvo en la incubadora un día porque nació amarilla, se le dio leche materna hasta los 4 años. El desarrollo temprano apareció hace 5 años y la madre la llevó a consulta con un doctor particular ya que presentaba flujo, el doctor la canalizó al HIM. Para la familia fue algo nuevo y lo que les preocupa es "que no vaya a crecer y que le baje". Tienen miedo de que tenga necesidad de tener relaciones. No han hablado con ella acerca de lo que le está sucediendo ya que "es muy reservada y no dice nada".

Su aprovechamiento escolar ha sido bueno tiene un promedio de 10, su conducta es buena, la relación con sus maestros y compañeros es buena. La abuela y la tía piensan que el rendimiento y las capacidades de la niña son buenos y comentan que a raíz del desarrollo temprano cambió "ya no le gusta jugar con sus muñecas y no quiere saber de juegos", además le gusta ver programas de gente adulta y no sale a jugar con sus primos y le gusta más ver como se cocina y se lava. Prefiere las amistades del sexo femenino de edad mayor a la suya, tiene una vecina con la que le gusta juntarse que tiene 15 años. La relación con los adultos es buena "con los adultos se relaciona mejor". Comunica sus deseos adecuadamente y es capaz de expresar y manejar afectos de forma esperada. Describen su carácter como muy fuerte "si le duele algo no dice nada". No ha manifestado curiosidad por el origen de los bebés. A los 8 años notaron en la niña interés por sus genitales y lo consideraron normal. No se le ha proporcionado información sexual y sí se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como mala, la relación entre hermanos es descrita como buena, y en general la familia se comunica bien.

Su rendimiento intelectual esta de acuerdo a lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 97. Su dotación natural es muy buena, así como su comprensión verbal, el ambiente familiar y cultural ha estimulado las habilidades verbales, tiene habilidad para formar conceptos. Su rango de información y su memoria son bajos. Presenta dificultades en la integración y organización visomotora y espacial, problemas perceptivosuales, dificultad para orientarse en el espacio o ambos. Se observa baja motivación hacia el logro y una tendencia a renunciar fácilmente a tareas intelectuales. La ansiedad afecta su atención y concentración. Su nivel de maduración está de acuerdo a lo esperado para su edad.

Emocionalmente se observó falta de límites, necesidad de llamar la atención e inmadurez. En sus historias se observa temor frente a la actividad física, rivalidad entre pares, temor al castigo, deseos de destacar y al mismo tiempo sensación de fracaso. Muy marcadas se encontraron fantasías de muerte y elementos depresivos (de pérdida, abandono y desamparo). La diada madre e hijo es percibida como de carencia, desamparo, abandono, también se ve una falta de cuidado por parte de la madre. Existen fantasías de ser adulto, donde se observa conflicto entre independencia/ dependencia, dificultad entre los roles de niño versus roles de adulto (crecer). Se encontró que existen conflictos en torno a su imagen corporal, sentimientos de inadecuación con su cuerpo, baja autoestima y una necesidad de que los otros le devuelvan una imagen favorable de sí misma. Hacia el tratamiento médico y la institución se encontró una adecuada relación; aunque la enfermedad se percibe que no se quita y requiere del otro.

PACIENTE 9

Tiene 8 años 4 meses, reside en el Estado de México. Su apariencia física concuerda con su edad, estudia 3er año de primaria. Su familia esta compuesta por su padre que tiene 38 años y trabaja de ayudante de jardinería, la madre tiene 33 años y se dedica al hogar, tiene una hermana de dos meses. Antes de la paciente la madre tuvo una hija que falleció porque tenía una masa encefálica en el cráneo. La madre refiere que el embarazo fue normal, eran gemelas pero la madre no lo sabía, ya que nunca le realizaron el ultrasonido; fue cesárea y la primera niña nació muerta y la segunda fue la paciente. A partir del segundo mes de nacida presentó reflujo y asma, por lo que la internaban seguido, al año ocho meses la operaron del apéndice. Hace 2 años presentó telarca, su reacción fue de preocupación ya que no sabía que era y lo que le podía pasar; lo atribuyó a la herencia y su mayor preocupación es que pueda presentar un desarrollo sexual temprano y tiene miedo a las repercusiones sociales y psicológicas. La madre llevó a su hija cuando apareció la telarca al IMSS y ahí no le dieron importancia, posteriormente del centro de salud la canalizaron al HIM. La madre ha hablado con su hija acerca de lo que le está sucediendo.

Su aprovechamiento escolar es regular tiene un promedio de 7.4, su conducta y la relación con sus compañeros es regular, con sus maestros se lleva bien. La madre opina que el rendimiento y las capacidades de su hija son buenas y considera que su rendimiento escolar cambio a raíz del desarrollo temprano. Prefiere las amistades del sexo femenino, de edad menor a la suya, la relación con los adultos es buena, comunica sus deseos adecuadamente y es capaz de expresar y manejar afectos de forma esperada. A los 6 años de edad mostró curiosidad por el origen de los bebés a lo que los padres respondieron explicándole, también a esta edad notaron interés de la niña por sus genitales y lo consideraron normal. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija, se le ha proporcionado información sobre la sexualidad y se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como buena, así como la relación entre hermanas y en general la familia se comunica bien.

Su rendimiento intelectual esta por debajo de lo esperado para su edad, tuvo un C. I. total de 80. No obstante se observa facilidad para realizar el cálculo mental, buena concentración y habilidad para enfocar la atención. Su comprensión verbal es buena, antecedentes de un ambiente familiar y cultural estimulante que ha propiciado las habilidades verbales, habilidad para formar conceptos. Podría llegar a presentar dificultades para establecer relaciones, dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre dos o más objetos o conceptos. Su juicio social es deficiente; fracasa al tomar una responsabilidad personal (por ejemplo, dependencia marcada, inmadurez y trato limitado con los demás); pensamiento demasiado concreto. Dificultades en la secuenciación auditiva. Su desempeño en la escala de ejecución en general fue bajo siendo el problema más marcado la dificultad en la organización visual (secuenciación), dificultad para anticipar acontecimientos y sus posibles consecuencias. La ansiedad puede hacer que disminuya la atención y se distraiga. Su nivel de maduración está por debajo de lo esperado para su edad. Se observó dificultad para relacionarse con las personas y tendencia al retraimiento. En sus historias se encontraron elementos depresivos, de abandono, fantasías de muerte y ansiedad. Existe temor al daño físico y se observa que la desobediencia puede traer como consecuencia este daño (castigo y culpa). Existe una adecuada relación entre pares. Respecto a la enfermedad se vive como vínculo entre padres e hijos. La imagen corporal en relación al crecimiento del cuerpo es inadecuada, así como la diferenciación sexual. La relación madre e hijo es ambivalente, donde se observan dificultades y un manejo condicionado de la gratificación a través de la comida. La niña percibe a los padres como poco cuidadores, donde existe una búsqueda de protección, aceptación, aprobación y necesidades de cuidados.

PACIENTE 10

Tiene 7 años 7 meses, reside en el Estado de México. Aparenta mayor edad que su edad cronológica, estudia 3er año de primaria. Su familia está compuesta por su madre que tiene 29 años y es costurera, su padre tiene 30 años y es comerciante, sus padres no están casados y actualmente están separados desde hace 4 años. Tiene una hermana de 9 años y un hermano de 4. Viven con los abuelos maternos. La madre comenta que el embarazo fue normal y no fue planeado. La madre es la que se hace cargo de los hijos y el padre le ayuda. En noviembre de 2001 la niña comenzó con dolor en el pecho y por lo mismo lloraba, la madre la llevó al Hospital Infantil de Moctezuma donde la canalizaron al HIM, actualmente tiene dos meses con sudoración. La preocupación de la madre fue que estaba muy chica para desarrollarse, dice no tener fantasías ni miedos acerca del desarrollo temprano. Ha hablado con su hija acerca de lo que le esta sucediendo, aunque ha sido poco lo que le ha dicho y ella lo toma normal.

Su aprovechamiento escolar y su conducta son buenos. La relación con sus compañeros y maestros es buena, aunque la madre menciona que no convive con los amigos en la escuela, pero en la casa es muy deservuelta. La madre considera que el rendimiento y las capacidades de su hija son buenos y a raíz del desarrollo temprano su rendimiento escolar sigue igual. Busca amigas más grandes, cuando sale a jugar a la calle se entiende mejor con niñas más grandes y prefiere jugar con niñas. La relación con los adultos es buena, la expresión y manejo de afectos también. La madre describe el carácter de su hija como "chillona" desde que comenzó el desarrollo y no acata las reglas hasta la segunda o tercera vez que se le dice. La madre no ha notado interés de su hija por sus genitales y tampoco curiosidad por el origen de los bebés. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija. No se le ha proporcionado ningún tipo de información sexual, ya que la madre dice no le ha preguntado y tampoco se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como regular, ya que solo tiene dos años de comunicarse bien. La relación con su hermana es descrita como regular y con su hermano se lleva bien. En general la comunicación familiar es descrita como buena.

Su rendimiento intelectual esta por debajo de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 85. No obstante tiene facilidad para realizar el cálculo mental, habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos, buena concentración, habilidad para enfocar la atención. También es buena su capacidad de planeación, su capacidad para anticipar de manera significativa resultados que pueden esperarse de diversos actos de conducta, atención hacia los detalles y previsión. Puede presentar dificultad para establecer relaciones apropiadas entre dos o más conceptos. Puede tener dificultades visomotoras, problemas perceptivosuales; dificultad para percibir un todo. La ansiedad y la impulsividad pueden disminuir su rendimiento intelectual.

Su nivel de maduración está de acuerdo a lo esperado para su edad. Emocionalmente se encontró dificultad en la coordinación visomotora. Inestabilidad y falta de una base firme que le brinde seguridad emocional. Preocupación e inadecuación en relación con las personas. Ansiedad por presión de los padres o el ambiente.

Sus historias se centraron en temas relacionados con la relación con sus padres principalmente la figura paterna. Hace énfasis en el abandono y descuido por parte de los padres en donde no ha y cuidado y se les ve como poco protectores. Existen en ella necesidades de cuidado y dependencia. Se observan problemas en relación a la figura paterna, donde se le ve como una figura devaluada, castigadora y ausente lo cual genera en ella una ambivalencia entre acercarse o alejarse de él. Existe temor al daño físico y conflicto con la imagen corporal. También se observan fantasías en relación a ser adulto y sobre el embarazo. Hay una marcada rivalidad entre pares. La expresión de la agresión trae como consecuencia un castigo. La relación con el tratamiento médico y la institución es adecuada.

PACIENTE 11

Tiene 6 años 8 meses, reside en el Distrito Federal. Aparenta mayor edad a su edad cronológica. Estudia en un kinder particular. Actualmente vive en la casa de los abuelos paternos, ya que los padres están divorciados. La familia está constituida por el abuelo que tiene 61 años y padece polineuropatía por diabetes, la abuela tiene 53 años y se dedica al hogar. El padre tiene 29 años es estudiante de administración pública y padece una disfunción cerebral mínima (distlexia y dixerlia). La madre es empleada y tiene otra pareja con la que está casada. Existen antecedentes familiares de espina bífida, por lo que a la niña le están haciendo estudios para descartar este padecimiento. El embarazo fue normal, utilizaron fórceps. La abuela refiere que presenta crecimiento de los senos, sudor, vello en las piernas y pubis. La madre descubrió el desarrollo temprano al hacerle el aseo a su hija. Antes presentaba pesadillas, miedo a estar sola, se come las uñas y cuando está nerviosa se hace pipi y popo. La abuela dice que su madre le inculca aspectos de los adolescentes "le pinta las uñas y los labios", la niña desde los 3 años habla de los novios, besos, abrazos y boda, últimamente habla de tener novios cuando sea grande; el año pasado un niño le dijo que se quería casar con ella y su nieta sólo quería estar con él. Ante la aparición del desarrollo temprano, la abuela reaccionó alarmada y pensó que "no podía ser, qué le va a pasar", recurrió a la atención médica un mes después de que se dio cuenta, ha recibido tratamiento médico, atribuye el desarrollo temprano a una amenaza de aborto que la madre tuvo a los 5 meses (se inyectó hormonas) y a la alimentación. Le preocupa el desarrollo sexual temprano y la estatura final, ya que la visualiza como una "enanita con senos y cuerpo de mujer", piensa que por el desarrollo temprano la pueden rechazar. Al padre no le gusta que su hija enseñe las piernas, por lo que siempre está de pantalón, la abuela comenta que un día se puso una blusita pegada y ella se tapaba aunque hacía calor. No se ha hablado con ella sobre lo que le está sucediendo, ya que siente que no lo va a comprender. Va bien en la escuela y su conducta es buena. La relación con sus compañeros de la escuela y maestros es buena. Su rendimiento escolar desde la aparición del desarrollo temprano sigue igual. Prefiere amistades del sexo femenino y de edad igual a la suya. La relación con los adultos es buena y le gusta llamar la atención de los adultos. Comunica sus deseos y es capaz de expresar y manejar sus afectos de forma adecuada. Hace poco tiempo manifestó curiosidad por el origen de los bebés y dijo "voy a tener un bebé", no se le ha explicado sobre el tema, sólo se le dijo que "por una puertita nacían". Hace unos meses notó interés por tocarse sus genitales, lo consideraron normal. La niña es exhibicionista dice la abuela y le gusta que su padre la vea. No se le ha proporcionado información sexual ni se le ha preparado para la menarca, ya que la abuela considera que no a va a comprenderlo o va a ser "impactante". La relación de pareja es descrita como mala, no tiene hermanos y en general la comunicación familiar es buena.

Su rendimiento intelectual esta por arriba de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 123. La comprensión verbal, organización perceptual, concentración, anticipación y planeación se ubican en este nivel, por lo que estas funciones intelectuales se consideran en las que mejor se desempeña; presenta dificultades para la realización y solución de problemas aritméticos y bajo presión tiende a bajar su rendimiento. Su nivel de desarrollo es superior. Emocionalmente podría tener dificultades para relacionarse con las personas. En sus historias se observa temor a enfrentarse a actividades y a demandas externas, así como a estar expuesto al daño físico. Existe rivalidad y competencia entre pares. Existe temor a la enfermedad. Un marcado conflicto con la imagen corporal (relacionado a su crecimiento), donde hay sentimientos de inadecuación referentes a ser diferente, de sobresalir y sentirse especial; la baja autoestima se compensa a través de objetos. Conflicto con los roles de género y adjudicación sexual. La relación con la madre es percibida como simbiótica y dependiente, con aspectos regresivos.

PACIENTE 12

Tiene 8 años 6 meses, reside en Querétaro. Aparenta mayor edad que su edad cronológica, estudia 3er año de primaria. Su familia se conforma por su madre que tiene 39 años y se dedica al hogar, su padre tiene 38 años y es chofer, tiene 3 hermanos hombres de los cuales los dos primeros son medios hermanos, ellos tienen 21 años y 14 años, el más pequeño tiene 4 años. Los padres viven en unión libre desde hace once años. El embarazo fue 43 semanas, fue un parto difícil y nació por cesárea, ya que venía sentada, tuvo sufrimiento fetal, le faltó oxígeno, pesó 3,675 Kg. y midió 51 cm. A los 8 días de nacida la trajeron a México al HIM al servicio de genética y cardiología. Tuvo retraso en el desarrollo psicomotor, no podía comer, al año y tres meses tuvo una operación del corazón. El desarrollo temprano comenzó hace 2 años, con la aparición de vello púbico, su reacción fue de miedo, porque le comenzó a doler el seno, la madre lo atribuye a la herencia ya que su hija nunca comía y ella le daba alimentos que contenían vitaminas. Le preocupa que empiece a menstruar tempranamente y que le crezcan los senos, tiene miedo que es que alguien se quiera sobrepasar con su hija. La madre ha hablado mucho con su hija acerca de lo que le está sucediendo. Su hija recibe medicamento médico desde hace unos meses.

La niña entró a CAPEP a los 5 años de edad y estuvo ahí un año, después la llevaron a terapia del lenguaje donde la dieron de alta. Su aprovechamiento y su conducta en la escuela son buenos, sólo comenta que es lenta y distraída para escribir, la relación con sus compañeros es regular y con sus maestros bien, cuando era pequeña se aislaba. Respecto al rendimiento y capacidades de su hija comenta que son regulares ya que ella quisiera que fueran más extensas sus pláticas. A raíz del desarrollo temprano su rendimiento escolar sigue igual. Tiene un círculo social fuera de la escuela, prefiere las amistades del sexo femenino de mayor edad a la suya, la relación con los adultos es buena, comunica bien sus deseos y es capaz de expresar y manejar afectos de forma adecuada. La madre describe el carácter de su hija como sensible, pero cuando se enoja es muy agresiva. A los 6 años manifestó curiosidad por el origen de los bebés y se le explicó. La madre no reporta en la niña interés por sus genitales. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija, se le ha hablado sobre la sexualidad y se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como buena, la relación entre hermanos es descrita como buena y en general la familia se comunica bien.

Su rendimiento intelectual esta por debajo de lo esperado para su edad, su desempeño en las dos escalas de la prueba fue bajo. Sin embargo, en la escala verbal se observo que tiene un buen pensamiento conceptual, habilidad para establecer relaciones, habilidad para emplear el pensamiento abstracto y lógico. En la escala de ejecución se encontraron dificultades en la organización visual (secuenciación), dificultad para anticipar acontecimientos y sus posibles consecuencias, falta de atención, ansiedad, fracaso en el uso de señales, ineficacia en la planeación, dificultad para aplazar la acción.

Su nivel de maduración es un poco por debajo de lo esperado para su edad. Emocionalmente se observo inestabilidad emocional, una personalidad pobremente integrada, impulsividad o dificultad en la coordinación visomotriz. Se le dificulta la relación con otras personas, puede presentar tendencia al retraimiento. Existe en ella angustia e inseguridad.

En sus historias se observan necesidades de dependencia, falta de cariño, sentimientos de soledad y abandono. La alimentación es percibida como vínculo de unión familiar. Percepción de agresión por parte de los adultos. Existen fantasías de ser adulto y grande e interés en las relaciones de los adultos vinculadas con la sexualidad, también hay fantasías sobre el embarazo acerca del origen de los niños. Se observa la vivencia de enfermedad que puede relacionarse con una posibilidad de cura, así como una adecuada relación con el tratamiento médico y la institución

PACIENTE 13

Tiene 7 años 1 mes, radica en el Estado de México. Aparenta mayor edad que su edad cronológica, estudia segundo año de primaria. Su familia esta compuesta por su madre que tiene 30 años y se dedica al hogar, su padre tiene 33 años y es instructor y estudiante, están casados. Tiene un hermano de 8 años y una hermana de 5 años, los cuales tienen asma. Los padres actualmente no viven juntos, debido a que están arreglando la casa donde van a vivir y el polvo les hace daño a los niños por el asma. Hace unos meses la madre al bañar a su hija se dio cuenta de que tenía una "bolita dura", lo atribuyó a un golpe o a un posible tumor, le preocupa que su hija se vea más despierta de la edad que tiene. No ha hablado con su hija acerca de lo que está sucediendo, ya que ella no le ha preguntado y sólo cuando le hicieron una revisión vaginal le explicó. Recurrió a la atención médica inmediatamente, no ha recibido ningún tipo de tratamiento.

Su aprovechamiento escolar ha sido bueno su promedio es de 9.7, su conducta es buena, aunque es muy inquieta, la relación con sus compañeros y maestros es buena. La madre opina que el rendimiento y capacidades de su hija son buenos. A raíz del desarrollo temprano su rendimiento escolar sigue igual. Tiene un círculo social fuera de la escuela, prefiere las amistades del sexo femenino de edad igual a la suya. La relación con los adultos es regular ya que es irrespetuosa por lo mismo que esta despierta quiere ser igual a ellos. La comunicación de deseos es buena y la expresión y manejo de afectos también. Su carácter es descrito como posesiva, fuerte, berrinchuda, quiere mucha atención. Cuando tenía 6 años su hermano manifestó curiosidad por el origen de los bebes y ella le respondió, la madre reaccionó con sorpresa por que su hija ya sabía, no ha notado interés de su hija por sus genitales. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija, aunque desde hace 2 años que ya no se bañan juntas. No se le ha proporcionado información sexual y se le ha preparado para la menarca. Su hija ha comentado que tiene que ir arreglada a la escuela para tener novio. La relación de pareja es descrita como buena. La relación entre hermanos es descrita como regular. En general la comunicación familiar es regular.

Su rendimiento intelectual esta por arriba del esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 122. Su dotación natural es alta, su comprensión verbal esta por encima del promedio con un buen desarrollo del lenguaje, su ambiente familiar y social han estimulado y propiciado las habilidades verbales. Cuenta con una buena integración visomotora y espacial, habilidad para formar conceptos; buena orientación espacial, junto con velocidad, exactitud y persistencia, capacidad para analizar y sintetizar; buena capacidad de razonamiento no verbal, buena organización perceptual, eficiencia en la planeación. Se observa facilidad para realizar el cálculo mental, habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos, buena concentración, habilidad para enfocar la atención. La ansiedad y la impulsividad pueden disminuir su rendimiento. Su nivel de maduración esta de acuerdo a lo esperado para su edad. Emocionalmente no encontraron indicadores que nos hablen de que está viviendo algún tipo de problemática.

En sus relatos se encontró rivalidad y competencia entre pares. Existen fantasmas de ser adulto, así como elementos reproductivos y procreativos (a través de la comida). Hay vivencia de enfermedad y daño físico, donde existe una adecuada relación con el tratamiento. La relación con la madre se vive a través de los hábitos de limpieza. Se observa dificultad para la diferenciación sexual. Hay que mencionar que la mayoría de sus historias contenían elementos orales en relacionados con el alimento.

PACIENTE 14

Tiene 8 años 5 meses, reside en el Estado de México. Su apariencia física es de acuerdo con su edad cronológica, estudia 4º año de primaria. Su familia esta compuesta por su madre que tiene 28 años y es auxiliar de enfermería, su padre tiene 28 años y es obrero, ellos están casados desde hace 9 años, tiene una hermana de 4 años de edad. El desarrollo temprano comenzó desde los 6 meses de nacida presentando desarrollo de senos, acude al HIM donde se le realizan diversos estudios y no se le da tratamiento durante 9 meses, la madre comenta "no existe ningún motivo". Su reacción ha sido de preocupación, atribuye el desarrollo temprano a que tomaba vitaminas en exceso, lo que más le preocupa es que puede quedarse baja de estatura y tiene miedo a que no pueda tener hijos. Ha hablado mucho con su hija acerca de lo que le esta sucediendo. Recurrió a la atención médica inmediatamente y ha recibido tratamiento médico.

Su aprovechamiento escolar ha sido bueno tiene un promedio de 9.6, aunque antes era muy agresiva ya que les pegaba a los niños y lloraba cuando la regañaba la maestra. Su conducta es regular, así como la relación con sus compañeros y maestros. La madre opina que el rendimiento y capacidades de su hija son buenas y a raíz del desarrollo temprano su rendimiento escolar sigue igual, piensa que el desarrollo temprano sólo ha influido en el físico, ya que antes se juntaba sólo con niños y ya no, además no le gustaba la ropa de niñas, sino los zapatos "toscos" y los pants. No tiene un círculo social fuera de la escuela, prefiere las amistades del sexo femenino, de edad mayor a la suya. La relación con los adultos es descrita como buena, comunica bien sus deseos y se le dificulta expresar y manejar afectos, "no es muy cariñosa". El carácter de su hija lo describe como alegre y cuando le va mal es cuando se enoja. Antes de los 4 años manifestó curiosidad por el origen de los bebés, la madre dice que al principio le preocupó, después lo considero normal y le explicó. A los 6 años notó interés de su hija por tocarse sus genitales y le preocupó. Existe manejo de la desnudez entre madre e hija. Se le ha proporcionado información sexual y se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como buena. La relación entre hermanos es descrita como regular, ya que se pelean constantemente. La familia en general se comunica bien.

Su rendimiento intelectual esta por arriba de lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 110. Su desempeño en ambas escalas fue bueno. Cuenta con una buena dotación natural, su comprensión verbal esta por arriba del promedio, con un buen desarrollo del lenguaje, su ambiente familiar y social han estimulado y propicia sus habilidades verbales, la escolaridad es adecuada a la edad. Sin embargo, se observa que en ocasiones pudiera presentar baja motivación hacia el logro y tendencia a renunciar fácilmente a tareas intelectuales. Su nivel de maduración esta por arriba de lo esperado para su edad. Emocionalmente se encontró agresividad ante el medio que la rodea.

En sus relatos se encontró rivalidad entre pares con necesidad de ser protegido por un adulto. La enfermedad la vive como un castigo. Existen sentimientos de incapacidad o inadecuación donde se observa autonomía e independencia versus temor al daño físico y peligro. Percepción de descuido por parte de los padres, donde se hace énfasis en necesidades orales (de afecto, dependencia, protección y cuidado). Al igual hay un marcado temor al daño físico y a ser agredido. Se observan dificultades en la diferenciación sexual. Se mencionan fantasías de ser adulto, se llega a observar agresión, y ante la desobediencia existe castigo y culpa. Cabe mencionar que en la mayoría de sus relatos se observaron necesidades orales referentes a la alimentación.

PACIENTE 15

Tiene 7 años 9 meses, reside en el Distrito Federal. Su apariencia física coincide con su edad cronológica, estudia 2º año de primaria. Su familia esta conformada por su madre que tiene 27 años y se dedica al hogar, su padre tiene 38 años y es mecánico automotriz, tiene una hermana de 6 años y un hermano de 4 años. Los padres viven juntos desde hace 7 años. El embarazo fue normal, el desarrollo temprano comenzó hace 6 meses con la aparición de vello púbico y crecimiento de los senos, su reacción fue de preocupación ya que su hija "esta chiquita", atribuye el desarrollo temprano a un desequilibrio hormonal, le preocupa los cambios de humor que pudiera tener "como si tuviera una adolescente pequeña". Tiene miedo a las repercusiones sociales y psicológicas, no ha hablado con su hija acerca de lo que le está sucediendo. Recurrió a la atención médica inmediatamente y no ha recibido ningún tratamiento.

Su aprovechamiento escolar es regular, tiene un promedio de 8 y la madre dice "no trabaja bien". Su conducta dentro de la escuela es buena, la relación con sus compañeros y maestros es buena. La madre considera que el rendimiento y capacidades de su hija son regulares. En el primer año de primaria presentó dislexia y la trataron. A raíz del desarrollo temprano su rendimiento escolar sigue igual, no tiene un círculo social fuera de la escuela, prefiere amistades del sexo femenino de edad igual a la suya, la relación con los adultos es buena. Comunica sus deseos adecuadamente y es capaz de expresar y manejar afectos de manera adecuada. Su carácter es descrito por la madre como voluble y voluntariosa. Antes de los 4 años de edad mostró curiosidad por el origen de los bebes y se explico. A los 6 años notó curiosidad de su hija por tocarse sus genitales y lo considero normal. Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija. Se le ha proporcionado información acerca de la sexualidad y no se le ha preparado para la menarca. La relación de pareja es descrita como buena, la relación entre hermanos es regular y en general la familia se comunica bien.

Su rendimiento intelectual se encuentra en lo esperado para su edad, obtuvo un C. I. total de 105. Se le facilita el calculo mental tiene habilidad para aplicar las capacidades de razonamiento en la solución de problemas aritméticos. Su concentración y atención son buenas. Se observa buena capacidad de planeación, buena capacidad de anticipación de los resultados que puede esperarse de diversos actos de conducta, así como habilidad para sintetizar las partes de un todo inteligible. Sin embargo, presenta dificultades en la coordinación visomotora y problemas perceptivos, los cuales pueden verse afectados por la ansiedad que podría hacer que disminuya su atención y concentración. También presenta dificultad para establecer relaciones entre dos o más objetos o conceptos. Su nivel de maduración esta de acuerdo a su edad. Emocionalmente presenta dificultad para conectarse con el mundo exterior y con los que le rodean, así como una tendencia al retraimiento.

En sus historias se hace una descripción de los roles paterno y materno con actividades relacionadas con la alimentación, donde los hijos son los que solucionan los problemas de los padres y se ve una sobre exigencia por parte de los adultos. Habla de la enfermedad, el incumplimiento de normas trae como consecuencia castigo y culpa, estos sentimientos también se relacionan con el daño físico. Se observó dificultad para la diferenciación sexual. Tiene fantasías acerca de la reproducción y el embarazo. Se observa la regresión como mecanismo de defensa. En general sus historias hacen hincapié en necesidades orales relacionadas con los alimentos.

ENTREVISTA

A partir del análisis cualitativo de los resultados de las entrevistas realizadas a las madres de las niñas fueron las siguientes:

- Respecto a la apariencia física de las niñas se encontró que:
La mayoría de las niñas un 66.6% presentaron una apariencia física de mayor edad a la cronológica, lo cual se observa principalmente por una altura mayor a su edad cronológica.

- La reacción de la madre ante la aparición del desarrollo temprano fue:
Un 60% de las madres expresó que reacciono con preocupación ante la aparición del desarrollo temprano en su hija.

- A que atribuyó la madre el desarrollo temprano:
La atribución más frecuente en un 40% que se le dio al desarrollo temprano fue a los medicamentos donde se incluyen: vacunas, vitaminas, hormonas.

- Preocupaciones acerca del desarrollo temprano:
Se encontraron diversas respuestas, donde la que predominó fue la preocupación por un desarrollo sexual temprano en un 46% que las niñas pudieran empezar a presentar.

- Fantasías y miedos acerca del desarrollo temprano:
Se puede observar que ante el desarrollo temprano de sus hijas, los miedos de las madres son diversos, el más mencionado se refirió a las repercusiones sociales y psicológicas, seguido de miedo por una posible enfermedad.

- Ha hablado la madre con su hija del desarrollo temprano:
Un 60% respondió que sí, lo que nos habla de que existe una tendencia de la madre a establecer el diálogo con sus hijas sobre lo que les está sucediendo, aquellas madres que mencionaron no tener una comunicación con sus hijas sobre el desarrollo temprano refirieron que las consideraban pequeñas para comprender.

- En que momento recurrió a la atención médica:
De acuerdo a lo mencionado por las madres el 80% recurrió a la atención médica inmediatamente.

- Tratamientos que ha recibido la niña:
El 60% de las niñas ha recibido tratamiento médico para detener el desarrollo temprano.

- Se le ha informado a la familia extensa del padecimiento de la niña:
En el 86% se le ha informado. Podemos observar que este padecimiento tiende a ser comunicado en la familia, donde también se busca el apoyo emocional.

- Su aprovechamiento escolar es:

En general las madres describen un buen aprovechamiento escolar en sus hijas (80%).

- Su conducta dentro de la escuela es:

En el 73% su conducta dentro de la escuela fue descrita como buena.

- La relación con sus compañeros es:

El 80% de las madres describió una buena relación de sus hijas con sus compañeros.

- La relación con los maestros es:

En el 93% la relación con los maestros fue descrita como buena.

- Opinión materna respecto al rendimiento y capacidades de su hija:

El 80% de las madres considero que son buenos.

- A raíz del desarrollo temprano ha cambiado el rendimiento escolar:

En el 66% de las niñas su rendimiento escolar sigue igual desde que comenzó el desarrollo temprano. Dos niñas manifestaron cambios en su conducta (una ahora es introvertida y otra rebelde)

- Preferencia de amistades del sexo:

En el 93% la preferencia de amistades fue del sexo femenino.

- Preferencia de amistades de edad:

La preferencia de edad de amigos en su mayoría fue de igual a su edad en un 66.6%, el resto menciono que de mayor edad a la suya.

- La relación con los adultos es:

La relación con los adultos fue descrita como buena en el 93%.

- La comunicación de deseos es:

La comunicación de deseos en la mayoría fue descrita como buena en el 86%.

- La expresión y manejo de afectos es:

La expresión y manejo de afectos en la mayoría fue descrita como buena en el 86%.

- Cómo describe la madre el carácter de su hija:

El carácter de las niñas fue descrito por la madre de forma muy variable; no se encontraron respuestas que nos indiquen que las están percibiendo de igual forma.

- **Cuándo presentó curiosidad por el origen de los bebés y qué se le respondió:**

Se observó que la edad en que las niñas manifestaron curiosidad por el origen de los bebés varía; sin embargo se observó que en la mayoría de las madres existe una tendencia a explicar el fenómeno.

- **A qué edad notó la madre curiosidad por tocarse sus genitales y qué actitud tomó:**

Las respuestas proporcionadas por las madres a cuándo notaron curiosidad de sus hijas por tocarse sus genitales varía; sin embargo, se observó que la mayoría de las madres lo considera normal.

- **Existe el manejo de la desnudez entre madre e hija:**

Todas las madres reportaron que existe el manejo de la desnudez entre ellas y sus hijas.

- **Se le ha proporcionado información sexual:**
Al 73% se le ha proporcionado información sexual a sus hijas.

- **Se le ha preparado para la menarca:**
Al 73% de las niñas se les ha preparado para la menarca.

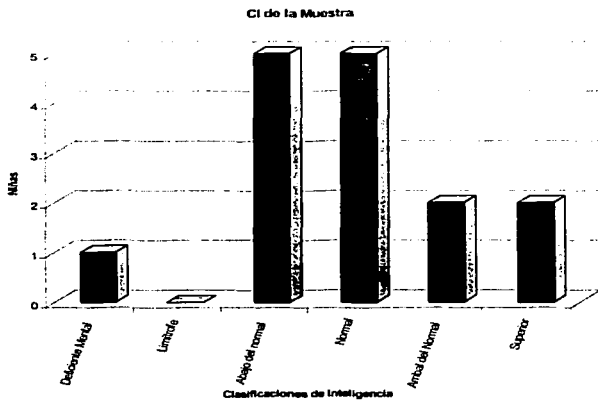
- **Cómo describen las madres la relación de pareja:**
El 66% de las madres reportaron una buena relación de pareja.

- **Cómo describen las madres la relación entre hermanos:**
La relación con los hermanos que predominó fue buena en un 58%.

- **La comunicación familiar es descrita por la madre como:**
En el 80% la comunicación familiar fue descrita como buena.

RESULTADOS DE LA PRUEBA WISC-R

- **Cociente Intelectual:** las clasificaciones más frecuentes en el grupo fueron normal en 33.3% y abajo del normal con un 33.3%.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- **Media Verbal y Ejecución:**

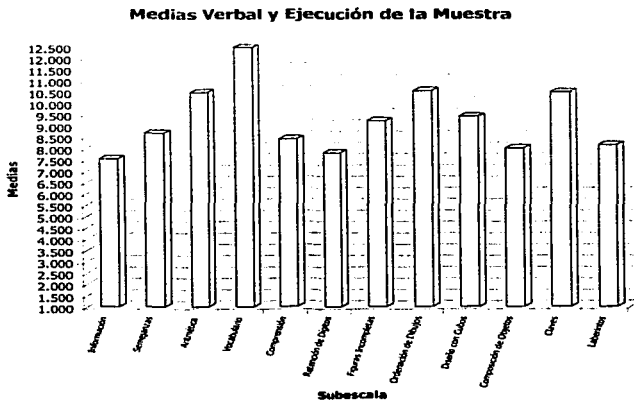
La media verbal más alta fue vocabulario seguida de aritmética. La más baja fue información seguida retención de dígitos.

ESCALA VERBAL	MEDIA
Información	7.533
Semejanzas	8.667
Aritmética	10.467
Vocabulario	12.467
Comprensión	8.400
Retención de dígitos	7.800
Total Verbal	9.507

Las medias de ejecución más altas encontradas como grupo fueron en las subpruebas de ordenación de dibujos y claves. Las más bajas fueron composición de objetos seguida de laberintos.

ESCALA EJECUCIÓN	MEDIA
Figuras incompletas	9.200
Ordenación de dibujos	10.533
Diseño con cubos	9.400
Composición de Objetos	8.000
Claves	10.467
Laberintos	8.133
Total Ejecución	9.533

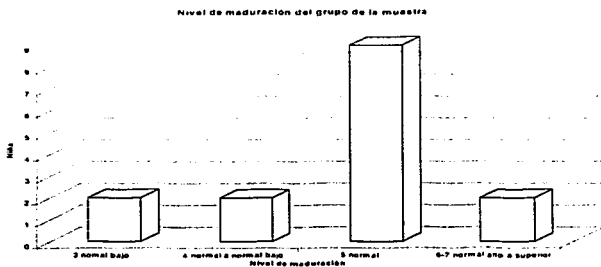
- Medias verbal y ejecución:



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL DFH DE KOPFITZ

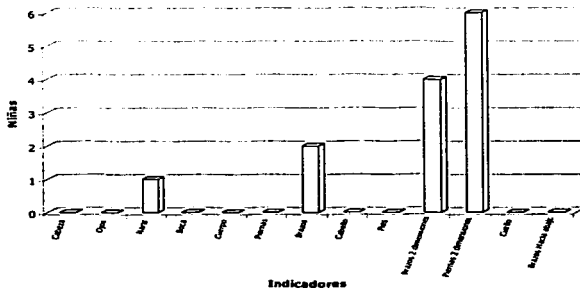
- **Nivel de maduración:** El más presentado fue normal en un 60%.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

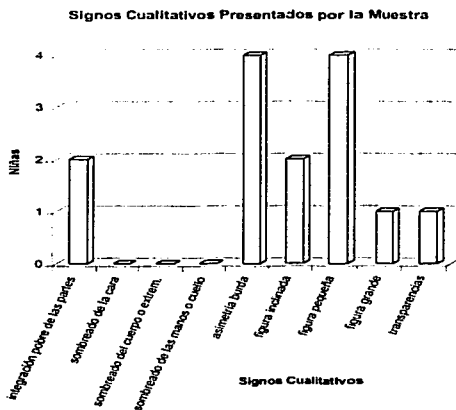
- **Indicadores de desarrollo (esperados y excepcionales):** Piernas 2 dimensiones fue el indicador de maduración menos presentado con un 40%, brazos 2 dimensiones fue el segundo con un 26.7%. Los indicadores excepcionales presentados fueron rodillas y codos, aunque no fueron significativos.

Indicadores de Desarrollo esperados no encontrados en la muestra



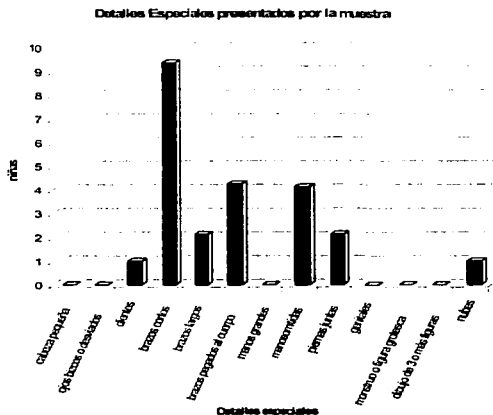
INDICADORES EMOCIONALES

- **Signos cualitativos:** Los más presentados fueron con un 26.7% asimetría burda de las extremidades y con un 26.7% figura pequeña.



UNO CON
FALLA DE ORIGEN

- **Detalles especiales:** El detalle especial más presentado fue brazos cortos con un 62.5%, seguido de brazos pegados al cuerpo y manos omitidas. Las omisiones presentadas fueron piernas y nariz, aunque no fue significativo.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TEMAS MÁS FRECUENTES PARA CADA UNA DE LAS LÁMINAS DEL CAT-S

Lámina 1	6 descripción de la lámina 3 niñas mencionaron una adecuada relación entre pares 3 niñas mencionaron de temor al daño físico
Lámina 2	6 descripción de la lámina 5 rivalidad entre pares 4 situación escolar adecuada
Lámina 3	7 fantasías de ser adulto 5 énfasis en elementos orales relacionados con la alimentación como forma de vínculo 5 elementos depresivos (de abandono, pérdida y cuidados, fantasías de muerte)
Lámina 4	8 necesidades de dependencia y cuidado 5 regresión
Lámina 5	10 temor al daño físico 4 autonomía e independencia versus temor al daño físico y peligro 4 sentimientos de incapacidad e inadecuación
Lámina 6	6 rivalidad y competencia entre pares 6 necesidades orales (de alimentación, dependencia, cuidados, cariño) 4 adecuada relación entre pares
Lámina 7	10 conflicto con la imagen corporal 3 necesidades orales (de alimentación, dependencia, cuidados, afecto) 3 fantasías de ser adulto y grande
Lámina 8	13 adecuada relación con el tratamiento médico 4 temor a la enfermedad 3 sentimientos de inadecuación en relación con la enfermedad
Lámina 9	11 relación con los hábitos de limpieza 3 percepción de falta de cuidados por parte de los padres (abandono y descuido) 3 conflicto con la imagen corporal respecto a mostrar y tapar el cuerpo
Lámina 10	8 omitieron el embarazo del personaje de la lámina 7 fantasías acerca del embarazo 5 dificultad para la diferenciación sexual del dibujo de la lámina

De acuerdo a los aspectos que cada lámina de la prueba CAT-S pretende identificar se observaron:

RELACIÓN CON LOS PARES

Se encontraron relatos de relación de rivalidad y competencia con los pares; sin embargo, también se presentaron los relatos donde se describe una adecuada relación.

RELACIÓN CON SU ENTORNO ESCOLAR:

Los temas que nos hicieron referencia a su entorno escolar nos hablan de la existencia de inadecuación en el ámbito escolar manifestados como: rivalidad y competencia, sentimientos de inadecuación, sobre exigencia escolar, necesidades de aprobación en la situación escolar

FANTASÍAS RESPECTO A SER ADULTO

Las fantasías respecto a ser adulto y grande se encontraron en los relatos, así como un interés en los roles de los adultos, en un caso se especificó este interés en relación a la sexualidad

DEPENDENCIA

La dependencia y aspectos relacionados con ella fuertemente marcados en las historias de las niñas, por lo que podemos decir que estas niñas establecen vínculos a través de la comida y la alimentación. Así mismo se observan necesidades orales que se relacionan principalmente con una necesidad de dependencia y cuidados por parte de los padres, así como una necesidad de ser protegido por ellos. Se observó la regresión presente en las historias. Necesidades orales (de alimentación, dependencia, cuidados, afecto, atención, de protección.)

IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA

Se encontraron temas que nos hablan de la existencia de conflictos en su imagen corporal relacionado con mostrar y tapar el cuerpo, así como necesidades de ocultamiento de su padecimiento. Así mismo se observó énfasis en el conocimiento del cuerpo. Respecto al autoconcepto se encontraron sentimientos de inadecuación con respecto a ser diferente, en relación a su imagen corporal, a su crecimiento y relacionados con una baja autoestima.

TEMORES RELACIONADOS CON SU PADECIMIENTO

Claramente fue observado el temor al daño físico y a la enfermedad en los relatos de las niñas; sin embargo, la percepción que se observó que las niñas tienen del médico es de una persona que ayuda y cura.

IDENTIFICACIÓN SEXUAL:

Se observó una inadecuada identificación sexual, considerando que los dibujos marcan claramente las diferencias entre niñas y niños y esto no siempre se presentó en los relatos.

IDEAS, FANTASÍAS Y TEMORES SOBRE EL ORIGEN DE LOS BEBÉS:

Las ideas, fantasías y temores sobre el origen de los bebés fueron en gran medida abordados en los temas de las niñas, donde se aprecian fantasías acerca del embarazo y un énfasis en elementos reproductivos y procreativos. Fue interesante observar una gran cantidad de omisiones en la lámina donde a parece una gata embarazada.

AGRESIÓN, CULPA Y CASTIGO

Se pudo observar una expresión de la agresión en los relatos de las láminas, así mismo se encontró temor al castigo y culpan por desobedecer.

ELEMENTOS DEPRESIVOS

En los relatos se representan elementos depresivos expresados como: fantasías de muerte, sentimientos de abandono, soledad, descuido, falta de cuidados y atención por parte de los padres.

RELACIÓN CON LA MADRE Y EL PADRE

Respecto al tipo de relación con la madre relatado en las láminas, se encontró un tipo de relación oral, simbiótica y ambivalente con ella, aunque los relatos no nos hablan de una conflictiva mayor con esta figura tampoco nos dicen que la relación sea adecuada. La relación con el padre en general no fue abordada por el grupo y sólo en dos casos se describió como una figura devaluada, castigadora y ambivalente.

RELACIÓN CON LOS PADRES

Respecto a la forma en que perciben a sus padres se encontró: como poco cuidadosos y protectores, que delegan sus responsabilidades a los hijos y ellos solucionan las necesidades de los padres.

CAPITULO 6: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como se pudo observar a través de la entrevista se exploraron áreas que tienen que ver con: el padecimiento, el ámbito escolar, de socialización, desarrollo sexual y las relaciones familiares. La interpretación de la entrevista se realizó a través de un análisis cualitativo. La interpretación de la prueba CAT-S se realizó con base en los temas esperados descritos para cada lámina, realizando la calificación a través de un análisis cualitativo, donde a través de una calificación interjueces fue posible analizar los diferentes tipos de respuestas y conocer más a fondo algunas características psicológicas que presentó el grupo.

De acuerdo a las respuestas proporcionadas en la entrevista se encontraron los siguientes datos, cabe mencionar que la mayoría de las respuestas son percepciones de la madre, ya que ningún dato fue proporcionado directamente por la niña.

Observamos que la mayoría de las niñas presentaron una apariencia física de mayor edad a la cronológica, lo cual se observa principalmente por una estatura mayor a la correspondiente a su edad cronológica.

En lo que se refiere al padecimiento: La reacción más frecuente reportada por las madres ante la aparición del desarrollo temprano en su hija fue de preocupación. La atribución más frecuente que se le dio al desarrollo temprano fue a los medicamentos donde se incluyen: vacunas, vitaminas, hormonas. Respecto a la preocupaciones acerca del desarrollo temprano de sus hijas se encontraron diversas respuestas, donde la que predominó fue la preocupación por un desarrollo sexual temprano que sus hijas pudieran empezar a presentar. Se puede observar que ante el desarrollo temprano de sus hijas, los miedos de las madres son diversos, el más mencionado se refiere a las repercusiones sociales y psicológicas, seguido de miedo por una posible enfermedad física. Existe una tendencia a establecer el dialogo con sus hijas sobre lo que les está sucediendo. La mayoría de las madres recurrió a la atención médica inmediatamente. El padecimiento tiende a ser comunicado en la familia, donde también se busca el apoyo emocional.

En el área escolar se encontró que: la conducta y aprovechamiento escolar en su mayoría fue descrito como bueno, así como la relación con sus compañeros y maestros. No se reportaron cambios en el rendimiento escolar a partir del comienzo del desarrollo temprano. Sólo 2 madres manifestaron haber notado en sus hijas cambios en su conducta (una ahora es introvertida y otra rebelde). La opinión materna respecto al rendimiento y capacidades de sus hijas fueron considerados en gran parte como buenos.

Socialmente la mayoría de las niñas prefirió amistades del sexo femenino, de edad igual a la suya. La relación con los adultos fue descrita como buena en casi todas las niñas. Se describió a la mayoría como capaces de comunicar adecuadamente deseos, así como de manejar y expresar afectos de forma

esperada. El carácter de las niñas fue descrito por la madre de forma muy variable.

En torno a la sexualidad, la edad en que las niñas manifestaron curiosidad por el origen de los bebés varía; sin embargo, se observó una tendencia de las madres a explicar aspectos relacionados con el embarazo y la procreación. La mayoría de las madres ha notado en sus hijas interés por sus genitales, aunque la edad de ocurrencia es variable; sin embargo, la mayoría de ellas lo considera normal. Todas las madres reportaron que existe el manejo de la desnudez entre ellas y sus hijas. A la mayoría de las niñas se le ha proporcionado información sexual y se les ha preparado para la menarca.

Las relaciones familiares se describieron de la siguiente manera: la relación de pareja en su mayoría fue descrita como buena, así como la relación entre hermanos y en general se manifestó que existe comunicación familiar.

WISC-R

Como grupo los cocientes intelectuales más frecuentes fueron: normal y normal bajo.

La media verbal más alta fue vocabulario, seguida de aritmética. Las más bajas fueron información seguida retención de dígitos. Las medias de ejecución más altas encontradas como grupo fueron en las subpruebas de ordenación de dibujos y claves. La más baja fue composición de objetos seguida de laberintos.

Las subpruebas más altas fueron vocabulario y ordenación de dibujos. Las subpruebas más bajas fueron composición de objetos y laberintos, seguidas de semejanzas.

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

El nivel de maduración más presentado fue normal y el indicador de maduración menos presentado fue piernas 2 dimensiones. Los indicadores excepcionales presentados fueron rodillas y codos, aunque no fueron significativos.

INDICADORES EMOCIONALES DE KOPPITZ

Los signos cualitativos más presentados fueron asimetría burda de las extremidades y figura pequeña, aunque no fueron significativos. El detalle especial más presentado fue brazos cortos, seguido de brazos pegados al cuerpo y manos omitidas. Las piernas y la nariz fueron las omisiones presentadas, aunque esto no fue significativo.

CAT-S

En las láminas 1 y 2, las niñas principalmente realizaron descripciones sin dar mayor información; en las láminas posteriores cada vez se presentaron menos descripciones en las láminas 8, 9 y 10 no se encontró que ninguna niña realizara sólo descripción de la lámina. Lo anterior pensamos puede relacionarse con el nivel de ansiedad de estar frente a alguien desconocido, así como que se necesitó de unos minutos para que la niña se familiarizara con la prueba. Tal vez sería conveniente la utilización de algunas láminas previas, que en este caso podrían a ver sido algunas del CAT-S, para que las niñas entendieran con claridad lo que se esperaba que hicieran.

De acuerdo a los temas esperados y los que más se presentaron por cada lámina se puede observar que existe una clara relación entre ambos, por lo que consideramos que la utilización de la prueba CAT-S, fue confiable respecto a lo que se pretendía encontrar en cada lámina.

A través de la prueba CAT-S nos fue posible apreciar en las niñas que presentan un desarrollo temprano, algunos indicadores que guardan estrecha relación con el padecimiento que están viviendo, entre los que se encuentran:

- Respecto a la relación con los pares se observó una tendencia a ser conflictiva (presencia de rivalidad y competencia).
- Conflictos en relación al ámbito escolar manifestados como: rivalidad y competencia, sentimientos de inadecuación, sobreexigencia escolar, necesidades de aprobación en la situación escolar.
- Presencia de fantasías respecto a ser adulto y grande, así como interés en los roles de los adultos, en un caso se especificó este interés en relación a la sexualidad.
- Aspectos que se relacionan con dependencia, una tendencia a establecer vínculos a través de la comida y la alimentación; necesidades orales que se relacionan principalmente con una necesidad de dependencia y cuidados por parte de los padres, así como una necesidad de ser protegido por ellos; regresión como principal mecanismo de defensa.
- La existencia de conflictos en la imagen corporal relacionados con mostrar y tapar el cuerpo, así como necesidades de ocultamiento de su padecimiento y la presencia de un énfasis en el conocimiento del cuerpo. Respecto al autoconcepto se encontraron sentimientos de inadecuación relativos a ser diferente en su imagen corporal, a su crecimiento y relacionados con una baja autoestima.
- Temor al daño físico y a la enfermedad; sin embargo, percepción del médico como persona que ayuda y cura.

- **Dificultades en la diferenciación sexual.**
- **Fantasías acerca del embarazo y énfasis en elementos reproductivos y procreativos.**
- **Expresión de agresión, temor al castigo y culpa por desobedecer.**
- **Elementos depresivos expresados en: fantasías de muerte, sentimientos de abandono, soledad, descuido, falta de cuidados y atención por parte de los padres.**
- **Relación con la madre principalmente de tipo oral, simbiótica y ambivalente. En la mayoría omisión de la figura paterna.**
- **Percepción de los padres como: poco cuidadosos y protectores, que delegan sus responsabilidades a los hijos.**

CAPITULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue identificar algunas características psicológicas en niñas que presentan un desarrollo temprano. Para lograr este objetivo se aplicaron pruebas psicológicas a un grupo de 15 niñas que presentaban un desarrollo temprano. Una prueba de inteligencia, una prueba proyectiva y una de desarrollo (ver instrumentos p. 46-53), a través de los cuales fue posible medir algunas características psicológicas de las sujetos en estudio; además se aplicó una entrevista estructurada a las madres.

En el ámbito de la psicología sólo se encontró una investigación previa en población mexicana respecto a la pubertad precoz, realizada por Selicoff en 1987 donde se pretendió determinar los efectos de la pubertad precoz sobre la personalidad de un grupo de 10 niñas que la padecían, encontrando dificultades para relacionarse con sus iguales, alteraciones en la imagen corporal, sentimientos de devaluación en su autoconcepto, así como de confusión en la identidad en términos de ser niña o mujer, reportando cambios emocionales a partir de la evolución puberal. Las áreas de mayor preocupación de los padres incluyeron miedo a una enfermedad orgánica y al abuso sexual por adultos o niños mayores.

Otras investigaciones encontradas en su mayoría estaban enfocadas al campo de la medicina entre las que se encuentran Guerrero (1991), Mora (1991), Kaplowitz y Oberfield (1999); se realizaron análisis de expedientes, estudio de incidencia, implicaciones en su evaluación, diagnóstico y tratamiento; así como la reevaluación de la edad límite para definir cuando una pubertad es precoz.

Consideramos importante mencionar cuales son los tipos de conflictos que presentan las niñas, en relación a cada área mencionada con anterioridad, relatados por las madres en la entrevista. En lo referente al desarrollo temprano que presentan las niñas, la reacción más frecuente de la madre ante su aparición fue de preocupación, lo cual concuerda con Blondell y cols. (1999) quienes señalan la presencia de ansiedad en padres y paciente cuando existe un desarrollo temprano.

En este estudio se encontró que el padecimiento se atribuye con mayor frecuencia a medicamentos (vacunas, vitaminas, hormonas) y a las madres les preocupa principalmente que puedan empezar a presentar un desarrollo sexual temprano y tienen miedo a las repercusiones sociales y psicológicas, lo que coincide con lo dicho por Herman- Giddens y cols. (citado en Elders y Scott, 1997) que mencionan que la aparición de los caracteres secundarios, tiene una influencia en la percepción de la gente, lo que se asocia con una madurez sexual y social. Selicoff (1987) también concuerda con lo anterior ya que ella encontró preocupación de los padres de que sus hijas puedan sufrir abuso de parte de los adultos o niños mayores y miedo a que el desarrollo temprano sea producto de una enfermedad orgánica.

Es interesante observar una gran cantidad de preocupación y miedos en relación al desarrollo temprano, relatados por la madre en la entrevista, pareciera ser que no han recibido información suficiente que les deje claro en que consiste el padecimiento de sus hijas, atribuyendo el padecimiento a diversos factores; consideramos que gran cantidad de la ansiedad que las madres presentan, se relaciona con no conocer el origen preciso de este adelanto en el desarrollo; los médicos hasta el momento no tienen una respuesta al porqué de este adelanto y se considera que podría deberse a factores: ambientales, nutricionales, administración de medicamentos, herencia o tal vez a la tendencia secular, la cual describe Tanner en diversas publicaciones (1966, 1975 y 1982) (citado en Aguirre (1996) como el fenómeno que durante los últimos cien años se ha venido presentando en la mayor parte de los países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo; observándose que los niños son más altos y crecen y maduran más rápidamente.

Respecto a la forma en que las madres describieron el carácter de sus hijas se apreciaron una gran diversidad de respuestas, en algunos casos reportaron cambios emocionales, tales como que ahora son más: introvertidas, rebeldes y coquetas. En este estudio encontramos que algunas madres han notado cambios emocionales parecidos a los expuestos por Money y Walker (1971), Selicoff (1987), Kaplowitz y Oberfield (1999) quienes reportan cambios emocionales a partir de la evolución puberal tales como: irritabilidad, enojo, llanto, gritos excesivos, depresión, retraimiento, agresividad y malhumor, preferir estar solas, entre otros.

A pesar de que fueron pocas las madres que relataron haber notado cambios y reacciones emocionales en sus hijas a raíz de la pubertad precoz, en las niñas se observaron una gran cantidad de elementos depresivos (expresados como fantasías de muerte, sentimientos de abandono, soledad, descuido, falta de cuidados y atención por parte de los padres; además de expresiones de agresión, temores en relación al castigo y culpa por desobedecer), los cuales nos podrían hablar de que existe depresión en las niñas; no necesariamente se encuentran relacionados con el desarrollo temprano, sino también con el ambiente familiar y social que las rodea. Referente a lo anterior, Anke y cols. (1984) consideran que los problemas psicológicos presentados en el desarrollo temprano están asociados al estrés y concluyen que estas niñas presentan una disposición a la depresión así como a los cambios de humor en el futuro.

Existe al parecer en las madres una tendencia a establecer el diálogo con sus hijas sobre lo que les está sucediendo, y en aquellas que no fue así refirieron que las consideraban pequeñas para comprender. La mayoría recurrió a la atención médica inmediatamente. El padecimiento tiende a ser comunicado en la familia nuclear y extensa, donde también se buscan redes de apoyo. Las niñas abordan recurrentemente el temor que sienten a sufrir un daño físico y a la enfermedad; y su percepción del médico es positiva de una persona que ayuda y cura.

En el área escolar en general las madres describen un buen aprovechamiento escolar y conducta dentro de la escuela, así como una buena relación con los maestros; sin embargo, en los relatos de las niñas en el CAT-S describen conflictos en el ámbito escolar que se manifiesta a través de: rivalidad y competencia con compañeros, sentimientos de inadecuación, sobre exigencia escolar y necesidades de aprobación. De lo anterior se puede concluir que la percepción de la madre difiere con lo expuesto por sus hijas, donde las niñas podrían estar presentando conflictos en relación con su medio social y personal, sin que esto repercuta necesariamente en su aprovechamiento y rendimiento escolar.

Referente a las relaciones con los pares se apreciaron algunos conflictos, así como adecuadas relaciones en igual proporción; por lo que consideramos no se puede concluir que en general la relación con los pares sea conflictiva; como lo expone Selicoff (1987) quien menciona que las niñas que presentan una pubertad precoz tienen dificultades para relacionarse con sus iguales e incapacidad de hacer amigos; sin embargo, tampoco se puede decir que todas las niñas de esta investigación tenían adecuadas relaciones con sus pares.

En el área de socialización se encontró que la preferencia en amistades fue del sexo femenino, como lo menciona Money y Walker (1971). En este estudio la mayoría prefirieron amigos de edad igual a la suya, contrario a lo expresado por Anke y cols. (1984) y Money y Walker (1971), donde la preferencia de amigos estaba más en relación con su apariencia física que con su edad cronológica, lo que en este estudio no se encontró.

La relación con los adultos fue descrita como buena, así como la comunicación de deseos y la expresión y manejo de afectos. En general la relación familiar tanto la de pareja como filial fue descrita como buena, a diferencia de lo expresado en los relatos de algunas niñas se apreciaron relaciones de tipo oral, simbióticas y ambivalentes con la madre; la relación con el padre en general no fue abordada por el grupo y en algunos casos se hizo referencia a padres poco cuidadosos y protectores, quienes delegan responsabilidades a sus hijos. Con respecto a las dinámicas familiares observadas y relatadas por la madre en la entrevista y la niña en sus relatos, podemos inferir que pueden existir problemáticas tales como: ausencia de uno de los padres, inadecuada relación entre ellos y problemas económicos; lo cual podría llevar a que la madre, en la mayoría de los casos es la que proporciona los cuidados a los hijos no esté emocionalmente estable y como lo expresan Ellis B. y Garber J. (2000) la influencia ambiental del estrés familiar causado por depresión materna en el momento de la pubertad; puede ser causa de una pubertad temprana en sus hijas, consideramos importante considerar esto en futuras investigaciones.

Respecto al desarrollo sexual, las madres mencionaron que se han encontrado con intereses y curiosidad por el origen de los bebés en sus hijas y que ellas tienden a explicar el fenómeno; también reportan curiosidad en las niñas por explorar sus genitales, lo que ellas aparentemente consideran normal; de igual

forma las niñas abordaron temas donde se aprecian fantasías acerca del embarazo y énfasis en elementos reproductivos y procreativos. Lo anterior coincide con lo expuesto por Money y Walker (1971) quienes encontraron los intereses maternos fuertemente representados, los que se observaron más a nivel de fantasía que realidad y donde es raro que la pubertad precoz lleve a una maternidad temprana.

La dependencia y aspectos relacionados con la misma se encontraron muy marcados en las historias de las niñas, se puede decir que estas niñas establecen vínculos a través de la comida y la alimentación; las necesidades orales se relacionan principalmente con necesidades de dependencia, protección y cuidados por parte de los padres. Es importante mencionar en las niñas la presencia de regresión como una forma de protección, lo que hace pensar que podría ser el mecanismo de defensa más utilizado por ellas para enfrentar la ansiedad que les genera la presencia del desarrollo temprano, ya que como menciona Anna Freud (1948) la regresión es un mecanismo de defensa que el niño utiliza en momentos difíciles para él, donde es frecuente que muestre comportamientos propios de una edad anterior, en un intento por recordar su antigua seguridad. De acuerdo a la edad que presentaban las niñas de esta investigación se esperaría que estuvieran en el período de latencia descrito por Freud, y no presentarían la gran cantidad de elementos orales y regresivos que nosotras observamos.

Las fantasías respecto a ser adulto y grande, así como el interés en roles adultos, se presentaron fuertemente en las niñas; pero también se aprecian dificultades en la diferenciación sexual de estos roles.

Todas las madres reportaron que no representa un problema el manejo de la desnudez entre ellas y sus hijas. Se observó una tendencia mayor a proporcionar información sexual a sus hijas, debido a su padecimiento y a la mayoría se les ha preparado para la menarca. Lo anterior concuerda con lo dicho por Money y Walker (1971) quienes no encontraron que la precocidad física afectara los juegos sexuales y la masturbación, concordamos con ellos en que la curiosidad sexual en estas niñas concuerda con la edad de las niñas independientemente de si llegan a tener una apariencia precoz.

En el grupo solo una niña ya presentaba menstruación; no obstante esta cuestión no fue abordada a profundidad; sin embargo, consideramos importante que se les brinde información al respecto ya que la presencia de la menarca sin información podría representar vivencias desagradables en torno a ella, tal como lo mencionan Rierdan, Koff y Flaherty (1986) Ruble y Brooks- Gunn, (1982), Elders y Scott. (1997), M. Jones (1958); Livson y Peskin (1980); Ruble y Brooks-Gunn (1982), (citado en Papalia y Wendkos Olds, 1999).

Los indicadores emocionales encontrados en el DFH sugieren la presencia de sentimientos de inseguridad y baja autoestima, así como dificultad para relacionarse con los que la rodean, lo cual también puede indicar tendencia al retraimiento, su control interno podría ser rígido, existe preocupación e

inadecuación en relación con las personas. De igual forma las niñas relataron la existencia de conflictos con su imagen corporal relacionados con mostrar y tapar el cuerpo, necesidades de ocultar su padecimiento y énfasis marcado en el conocimiento del cuerpo. Respecto a su autoconcepto se hallaron sentimientos de inadecuación con respecto a ser diferente, en relación con su imagen corporal producto de su desarrollo temprano y baja autoestima. Las alteraciones en la imagen corporal y autoestima halladas tanto en el DFH y el CAT-S concuerdan con lo expuesto por Selicoff (1987) quien observó alteraciones en la imagen corporal, tales como desagrado por su apariencia, confusión y devaluación corporal; sentimientos de devaluación respecto a su autoconcepto. De igual manera Money y Walker (1971) reportaron resultados similares, en el cual la mitad de su grupo no estaba de acuerdo con su apariencia física, ya que el desarrollo sexual temprano y crecimiento avanzado creó problemas en las relaciones de la niñez a la mayoría. Así mismo Alsaker (1992); Simmons, Blyth, Van Cleave y Bus (1979) (citado en Papalia y Wendkos Olds, 1999), sugieren que las chicas que maduran pronto son más propensas a tener una imagen deficiente de su cuerpo y una autoestima más baja. Las dificultades que presentan las niñas con un desarrollo temprano en su imagen corporal encontradas por Kaplowitz y Oberfield (1999) están relacionadas con la estatura mayor que presentan, que hace que se vivan como adultos pequeños.

En esta investigación se encontraron alteraciones en la imagen corporal y la autoestima que se confirma con otras investigaciones; sin embargo, hay autores que consideran otro punto de vista diferente, tal como por Anke y cols. (1984) quienes encontraron pocas diferencias en la imagen corporal respecto a sí mismas, apreciando sólo algunas dificultades en áreas de conducta y enfermedades psicosomáticas asociadas a la menstruación.

Los resultados obtenidos en la prueba de inteligencia WISC-R se analizaron por medio de la estadística descriptiva, comparando las medias de los puntajes totales obtenidos en las subpruebas.

Respecto a los cocientes intelectuales obtenidos por estas niñas en la mayoría fueron normal y normal bajo en la prueba WISC-R y en el DFH el nivel de maduración correspondiente fue normal, lo cual concuerda con lo dicho por Money y Walker (1971) y Selicoff (1987), quienes reportaron que el cociente intelectual es independiente de la precocidad sexual, correspondiendo su desarrollo intelectual a la edad cronológica.

En la prueba WISC-R no se encontraron diferencias entre la media verbal (9.507) y la de ejecución (9.533), lo cual nos lleva a considerar que no hay diferencias respecto al rendimiento entre la parte verbal y ejecutiva, a diferencia de lo expuesto por Heino y cols (1985) que concluyeron que la pubertad precoz idiopática se asocia a una baja habilidad espacial más no verbal y lo planteado por Money y Walker (1971) de que las diferencias observadas en su investigación entre la parte ejecutiva y la verbal, pueden deberse a la aceleración de la interacción y las experiencias sociales.

La subprueba que obtuvo la media más alta fue vocabulario, lo que nos habla de que estas niñas en su mayoría contaban con una buena dotación natural y comprensión verbal, un buen desarrollo del lenguaje, es posible que en la mayoría su ambiente familiar y social ha estimulado y propiciado las habilidades verbales; existe adecuada habilidad para formar conceptos, así como esfuerzo intelectual. La subprueba que obtuvo la media más baja de toda la prueba fue información, lo cual se asocia con rango de información deficiente, memoria deficiente, hostilidad hacia una tarea de tipo escolar, baja motivación hacia el logro, tendencia a renunciar fácilmente a tareas intelectuales o ambas; el bajo desempeño en esta subprueba pudo deberse a que es la primera que se aplica y probablemente en las niñas existía ansiedad a una tarea desconocida, así mismo el WISC-R fue la primera prueba en ser aplicada por lo que en algunos casos pudo no existir un total establecimiento del rapport.

Intragrupa la subprueba más alta fue vocabulario y ordenación de dibujos que se relaciona con una buena capacidad de planeación y para anticipar de manera significativa resultados que pueden esperarse de diversos actos de conducta, atención hacia los detalles, previsión, procesos secuenciales de pensamiento o habilidad para sintetizar las partes en un todo inteligible.

Intragrupa la subprueba más baja fue de composición de objetos, lo cual indica la posible existencia de dificultades visomotoras, problemas perceptivos, capacidad de planeación deficiente; dificultad para percibir un todo, experiencia mínima en tareas de construcción, interés limitado en tareas de ensamble, persistencia limitada o ambas. La ansiedad y la impulsividad pudieron haber influido en este bajo rendimiento. La subprueba de laberintos también se encontró baja, lo cual indica organización visomotora deficiente, ineficacia en la planeación y dificultad para aplazar la acción. Los datos anteriormente mencionados indican la presencia de dificultades en la coordinación visomotora.

Se puede concluir que el cociente intelectual de las niñas es independiente del desarrollo temprano, correspondiendo su desarrollo intelectual a la edad cronológica. Así mismo existe un gran impacto más en relación con la madre y la familia que en la misma niña, por lo que sería importante que a la madre se le explique claramente lo que involucra el padecimiento y resolver todas sus preguntas para evitar una concepción errónea del mismo, de igual forma pensamos que tanto las madres como las niñas podrían beneficiarse de una asesoría psicológica donde puedan hablar de sus miedos, fantasías y expectativas ya que esto ayudaría a evitar conflictos posteriores.

Limitaciones y Sugerencias

Respecto a las limitantes encontradas en este estudio, en primer lugar estuvo el conseguir la muestra, ya que a pesar de que Ajuria (1999) menciona un incremento en el número de pacientes que acuden a la "Clínica de maduración sexual" del departamento de Endocrinología del Hospital Infantil de México por presentar un desarrollo temprano, los criterios fijados en esta investigación (edad, que no presentaran otra enfermedad asociada al desarrollo temprano, etc.) limitaban la muestra, así como el que los instrumentos empleados requerían un mínimo de dos sesiones de dos horas cada una y no todas las familias estuvieron dispuestas a aceptar, también hay que considerar que algunas pacientes eran foráneas y no disponían de tiempo para participar. Como no era un estudio de casos propiamente, la entrevista realizada fue muy estructurada observando al final en la integración que una entrevista abierta nos hubiera permitido conocer más ampliamente aspectos relacionados con el padecimiento. Por lo que se sugiere que para posteriores investigaciones sería interesante hacer estudios de caso a profundidad con niñas que presentan el padecimiento lo cual permitiría tener un mejor conocimiento de aspectos que en esta investigación no fue posible observar, ya que la madre fue quien proporcionó toda la información en la entrevista. Sería interesante ver como se desenvuelven las niñas a través de la terapia de juego y de entrevistas con ellas. Así mismo un estudio longitudinal nos permitiría observar su desarrollo posterior y si el desarrollo temprano se relaciona con problemas en un futuro.

Recomendamos para futuras investigaciones realizar estudios con otro tipo de pruebas para explorar otras áreas que también pudieran verse afectadas, tales como el autoconcepto, la imagen corporal, el área intelectual, así como para corroborar los datos obtenidos ya que como se han mencionado los estudios encontrados relacionados con el tema de estudio son pocos. Consideramos importante realizar investigaciones sobre la influencia de la perspectiva de género, donde se aborden las relaciones de las niñas en función de su género y del contrario, así como la influencia que marca la sociedad (familia, padres, hermanos, maestros, compañeros de escuela, amigos) en torno al desarrollo sexual.

ANEXO

ANEXO 1 (CAT-S)

Descripción de las láminas CAT-S y posibles interpretaciones (citado en Bellak y Sorel, 1979, p. 9-11)

Lámina 1: Muestra cuatro ratoncitos en un tobogán. Uno está deslizándose, otro está por deslizarse y los dos restantes están subiendo los peldaños. Los número uno y tres sugieren varones; el dos y el cuatro sugieren niñas (faldas, cintas en el pelo). Permite la expresión de temores frente a la actividad física y a: daño físico y problemas en las actividades sociales (juego) con los demás niños en general y con el sexo opuesto en especial.

Lámina 2: Una situación escolar con tres monitos, dos sentados en típicos pupitres de escuela y uno de pie con un libro en la mano; uno de los monitos sentados se agarra la cola. Este dibujo se presta a la proyección de problemas con el maestro, con los compañeros de la escuela y con otras situaciones escolares. El mono que sostiene su cola en la mano puede dar lugar a historias referidas a la masturbación.

Lámina 3: Muestra niños "jugando a la casita". Papá ratón, con anteojos demasiado grandes para él y que evidentemente pertenecen a un adulto, está recibiendo una bebida de mamá ratón; los rodean juguetes dispersos y un muñeco bebé en su cochecito. El relato es con respecto a las fantasías e identificaciones con los adultos, hacer lo que a ellos les parece deseable y posiblemente prohibido. Las relaciones captadas e imaginadas en la familia serán descritas con claridad. También es más probable que sugiera una ansiosa fantasía que datos biográficos.

Lámina 4: Un oso grande está sentado acurrucado, sosteniendo en su regazo y entre los brazos a un osito. Este dibujo puede promover temas relacionados con deseos de naturaleza oral, sentimientos de rivalidad con los hermanos menores, tendencias regresivas, etc. También puede arrojar luz sobre el conflicto que se plantea entre mantenerse (y desear ser) dependiente e independiente, así como la relación general con los padres.

Lámina 5: Muestra un canguro con muletas y con un pie y la cola vendados. Da lugar a historias de temores a daños físicos y castración. Puede originar sentimientos sobre un impedimento físico o un sentimiento de incapacidad general, así como revelarnos algo respecto de la imagen corporal del sujeto.

Lámina 6: Un grupo de cuatro zorros, dos machos y dos hembras, corren con la meta a la vista y uno de los machos es el que está más cerca. Se aborda la rivalidad con los hermanos, compañeros de juego y los sentimientos que la acompañan, así como las ideas de éxito o fracaso.

Lámina 7: Un gato está delante de un espejo mirando su imagen. Esta lámina podría suscitar ideas de la imagen corporal, la cola puede tener, en especial, un significado fálico en la lámina, así como sus ideas sobre las diferencias sexuales, el exhibicionismo, etc.

Lámina 8: Un doctor conejo está examinando a un conejito con un estetoscopio; algunos frascos de medicamentos quedan a la vista en el fondo. Aquí pueden contarnos historias de temores y traumas relacionados con enfermedades físicas, operaciones, médicos y

hospitales. También podemos obtener detalles biográficos o fantasiosos acerca de la enfermedad de un miembro de la familia.

Lámina 9: Un ciervo adulto está duchándose medio oculto por una cortina de baño. Un ciervito está mirando a la figura más grande. Un aparato para enemas cuelga de la pared. Se espera saber más acerca de las ideas del niño sobre las diferencias sexuales, la desnudez, el voyeurismo, las costumbres familiares en los hábitos del baño; si el niño está o no hiper estimulado, y prácticas de masturbación en relación con esta escena.

Lámina 10: Una gata claramente embarazada, erguida, con un gran vientre y el delantal caído. Está ideada para sacar a relucir las ideas sobre el origen de los bebés, y las fantasías y temores al respecto.

TEMAS RELATADOS POR LA MUESTRA

PACIENTE 1

Lámina 1: Había una vez unos lobitos que les gustaba mucho ir al parque y subirse a la resbaladilla, y su mamá una vez los dejó encargados en el parque y la señora con la que los dejó encargados se fue y los dejó solos, y los lobitos siguieron jugando y jugando hasta que se hizo de noche, y los lobitos se pusieron a llorar y llorara hasta que su mamá llegó y ya la mamá nunca los dejó solos, se los lleva a la escuela, llegaban y su maestra no estaba, ellos llegaban y se ponían a leer y ya que llegaba la maestra los ponía a leer y tocaran para que salieran al recreo y ellos no quisieron, se quedaron a leer y cuando regresaron los demás alumnos ellos siguieron y siguieron leyendo, hasta que tocaron la campana para que se fueran a sus casas y dijo el maestro que de tarea se pusieran a leer la página 58 y 59 y ellos en vez de leer eso leyeron de la 50 a la 60 y cuando hicieron examen ellos sacaron primer lugar de su clase y su mamá estuvo muy contenta por ellos.

Lámina 2: Era una vez unos changuitos que iban a la escuela, llegaban y su maestra no estaba, ellos llegaban y se ponían a leer y ya que llegaba la maestra los ponía a leer y tocaran para que salieran al recreo y ellos no quisieron, se quedaron a leer y cuando regresaron los demás alumnos ellos siguieron y siguieron leyendo, hasta que tocaron la campana para que se fueran a sus casas y dijo el maestro que de tarea se pusieran a leer la página 58 y 59 y ellos en vez de leer eso leyeron de la 50 a la 60 y cuando hicieron examen ellos sacaron primer lugar de su clase y su mamá estuvo muy contenta por ellos.

Lámina 3: Era una vez una familia que todas las noches tomaba café y tenían muchos muchos juguetes por que ellos querían tener un hijo, un día la cigüeña les dio un hijo ratón y ellos tuvieron con quien tomar el té, con quien jugar, el niño creció y creció y se caso, tuvo hijos, tuvo nietos y hacia lo mismo que su papá tomaba todas las noches café y quería mucho, mucho a sus hijos y vivieron felices por siempre.

Lámina 4: Había una vez una osa que tenía un hijito y ella todas las noches lo arrullaba, cuando se levantaba le daba de comer y su mamá lo quería mucho, mucho, mucho, y el niño, el osito también la quería mucho y un día la osa tuvo otro hijo y su primer hijo creció, creció, creció y también el segundo; cuando sus ositos tuvieron ositos quisieron mucho a sus hijos como los quiso su mamá y por eso ahora ellos también los quiere.

Lámina 5: Había una vez un cangurito que le gustaba mucho brincar y un día brinco tan tan alto que se cayó, se golpeo su cola y su pata, ya no pudo jamás saltar y una vez un cangurito su mamá canguro lo ayudo y el pudo brincar todo lo que quiso, hasta que creció y creció y tuvo hijitos y los quiso mucho mucho y ya no volvió a brincar tanto.

Lámina 6: Una vez unos lobos se fueron a jugar en el parque y su mamá les dijo que se fueran con ropa y ellos dijeron no queremos ropa y su mamá les dijo entonces un short o un vestido y ellos dijeron esta bien y se fueron a jugar tanto que cuando llegaron a su casa lo único que hicieron fue dormir, dormir y dormir.

Lámina 7: Había una vez un gato muy muy presumido que lo único que quería era tener un espejo y nunca lo podía tener, hasta que un día mintió y se hizo un gato que no tenía casa y en una casa muy muy rica que tenía muchos espejos él cada noche se veía en los espejos y decía que gracias por haberle dado todo eso (muchos, muchos espejos). Hasta que un día se dieron cuenta que era una falsa equivocación ¿quienes? los dueños de la casa y corrieron al gato que lo único que hizo fue a una casa donde no había espejos y lo único que hizo fue resignarse y una vez se dieron cuenta que el gato lo único que quería era un espejo, se lo compraron y el gato vivió muy feliz ¿quién se lo compro? Los dueños de la casa nuevos.

Lámina 8: Una vez un ratoncito estaba muy enfermo porque se había mojado y su mamá no sabía que hacer y ya le había dado muchas cosas (curado con hiervas) y ella se dio cuenta que tenía una amiga que conocía a un doctor y le llamo y ella le hablo al doctor, hasta que el doctor vino y su hijo ya estuvo muy bien, se pudo mojar y nunca se enfermaba.

Lámina 9: Una vez una jirafa tenía un hijo y se metieron a bañar y se bañaron tanto tanto que se acabaron su agua por que ellos eran muy limpios y se acabaron el agua, al venado se le ocurrió ir al río para traer agua y hacer quehacer y cuando el venado llevo muy

cansado se metió a bañar y el venadito vio que se estaba bañando con el agua de la regadera su mamá y nunca se les volvió a acabar el agua.

Lámina 10: De esta no se nada, había una vez una gata muy panzona que no le quedaba el mandil y la gata no se dio cuenta de que estaba embarazada, hasta que fue con un doctor y el doctor le dijo que estaba embarazada y ella les estaba enseñando a todas sus amigas y amigos que estaba embarazada y ellos no, ellos ni la pelaban, ni le hacían caso, ya cuando tuvo a su bebé lo cuidó mucho y a todos les presumía a su bebé y todos también tuvieron hijos.

PACIENTE 2

Lámina 1: Unos gatos se subían en la resbaladilla

Lámina 2: Unos changuitos se sentaban en la silla y uno leía un cuento, el cuento era de puros changuitos, uno veía la ventana, uno el sol, uno girasoles.

Lámina 3: Unos ratones tomando café, la mamá le echaba a la taza del ratón, un bebé les estaba viendo.

Lámina 4: Un oso tenía un osito cargando y el osito esta durmiendo y el papá sentado durmiendo.

Lámina 5: Un canguro se lastimó su pie y su cola, ¿por qué? Por caerse ya que choco con una piedra.

Lámina 6: Los lobos iban corriendo por que iban a buscar comida en el bosque.

Lámina 7: Un gato se veía en el espejo, porque quería comer a un ratón y se lo comió.

Lámina 8: Un conejo cuidaba a un conejito porque se iba a salir al bosque. Un día el conejo se salió y se fue y el conejito se salió y se lo comió un lobo al conejito.

Lámina 9: Un canguro bañándose y un canguro bañándose los zapatos y estaba viendo al canguro que estaba bañando, se acabo el agua y ya no hubo.

Lámina 10: Un gato poniéndose una falda porque iba a salir de viaje al bosque y se puso un collar.

PACIENTE 3

Lámina 1: Había también unos lobitos que se estaban echando en la resbaladilla y se amontonaban mucho y se enojaban por que no avanzaban, se hecho el lobo y estaban avanzando poco a poquito, la historia termina en que avanzaron y ya les tocaba.

Lámina 2: Había una vez unos changos que estaban en la escuela, bueno estaban jugando, sentados y un chango estaba parado leyendo una lectura y los demás escuchándolos y estaban sentados, salieron al recreo.

Lámina 3: Ahh. Son ratoncitos, uno era el papá y la mamá y un bebé, la mamá estaba sirviendo la comida, café, y estaba comiendo y el niño estaba en la carreola viéndolos como comían, el final es que estaba una pelota y dos dados para el niño y terminaron de comer y se fueron a bañar y descansar.

Lámina 4: Ahh. Un osito panda, había una vez un osito panda que estaba cargando a su bebé y estaba sentado arrullándolo, y el bebito ya se estaba durmiendo, lo final, después el bebé cuando estaba en los brazos de su mamá se empezó a dormir y ya fin.

Lámina 5: Había una vez un canguro que se había torcido el pie, lastimado y estaba en sus muletas caminando, también se lastimó su cola y estaba caminando por ahí, termina en que andaba con sus muletas por que le dolía el pie.

Lámina 6: Ahh. Otra vez estos lobitos, había una vez cuatro lobitos que andaban en el jardín corriendo, estaban corriendo y jugando y corrian por el pasto, estaba corriendo por el pasto muy felices.

Lámina 7: Había una vez un gato que se estaba viendo en el espejo, estaba parado y viéndose cómo estaba, cómo era y se veía cómo era grande, cómo tenía su cara, cómo

tenía sus pies y cómo tenía sus manos. Ahh. Y cómo tenía sus bigotes; pensaba que cómo era tan grande, cómo tenía su colita chica, cómo tenía sus manos y cómo tenía su cara y cómo tenía sus bigotes. Al final cómo estaba tan alto cómo era su espejo y fin.

Lámina 8: Había una vez dos conejitos que el doctor estaba revisando, al conejito lo estaba revisando de su corazón y el conejo (revisado) estaba sentado y el doctor le estaba oyendo su corazón se oía. Al final el doctor le manda una medicina para que se recuperara y no se volviera a enfermar, estaba enfermo de su corazón.

Lámina 9: Ahh. Había una vez dos canguros, que su mamá del canguro se metió a bañar, bueno eran jirafas (se ríe) que se metió y ya se estaba bañando y tallando y que su hijo ya había salido de bañarse, se sentó a ponerse sus zapatos y su mamá jirafa ya había salido también de bañarse.

Lámina 10: Había una vez una gatita que estaba muy pero muy gordita y que se puso un babero y estaba alzada de puntitas y tocándose el collar con su mano, y que se estaba estirándose. Lo final es que estaba alta y dijo estoy muy alta que estaba muy gordita.

PACIENTE 4

Lámina 1: Las gatas suben y bajan, suben.

Lámina 2: Escuela, estudiar, leer, esta dando respuesta, ahí se para.

Lámina 3: Té, café, tu abuelo, Chucho malo, va al doctor.

Lámina 4: Tiene bebé, tomado chichi.

Lámina 5: Lastimó pata, se cayó, va al doctor.

Lámina 6: Jugar lobo, corre

Lámina 7: Se ve un espejo, viendo un gato, pica su pata pe pichi ropa.

Lámina 8: Pe doctor, viendo aquí (señala corazón), malo conejito (de la mamá), se cura

Lámina 9: Esta viendo a su mamá, se echo agua mamá

Lámina 10: Tiene bebé mamá, come fue al doctor tiene dos niñas, mi mamá tiene niñas.

PACIENTE 5

Lámina 1: Había una vez unos lobos que se fueron al parque y todos se quisieron ir a la resbaladilla, los cuatro, el primero se echo y se volvió a formar, el segundo se echo y se formo atrás del que se había echado de la resbaladilla, el tercero se echo y se formo atrás. El cuarto subió las escaleras y se echo de la resbaladilla, luego se fueron a otro juego, termina en que los cuatro se fueron a su casa.

Lámina 2: Había una vez tres changuitos que fueron a su escuela, uno se llamaba Jorge, el otro Ricardo y el otro Axel, la maestra le dijo a Jorge que le leyera una página de lo que estaba leyendo, Jorge se paro y empezó a leer la página que iba a leer, termina en que salen a recreo.

Lámina 3: Ahh! Había dos ratoncitos, una se llamaba Graciela y el otro Antonio y Graciela le pregunta a Antonio que si quería jugar y Toño acepto y jugaron a la mamá y al papá con los juguetes que tenía Graciela, a un muñeco lo pusieron en la carreola mientras ellos tomaban una taza de té y Graciela dejo la taza y el azúcar y la cucharera en la mesa, termina en que recogen los juguetes en su lugar.

Lámina 4: Había una vez un oso panda que su hijo estaba en otro lado y fue el oso grande a darle de comer a su bebé, pero antes se sienta el oso más grande para darle de comer, luego se van a su casa ¿puedo inventar de que es su casa? de ladrillo.

Lámina 5: Ahh! Había una vez un canguro que estaba peleando con otro y luego lo llevaron al hospital, el canguro que le había pegado, le enyesaron el pie y la cola y luego le dieron unas muletas, termina la historia en que se va a su casa a descansar.

Lámina 6: Había una vez cuatro zorrillos que quería... estaban en un hotel, salieron corriendo a echarse a la alberca y se echan a la alberca y uno no se quería echar y los tres que se echaron le estaban salpicando agua en la cara ¿puedo inventar que traen

toalla? Los cuatro traían toallas y se acercaron a la orilla de la alberca y luego se fueron a cambiar al hotel, termina en que se van a ver la televisión al hotel.

Lámina 7: Había una vez un gato que estaba parado de sus pies, se mete al cuarto de la dueña del cuarto para echarse por la ventana, pero antes pasa por un espejo y se ve, termina la historia en que se echa por la ventana, va por la pelota, vio su cuerpo.

Lámina 8: Había una vez tres canguros, uno era la mamá, otro el doctor y otro el hijo, el doctor lo pasó a su consultorio para revisarlo y primero le revisó el corazón, luego le da la paleta y le dice a la mamá que esta bien, luego se van a su casa, la mamá y el hijo.

Lámina 9: Había dos canguros otra vez, el hijo se bañó primero se seco y se puso sus zapatos, luego la mamá cerro la cortina tantito y se empezó a bañar, luego se seca y se van a cambiar los dos, luego se fueron al parque y se compraron un helado, termina en que luego se van a su casa a dormir.

Lámina 10: Ahh! Había una mamá gata que comía mucho y una vez se puso un delantal y si le quedo, luego se puso su collar y se puso a hacer la comida, le sirvió de comer a los gatitos, luego se van los cinco al parque ¿quiénes? los cuatro gatitos y su mamá, se compraron cada quien con su dinero un helado, la mamá y los hijos una paleta, termina en que se van a su casa.

PACIENTE 6

Lámina 1: Están jugando, se llevan muy bien.

Lámina 2: Son changos leyendo a la maestra, un cuanto de aventuras, los demás changos le están poniendo atención.

Lámina 3: Tomando té los ratones.

Lámina 4: Un oso esta durmiendo a su hijo.

Lámina 5: Se lastimó, se cayó de un edificio.

Lámina 6: Corriendo ¿quiénes? los lobos ¿por que? Están en una carrera, les van a dar medallas.

Lámina 7: Un gato viendo un espejo, como se para en dos patas.

Lámina 8: Son dos conejos, uno lo esta revisando por que se siente mal porque tiene tos.

Lámina 9: Esta bañando una jirafa, la otra jirafa se esta poniendo tenis, ¿quieren estar limpios? si

Lámina 10: Un gato agarrándose el collar por que va a ir a una fiesta, gente grande y música, se va a divertir y va a ir solo.

PACIENTE 7

Lámina 1: Los gatitos estaban echándose de la resbaladilla, se echaban muchas veces y cuando terminaron de jugar en la resbaladilla se fueron a los columpios, y las niñas a jugar con sus barbies y los niños con el columpio, y su mamá les llamó a que vayan a su casa a comer y después salieron otra vez a jugar y su mamá les llamó a que se metieran a dormir, los gatitos estaban durmiendo.

Lámina 2: Los changuitos estaban en su escuela, estaban haciendo examen, después salieron a recreo y jugaron con sus amigos, después se metieron a continuar el examen de ahí terminaron el examen y su mamá los fue a recoger y invitaron a algunos amigos a jugar comieron y salieron al parque a jugar con los coches de juguete.

Lámina 3: La hermana y el hermano estaban jugando a los papás, terminaron de jugar a los papás y después le dijeron a su mamá que tenían hambre y comieron, vieron tantito las caricaturas y salió la hermana a jugar con sus amigas y su mamá la metió a hacer su tarea y su papá llegó y le trajo un nenuco y una carreola y a su hermano les trajo unos carros de juguete y una pelota y después se acostaron a dormir muy contentos.

Lámina 4: El oso panda y su hijita, la mamá de la osita panda la estaba arrullando para que se durmiera y después se durmió, la acostó en su cunita y se despertó llorando, su

mamá fue corriendo por ella y su papá llegó y le trajo una televisión y sentó a ver las caricaturas, comió y jugó.

Lámina 5: Los cuatro hermanitos estaban jugando a las atrapadas, entonces la hermanita atrapo a una y a otro y entonces el que sobra los desencanto, después la lobita a garró a su hermano y lo encantó y su mamá les dijo que ya se metieran porque se estaba poniendo el cielo negro y se sentaron a comer y cuando terminaron se sentaron a ver la tele y fue de noche y se durmieron.

Lámina 6: Era una cangura se lastimó el pie y su cola y entonces toda la gente se rió de él y lo insultaron y se molesto y se enojó, se metió a su casa muy enojado y se sentó a ver la televisión y ya no salió de su casa porque pensó que otra vez se reían de él, entonces comió y leyó tantito, después fue de noches, sus papás llegaron y le dijeron a su papá y él se enojó mucho y fue a ver a todos los niños que lo insultaron y se durmió.

Lámina 7: El gatito se iba a ir a una fiesta de disfraces, pero era de monstruos y él no tenía ni un disfraz de monstruo, entonces le dijo a su mamá que le comprara uno para que fuera a una fiesta y le compro de un vampiro, entonces se fue a la fiesta y termino la fiesta y se fue a dormir.

Lámina 8: El doctor conejo cito a su paciente para picarle después se terminó la consulta y se fue a ver su tele a su cuarto (el conejito) y entonces su mamá le dijo que ya se viniera a hacer su tarea y después sus amigos del conejito lo vinieron a buscar para que fuera a una fiesta, entonces término su tarea muy rápido y le dijo a su mamá sí podía ir a una fiesta y le dijo que sí, fue y regreso muy cansado, se acostó en su cama y se quedo viendo su tele.

Lámina 9: Su mamá jirafa y su hija jirafa, su mamá se está bañando, la mamá jirafa le llamó a su hija para que se viniera a bañar y terminaron de bañarse, fueron con su abuelita a cuidarla porque estaba enferma, fueron a su casa y se quedo unos días en casa de la jirafa, entonces se sintió mejor y la llevaron a su casa.

Lámina 10: La mamá gata estaba embarazada, entonces un día se sintió muy mal y la llevaron al hospital para que le sacaran al bebé de la panza, el bebé estaba muy bonito y su mamá dijo que estaba precioso, dijeron que iban a ponerle José y cuando fueron a que le pusieron José el gatito ya hablaba y caminaba, entonces un día el gatito se enfermo de la calentura, su mamá fue con el doctor y le dijo que no era nada grave.

PACIENTE 8

Lámina 1: Unos gatitos estaban jugando en la resbaladilla y uno de ellos se cayó ya se había muerto y todos los gatitos le fueron a decir a su mamá y después y después lo enterraron y todos los días lo iban a ver, un día su mamá y después todos los hermanos.

Lámina 2: 3 changuitos hermanos y a uno de ellos le dijo la maestra que se levantara y después les dio un examen y como su hermano del medio era el más inteligente le empezaron a copiar y ese día que hicieron el examen lo terminaron y la maestra los habla visto que le habían copiado al hermano, al otro día que calificaron los exámenes reprobaron los dos hermanos por andar copiando.

Lámina 3: Había 2 ratoncitos que jugaban a la mamá y al abuelito y un día para llenar la jarra de café salieron y los vio un gato y los quiso atrapar pero no pudo y después se sirvieron su taza de café y al otro día salieron por más y los atrapo el gato y se murieron porque se los había comido.

Lámina 4: Había una vez un osito y la mamá del osito que cuidaba mucho a su hijo, pero un día se le salió de la casa y al salirse se lo llevaron a otra jaula unos cazadores porque querían matar al osito y a su mamá también pero no podían; pero se escapo y regreso con su mamá, pero su mamá no se habla dado cuenta y después se durmieron los dos y se quisieron llevar al osito pero su mamá no deajo que se lo llevaran y un día que su mamá no estaba se lo llevaron y regreso su mamá y no lo encontró.

Lámina 5: Había una vez un canguro que iba saltando y de ir muy rápido se lastimo su colita, y después su mamá le había dicho que no saltara tan fuerte, y le desobedeció y se lastimo su pie y lo tuvo que llevar al doctor y lo enyesaron y le dieron muletas y ya no pudo saltar, hasta que se recuperara ya no podía saltar.

Lámina 6: Había unos zorrillos que estaban ensayando un baile uno de ellos queria dirigir el baile porque su maestra de baile no vino y uno de ellos empezó a ensayar el baile, y había un charco y se cayeron los papeles del ensayo ahí, y ya no pudieron ensayar.

Lámina 7: Había una vez un gato que se sentía feo y se veía cada ratito en el espejo y un día en la tele anunciaron una crema para que se viera mejor y la compro y compro dos cremas y esa crema que compro se equivoco y compro gel y su pelo se le quedo tieso y se volvió a echar hasta que se acabo todas y le quedo el pelo más tieso.

Lámina 8: Había una vez un conejito que se enfermo y fue al doctor y las medicinas que le habían recetado para la gripa las compro y compro otras, compro unas para el dolor de panza y después fue al doctor otra vez y le dijo al doctor que no se componía y le dijo al doctor que medicinas había comprado y se las enseño el conejito al doctor y le dijo al conejito que esas no eran las medicinas y ya el doctor le dio las medicinas que eran.

Lámina 9: Había una vez dos animalitos, su mamá y su hija y un día su mamá se estaba bañando y su hija se estaba poniendo los zapatos, y por quererle meter otra vez a bañar la niña se quitó los zapatos y espero que su mamá saliera para que se volviera a bañar en la tina.

Lámina 10: Había una vez una gata que iba a salir con su esposo, pero como estaba muy gorda no sabía que vestido ponerse y le dijo a su esposo que quería compararse un vestido y le dio dinero para que se fuera a comprar un vestido para ir a la fiesta y como ninguno le quedaba, fue a una tienda y todos los vestidos se probó y el que le había gustado a ella, el último que vio la había quedado a ella.

PACIENTE 9

Lámina 1: Había una vez unos niños jugando en la resbaladilla y sus papas les dijeron que no jugaran en la resbaladilla porque estaba el sol muy fuerte y se iban a quemar la cola y todos se subieron de armonton y se quemaron la cola y una se quemó el pie, otra se cayó y otro se iba agarrando, la otra iba apenas subiendo la resbaladilla.

Lámina 2: Había tres changos y uno ponía atención, otro estaba parado leyendo y otro estaba poniendo atención y su papá les dijo y su mamá les dijeron que sí se portaban bien les iban a comprar plátanos.

Lámina 3: El papá del niño era un ratón y su mamá lo traía en una carreola y sus juguetes estaban tirados, y una vez se lo robaron y lo fue a buscar en todas partes y se murió de tanto frío porque lo dejaron en la basura ¿quién se lo robo? Una señora y se lo llevó el carro de la basura y se dieron cuenta del niño que iba chillando, pero ahí era otra historia esta es otra historia.

Lámina 4: Había una vez una osa que tuvo su oso muy pequeño y si lo agarraban atacaba a las personas y el oso era muy juguetón y su mamá se enojaba porque tenía unos hermanos que le pegaban mucho y su mamá los castigo y les pego y los regaña.

Lámina 5: Es una canguro? Que tenía sus hijitos malos y la atraparon a ella y todos sus hijos corrían a verla y se cayó con las muletas.

Lámina 6: Había una vez una mamá y un papá que tenían sus hijos y fueron a ver a su mamá y estaban jugando a las correteadas y atraparon al lobito y él atrapo a todos y atrapo a la niña y luego a su hermano y luego a su otro hermano, todos corrieron porque lo tenían que atrapar y había dos árboles.

Lámina 7: Había un gato flaco y comió mucho y se vio en el espejo y que quedo más flaco de lo que quedaba y luego se miró el solito y estaba bien gordo y su cola estaba mucho muy larguísima y sus hermanos estaban muy pequeños, el les pegaba y jugaba con ellos

y ellos se llevaban con él y él les pegaba a ellos, su mamá vio lo castigo, lo regaño y le pegó, lo castigo muy fuerte que hasta el niño le dijo a su papá, el papá le dijo a la mamá ¿porqué le pegas a mi hijo?, la mamá le dijo la verdad y su papá le pegó, lo regaño, lo castigo, lo dejó sin comer y todos sus hermanos golpeados estaban en el hospital.

Lámina 8: Había una vez un conejo que estaba muy enfermo y fue a ver al doctor y le dijo que estaba muy mal del corazón y lo revisó en todos lados y le mandó medicina y el conejo se recuperó y luego fue a ver otra vez al doctor y le dijo que ya estaba bien.

Lámina 9: Había una vez una cabra y su hijo, su mamá se metió a bañar estaba bien mugrosa su mamá bueno chamagosa y se quitó toda la mugre y su hijo a penas se estaba quitando los zapatos.

Lámina 10: Había una vez un gato gordiflón que tenía muchas joyas y una vez estaba muy mugroso y se bañó y se le quitó toda la mugre.

PACIENTE 10

Lámina 1: Había una vez 4 zorrillos, jugando en la resbaladilla, una niña se llama Paty tiene 15 años, el otro Gustavo y el otro Karina y el otro Lalo, estaban echándose de la resbaladilla, pero Paty se peleaba con su hermano Gustavo por que no se echaba, al final el niño iba bien despacito y la niña que se llamaba Carla se estaba peleando con su hermano Lalo.

Lámina 2: Había una vez 3 changuitos, uno se llamaba Eduardo, otro Carlos y otro Gustavo, estaban en la escuela estudie y estudie, Gustavo pensando en leer, Lalo leyendo y Carlos baboseando y pensando como le iba a hacer para leer, al final pasa el niño Gustavo por que estaba pensando como leer y leyó bien.

Lámina 3: Había una vez una niña que se llamaba Islanda y otro niño que se llamaba Gustavo, jugaban al cafecito y al esposo, el niño estaba chillando porque quería café, se durmió y se fueron los dos al palacio y cuando regresaron se habían robado al niño y empezaron a llorar, y solo dejaron los juguetes por que pertenecían al niño.

Lámina 4: Había una vez un osito que se llamaba Gustavo y el niño recién nacido se llamaba Eduardo, lo estaba cuide y cuide y lo raspaba y el niño decía cállate por favor sino va a venir papá y mamá y los iba a regañar, después el niño se durmió y decía me salve, el niño estaba en su cuna y se iban todos al cine y lloró y la sirvienta le dijo cállate cállate y no se callo.

Lámina 5: Había una vez una niña que estaba malita por que la habían atropellado y estaba buscando a sus papas, los papás decían donde estas y la niña los había oído y dijo que te paso en la pierna y dijo me atropellaron, cuando se fueron, se fueron a su casa y se durmieron, la niña se llamaba Carla.

Lámina 6: Había una vez un lobo y otro lobo y una loba y el niño se llamaba Juan, Jaime, Paty y Nancy, iban corriendo y corriendo porque el zorro Jaime mordía a su hermana Nancy y le decía hay quédate, se resbalo y decía porque me pateaste, porque me mordiste, además yo soy el más grande tengo 8 y tu cinco, vamos con su mamá y luego con su papá y le pego a Jaime y luego lo dejaron castigado.

Lámina 7: Había una vez un gatito llamado Jaime y se veía en el espejo y decía porque me veo tan feo, será porque es la cara de mi papá, la cara de su papá era tan fea, cuando llevo su papá le dijo que se viera en el espejo y le dijo tienes la misma cara fea que yo y dijo hijo me estas llamado feo y se durmió, despertó y dijo ahora sí estoy guapo tengo la cara de mi papá. Salió a la calle y se encontró a la misma cara de su padre y le dijo hijo que hace aquí y se lo llevo y lo moreteo, maltrato y pegó.

Lámina 8: Un canguro y una canguara, había una vez un conejito que revisaba el corazón de otro conejito y le dijo tú tienes una enfermedad que era gripa y le receto una medicina, todos los días se la fue tomando, dijo hijo ya estas bien vamos a llevarlo con el doctor,

este dijo esta bien; regreso el papá y le dijo tu estas bien no me crees porque vives en Estados Unidos, dijo hijo ya me voy otra vez y regreso.

Lámina 9: Había una vez un canguro que se iba a bañar que se llamaba Juan y otro Frankenstein, se acabo de bañar Frankenstein, luego dijo papá apúrate que nos tenemos que ir a la iglesia, se cambio y se apuro y le dijo que le prestara su traje, no le quedo y lo dejo aventado y ya lo dejo así, se fueron a misa y se le olvido o se le perdió el niño que se llamaba Frankenstein.

Lámina 10: Había una vez una gatita que estaba embarazada. Iba a tener un niño y se puso guapa para la fiesta que iba a tener y le dijeron comadre que le paso y les dijo estoy embarazada, se terminó la fiesta y le dijo comadre no se queda a dormir, no gracias porque queda cerquita mi casa, se fue a su casa y su esposo le dijo oye vieja que te paso, estoy embarazada, pero si ya tienes siete hijos, pero con este son ocho y ya quiero completar los diez.

PACIENTE 11

Lámina 1: Estos estaban en el parque y se subieron a la resbaladilla, uno se cayó y después su mamá lo curo, el niño que se cayó ya no pudo jugar a la resbaladilla, se lastimó su codo y rodilla, los demás niños ya no se quisieron subir a la resbaladilla. Sube y baja se cayó le curaron su brazo porque se le rompió, sobran dos ya no se quisieron subir a sube y baja y después se subieron a los columpios y uno que se cae y lo curaron de la oreja y nada más sobra uno ya no se quiso subir al columpio, se quiso subir al changuito (pasamanos) que se cayo lo tuvieron que curar de la pierna y la colita. Fin.

Lámina 2: Unos changuitos se fueron a la escuela y un niño le quiso leerle a su maestro y a todos los niños, un niño estaba muy triste porque el niño que le estaba leyendo al maestro tenía muy bonita voz y el otro niño de hasta enfrente no se preocupaba porque el tenía muchos juegos y vivía en una mansión y el de la voz muy bonita no se preocupo por su voz tenía la mejor voz, fin.

Lámina 3: Había una vez una cangurita y un cangurito que tenía un hijito que no era canguro y era humano, estaban muy preocupados porque no sabían como llamarlo por su color de piel que era blanquita, ellos la tenían café y ellos tenían que cuidarlo porque ese niño era mágico y los canguros tenían al niño mágico y no sabían que era mágico, jugaban mucho con sus juguetes y que después con un estornudo del bebé desapareció un juguete y se dieron cuenta que era mágico, fin.

Lámina 4: Ahh! Que bonito, había una vez una mamá panda que tenía un bebé panda, lo quería tanto que tuvo que luchar en una batalla, su bebé estaba llorando porque estaba peleando su mamá, tenía miedo de que se muriera su mamá, era la única que la cuidaba y su mamá gano la batalla y vivieron felices por siempre, fin. Estaba luchando contra un león terrorífico.

Lámina 5: Había una vez un canguro que se lastimó su colita y de su pierna y no podía caminar, tuvo que ir a un hospital, tenía muchos hijos entonces cuando sus hijos se enteraron y su esposo, se pusieron muy tristes, entonces fueron y preguntaron en todas partes en que hospital estaba su esposo y su papá y ya supieron estaba en el Hospital general y lo vieron que estaba muy lastimado, después pudieron quedarse para ver a su papá los niños y la mamá y después ya pudo salir del hospital, estaban felices, fin.

Lámina 6: Unos zorros en las mañanas se ponían a hacer ejercicio y un zorro era el más rápido, todos estaban tristes porque no podían ser tan rápidos como él, un día el zorro más gordito alcanzó a llegar más adelante que todos los zorros hasta el que corría más rápido y estuvo muy feliz porque pudo alcanzar y lograr llegar más adelante que todos sus hermanos y pudo siempre ganarle a sus hermanos y hermanas, fin.

Lámina 7: Había una vez un gatito que se miró al espejo y tenía miedo de que fuera un monstruo, se asusto y se desmayo, y el gatito después vio que era un espejo, no sabía

que era un espejo y después preguntó ¿que era un espejo?, después le mostraron que era un espejo y el gatito lindo se puso feliz por que supo que era un espejo y se puso a hacer muchos movimientos tan chistosos, fin.

Lámina 8: Un niño conejito le encantaba ir al doctor y fue doctor de grande, tuvo un hijito y él estaba muy enfermo, lo tuvo que operar del corazón y le rogaba a dios que fuera un milagro que él no se muriera en la operación, salió bien de la operación, le tuvo que dar muchos jarabes y lo tuvo que revisar del corazón, lo reviso y estaba latiendo muy bien su corazón, ¡ay no tan fuerte papá! Porque me duele mi corazón, fin.

Lámina 9: La mamá y el hijito se van a bañar miral a lo mejor su mamá la va a bañar y ella quiso volverse a bañar muchas veces y se quedo muy limpia la niña y se puso mucho jabón después no pudo abrir los ojos porque tenia mucha espuma, se la quito con el agua, se vio al espejo cuando se quito el agua y el jabón y dijo ay! Que limpia estoy, cuando termino de bañarse ya era de la madrugada creció mucho la niña que ya era mujercita pasó muchos años lavándose todo, después nadie se acordó de la niña y creció como su mamá, cuando se volvió a mirar la espejo ay! Que me paso se dio cuenta que ya habia crecido y se seco y se vistió y abrió la puerta y vio a su mamá y dijo mamá ya, ya crecí y se pusieron muy emocionados todo el mundo, fin.

Lámina 10: Había una vez una gatita que estaba embarazada, trabajaba mucho, cuando un día estaba lavando la ropa se puso muy mal porque ya iba a nacer su gatita, no sabia que era gatita y le hicieron unos rayos X, se dieron cuenta que era gatita y que después nació y todos estaban muy felices.

PACIENTE 12

Lámina 1: Había una vez unos zorros que fueron a jugar en el parque y se subieron a la resbaladilla, estaban jugando al que gane hasta aquí (señala con el dedo) subiendo otra vez.

Lámina 2: Había tres niños estudiando en la escuela, el niño de en medio estaba leyendo un cuento y los dos niños estaban escuchando y la maestra también ¿qué cuento leía el niño? Winnie Pooh porque le gustaba mucho.

Lámina 3: Había una vez dos una cochinita y un cochinito y su bebé, el bebé esta jugando, la cochinita le sirvió café, los dos estaban cenando y el bebé se iba a jugar con un dado y una pelota. En el lado de la cochinita había una para servir café, al lado de la cochinita había una taza y el bebé iba a jugar con un dado y una pelota y el otro lado ¿él sólo o acompañado? sólo.

Lámina 4: Había una vez un oso cargando a su bebé, estaban sentados en una piedra, el bebé tenía frío y vivían en México y hacía mucho frío.

Lámina 5: Había una vez un venado que se cayó y se pego en su pie y también en su colita, estaba caminando con muletas, ya se iba a ir a su casa ¿en donde se cayó? En el parque, estaba corriendo con sus amigos y sus amigos lo llevaron al doctor.

Lámina 6: Este es un lobo no? Había un lobo, una cochinita y otro lobo, y los lobos iban a perseguir a la cochinita porque los lobos se la querían comer porque tenía mucha hambre y ahí donde vivían no tenían comida.

Lámina 7: Había una vez un gato, iba a ver a su novia la gata, se estaba viendo en el espejo, se iba a poner un saco "ya quiero ir con mi novia" y la gata también decía "ya quiero que venga mi novio" porque se querían mucho y ya se iban a casar llevaban de novios ½ tiempo, un año.

Lámina 8: Había una vez dos conejitos, el grande era doctor y el chiquito era paciente, el doctor estaba checando al conejito porque se enfermó mucho de la tos y el conejito grande le dijo "tomate las medicinas para que te compongas y vayas al parque son tus amigos".

Lámina 9: Había una vez dos jirafas la grande se estaba bañando, la chiquita se estaba cambiando, iban a pedir calaverita con sus amigos y con sus vecinas.

Lámina 10: Había una vez una gata que fue con su vecina a decirle sí la acompañaba al doctor porque se sentía mal, ya se iba a embarazar y estaba haciendo la comida su vecina y le dijo no puedo ir porque estoy haciendo la comida y voy a hacer la tarea con mis hijos y la gata se fue sola al doctor, ella sola, se sintió triste porque no la acompañaron.

PACIENTE 13

Lámina 1: 4 ardillas fueron al parque y primero se echo una de la resbaladilla, la otra ardilla se echo, iban formados, termina en que la tercera ardilla se deslizo por la resbaladilla.

Lámina 2: 3 changuitos iban a la escuela y estaban formados por las sillas, el primero estaba poniendo atención, el segundo estaba leyendo y el tercero estaba jugando y viendo otra cosa (la pared).

Lámina 3: Un ratón iba a su trabajo y su esposa ratona le hacia de comer mientras llegaba y el ratón llega a su casa y la ratoncita ya había preparado la comida y le sirvió de comer pollo y agua de jamaica, termina en que comió su agua de jamaica y su pollo.

Lámina 4: Un oso panda estaba embarazada y luego nació su hijo y le estaba dando de comer y lo baño.

Lámina 5: Un día un canguro estaba dando carreritas con su amigo lobo y luego el canguro se piso la cola y le dolió en su patita y su amigo lobo le compro unas muletas.

Lámina 6: Había una vez cuatro lobos que iban a jugar y estaban corriendo y estaban jugando a la carreritas y un lobo ganó.

Lámina 7: Un día el gato lo invitaron a una fiesta y se baño, se vistió, se vio en el espejo y luego busco las llaves y luego abrió la puerta y se fue a la fiesta.

Lámina 8: Un día un conejillo se enfermó de la tos y lo llevaron al doctor, le recomendaron medicinas, el doctor lo vio con el estetoscopio el corazón y se fue a su casa con su mamá.

Lámina 9: Un día la mamá de hienita vivía en su casa pero la mamá contesto el teléfono y la invitaban a una fiesta con su hija, iban a romper una piñata y la mamá le dijo a su hija que se iban a bañar juntas y la hija se estaba desvistiendo y la mamá bañándose

Lámina 10: Un día un gato era muy rico y se compro un collar, y se compro comida y se la cocino y después comió y comió y engordo mucho y se baño y se paro de puntitas para estirarse.

PACIENTE 14

Lámina 1: Era una vez cuatro niños que les gustaba jugar mucho, y siempre salían peleados y un día sus papás los regañaron y desde ese día ya no se volvieron a pelear.

Lámina 2: Había una vez tres niños que eran muy aplicados y su maestra los quería mucho, pero había un niño maldoso que le quito un cuaderno a un niño para que lo castigaran, pero la maestra se dio cuenta y regaño al niño.

Lámina 3: (señalo con el dedo) ¿es el papá o hijo? mamá, papá e hijito. Había una vez una familia muy feliz, vivían alegres y siempre el papá quería mucho a su bebé y un día los saco a pasear y ahí este, ahí choco un carro y el papá no se fijo y sufrió un accidente y en unos cuantos días el papá se había recuperado. ¿Al niño? No le paso nada, ella lo estaba cuidando en la parte de atrás.

Lámina 4: Había una vez un oso y su hijo, y se quería mucho y un día unos cazadores le dispararon al hijito del oso y el oso se puso furioso y entonces corrió y persiguió al cazador y entonces junto al cazador había más cazadores y trataron de matar al oso grande pero el oso escapo y curo a su hijito y fueron felices para siempre.

Lámina 5: Hijo! ¿Este es un canguro? ¿Verdad? Había una vez un canguro que siempre salía a jugar a la calle y un día lo atropellaron y desde ese día nunca volvió a salir a jugar a la calle y siempre jugaba en el patio.

Lámina 6: Son los mismos perros que salieron en la resbaladilla. Había una vez cuatro zorritos, lobitos que diga y estaban jugando a correr y un día un lobito se ahogó y los demás lobitos fueron a avisarle a sus papas y rápidamente sus papas salieron a salvarlo y desde ese día nunca se alejó tanto de su casa.

Lámina 7: Había una vez un gato muy comelón y todos sus dueños lo corrían o lo vendían por comelón y un día se enfermó por comer tanto y nunca volvió a comer mucho y así sus dueños lo querían mucho.

Lámina 8: Había una vez un conejito que le gustaba mucho salir a la lluvia y sus papas le decían que no pero el desobedecía y se salía y un día se enfermó y lo llevaron al doctor ¿qué le dijo el doctor? Que ya no saliera a la lluvia y que obedeciera a sus papas y le mando unas medicinas y el conejito cumplió con tomarse las medicinas ya no salir a la lluvia y obedecer a sus papas.

Lámina 9: ¿son canguros, verdad? No son jirafas y esta es mujer, había una vez una mamá jirafa y su hijo y ellos se querían mucho y entonces un señor le robo el hijo de la jirafa y la jirafa se puso furiosa y se salió a buscar a su hijo y lo encontró y desde ese día nunca lo dejó que se alejara mucho de su mamá.

Lámina 10: Ahh! Este si le hubiera dicho que era un gato muy comelón. Había una vez una gata muy rica y ella odiaba a los niños, entonces un día sus dueños llevaron a un niño y la gata se enfureció porque decía que los niños eran malos y siempre robaban, agarraban sus cosas, pero eso no era cierto y sus dueños le encargaban que cuidara al niño y lo tuvo que cuidar por ese día vio que no eran todo lo que ella creía y desde ahí quiso mucho a los niños.

PACIENTE 15

Lámina 1: Primero se subieron a la resbaladilla y se están aventando, vienen muchos niños atrás y una niña viene con un moño y una camiseta de rayitas y un shorth, están esperando a que el primero baje y uno tiene 8 años, la niña tiene 5, el otro niño tiene 4 años y la otra niña es la mayor tiene 11 años.

Lámina 2: Tres changuitos llegaron a la escuela, 2 estaban sentados y la maestra le pregunto a uno que leyerá, se puso a leer y le dijo la maestra que hasta ahí leyerá y se sentó, y luego la maestra escribió una historia y apuntaron los niños la historia, termina en que la maestra les dice a los changuitos que esperen a su mamá a que venga.

Lámina 3: Una ratoncita y un ratoncito estaban jugando a la comida, la ratoncita le sirvió tectico a su bebé y a su hermano, luego la ratoncita se sentó y tomó un té y su mamá la llamo a que comiera y comieron muy bien y regresaron y entonces guardaron sus cosas y se fueron a dormir.

Lámina 4: Una mamá panda estaba cargando a su bebé, luego la mamá panda la dejó, lo dejó, la dejó en su cunita y se paro a hacer de comer y luego vino el papá y se sentó a comer y la mamá también y luego se fueron a dormir y nada más, termina en que la mamá hasta el último se fue a dormir.

Lámina 5: Un canguro se lastimó su colita y su patita, entonces salió a comprar algo de comer, entonces ya llegó y se sentó y pidió un hot dog y su mamá estaba buscando su hijo mayor que era el cangurito y se salió a comer un hot dog, la mamá estaba con su bebé chiquito y luego llegó a la casa y lo regañaron y le explicó a la mamá que tenía mucha hambre y fue a comprar un hot dog, entonces se acostaron a dormir y perdonaron al cangurito.

Lámina 6: Un gato pensaba hacer una fiesta, entonces invito a sus amigos gatos, hicieron pastel, hicieron agua, muchas cosas de comer, llegaron sus papas y lo regañaron porque

no había avisado y le dijo a su mamá que sabía que no lo iban a dejar y por eso hizo la fiesta a escondidas y le dijo a su mamá que le guardo pastel, leche y la comida que había hecho y la mamá lo perdono, fueron de compras al supermercado y en la noche se comieron el pastel, se fueron a dormir y la mamá olvido todo al día siguiente.

Lámina 7: El hijo de la mamá conejo se enfermó fueron al doctor, el doctor conejo lo reviso y le dijo que estaba muy mal que no comiera cosas en la calle, le dio un jarabe y el niño no hizo caso y comió una torta en la calle y se enfermó, que te dije hijo que no comas cosas en la calle, el doctor te va a regañar, se durmió y al día siguiente estaba muy mal y le aviso al doctor, y el doctor lo regaña porque no le hizo caso.

Lámina 8: Había dos zorros y dos zorras, uno se llamaba Paco, otro Luis, otra María, y otra Mariana, fueron al bosque a buscar de comer porque ya se acercaba el invierno y encontraron muchas cosas y regresaron a su casa feliz, pero dijeron que la comida no era suficiente y se fueron a buscar más, encontraron mucho más comida, había mucho más comida en lo alto de un árbol y regresaron a su casa por la escalera y bajaron la comida que pudieron, ya regresaron a su casa, su mamá les dio de comer a todos y luego el invierno, entonces la tía de los zorros como no tenía hijos, a ella se le olvido ir a buscar que comer, entonces les dijo a los zorros que si por favor le regalarían comida, ellos dijeron que no tenían suficiente comida para el invierno y le dijeron te podemos acompañar a buscar comida, ellos sabían donde había y como se empezó a caer la comida del bosque, llevaron los zorros y la tía un costalote y recogieron mucha comida y la dividieron a la mitad, y al día siguiente pasaron mucho frío en la noche, la mamá zorra y la tía como vivía en un lejano lugar vino a traerles sopa y la aceptaron, se sentaron a comer, la tía, la mamá y los hijos, y se acostaron a dormir.

Lámina 9: La mamá venado se estaba bañando y su hija le dijo mamá ya vas a terminar, para que nos vayamos a la escuela, el hijo se puso rápidamente los zapatos y la mamá rápidamente se vistió, entonces cargo su mochila y su mamá le dio 10 pesos para que se comprara de comer y luego la mamá venada se fue, como ella tenía un bebe chiquitito, recién nacido, le fue a comprar pañales y su pañalera, ya era hora de que la mamá fuera por su hijo, y de regreso le compro una torta, luego fueron a su casa a comer, llegó el papá y le dijo a la mamá que si por favor le daba de comer y le sirvió de comer y comieron y en la noche se durmieron muy rico y fin.

Lámina 10: Una mamá gatita estaba embarazada, entonces fue al hospital y le sacaron a su bebé, le llamo al papá que estaba embarazada y ya le había nacido su bebé y que fuera por ella, la doctora le dijo que en seis meses regresara por su bebé, porque el bebé estaba muy chiquitito y lo vieron que si tenía algo que le hizo daño; le avisaron a la mamá que no tenía nada y pasaron los 6 meses y fueron por él y le compraron su cuna, ropa, pomada, luego se acostaron con él a dormir y luego lloro el bebé en la noche y le dieron su mamila y fin colorado este cuento se ha acabado.

ANEXO 2 (FORMATOS)

México, D. F. a ____ de _____ de 200__.

Expediente No. _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente hago constar que autorizo a mi hija

_____ para que participe en el protocolo que se realizará con niñas con pubertad precoz para fines de investigación. La investigación tiene como propósito identificar y analizar algunas características de personalidad, factores intelectuales e indicadores de madurez perceptual y emocional, con el fin de detectar cualquier alteración psicológica que el síndrome pueda estar ocasionando y así poder brindar un tratamiento adecuado. Se me informa que los resultados obtenidos serán manejados en forma confidencial; así como también que la aplicación de las pruebas no producirá daños físicos o psicológicos. Y que las consultas no tendrán costo.

Si por alguna razón decidiera suspender la valoración, esto no repercutiría en el tratamiento que el instituto me esta ofreciendo.

Si así lo deseo, los resultados me serán proporcionados en forma gratuita al término de la investigación. En caso de que se detecte algún problema emocional, el Servicio de Salud Mental del instituto ofrecerá la atención psicológica necesaria para el bienestar emocional de mi hija.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO
TESTIGO

FIRMA DE CONSENTIMIENTO
DE LA MADRE O TUTOR

Teléfono: _____

Dirección: _____

ENTREVISTA

DATOS GENERALES

Expediente: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

1. Edad: _____
2. Fecha de nacimiento y lugar: _____
3. Apariencia física: 1) de su edad 2) más grande de su edad 3) más pequeña que su edad
4. Escolaridad: 1) kinder 2) 1o primaria 3) 2º primaria 4) 3º primaria 5) 4º primaria 6) 5º primaria 7) 6º primaria
5. Estudia actualmente: 1) Sí 2) No
6. Lugar de residencia: 1) D. F. 2) Edo de México 3) Otros estado de la republica

Familiograma:

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

7. Edad de aparición del desarrollo temprano, hace: 1) 1 año 2) 2 años 3) 3 años 4) 4 años o más
8. Cómo reaccionaron los padres: 1) con sorpresa 2) miedo 3) preocupación 4) otra: _____
9. A que atribuyen el desarrollo temprano: 1) a una enfermedad 2) supersticiones 3) Otra: _____
10. Preocupaciones acerca del desarrollo temprano de su hija: 1) que este enferma 2) el desarrollo sexual temprano 3) la estatura final 4) Otra: _____
11. Fantasías y miedos acerca del desarrollo temprano: 1) miedo de enfermedad 2) miedo del abuso sexual 3) miedo a las repercusiones sociales y psicológicas 4) Otra _____
12. Ha hablado con su hija del desarrollo temprano: 1) Sí 2) No
13. Que se le ha dicho: 1) poco b) mucho c) nada

14. En que momento recurrió a la atención médica: 1) inmediatamente
2) tiempo después
15. Tratamientos recibidos por su hija: 1) médico 2) homeopático 3) naturista
4) sin tratamiento
16. La familia extensa sabe del desarrollo temprano de su hija: 1) Sí 2) No
17. Por que: 1) No lo cree necesario 2) por miedo 3) no sabe como hacerlo
4) Otra: _____

ÁREA ESCOLAR

18. Cuál ha sido su aprovechamiento: 1) bueno 2) regular 3) malo
19. Conducta dentro de la escuela 1) buena 2) regular 3) mala
20. Cómo se relaciona con sus compañeros: 1) bien 2) regular 3) mal
21. Cómo se relaciona con sus maestros: 1) bien 2) regular 3) mal
22. Opinión materna respecto del rendimiento y capacidades de su hijo:
1) bueno 2) regular 3) malo
23. A raíz del síndrome, su rendimiento escolar: 1) cambio 2) sigue igual

ÁREA DE SOCIALIZACIÓN

24. Círculo social fuera de la escuela: 1) Sí 2) No
25. Preferencia de amistades del sexo: 1) femenino 2) masculino
26. Preferencia de amistades de edad: 1) igual 2) mayores 3) menores
27. Relación con los adultos: 1) buena 2) regular 3) mala
28. Comunicación de deseos: 1) buena 2) regular 3) mala
29. Expresión y manejo de afectos: 1) bueno 2) regular 3) malo
30. Cómo describe el carácter de su hijo: 1) alegre 2) enojón 3) Otro: _____

DESARROLLO SEXUAL

31. Cuándo manifestó curiosidad por el origen de los niños: 1) antes de los cuatro años

- 2) entre los 4 y 6 años 3) entre los 6 y 8 años 4) entre los 8 y 10 años
5) no sabe

32. Cómo respondieron los padres a esta curiosidad: 1) se le explicó 2) no se le explicó

3) Otra: _____

33. A qué edad notaron los padres curiosidad de su hijo por tocarse sus genitales:

- 1) antes de los cuatro años 2) entre los 4 y 6 años 3) entre los 6 y 8 años
4) entre los 8 y 10 años 5) no sabe

34. Las reacciones de los padres: 1) lo consideraron normal 2) les preocupó 3) no le dieron importancia

35. Manejo de la desnudez de los padres ante su hijo: 1) existe 2) no existe

36. Se le ha proporcionado información acerca de lo sexual: 1) Sí 2) No

37. Se le había preparado para la menarca: 1) Sí 2) No

RELACIONES FAMILIARES

38. Cómo es la relación de la pareja: 1) Bien 2) regular 3) mal

39. Cómo es la relación entre hermanos: 1) Bien 2) regular 3) mal

40. Como se comunica la familia: 1) bien 2) regular 3) mal

**DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA EN NIÑAS
INDICADORES DE DESARROLLO**

1. Cabeza	
2. Ojos	
3. Pupilas	
4. Cejas o pestañas	
5. Nariz	
6. Fosas nasales	
7. Boca	
8. Dos labios	
9. Oreja	
10. Cabello	
11. Cuello	
12. Cuerpo	
13. brazos	
14. brazos bidimensionales	
15. brazos unidos a los hombros	

16. Brazos hacia abajo	
17. Codo	
18. Manos	
19. Dedos	
20. Correcto número de dedos	
21. Piernas	
22. Pies bidimensionales	
23. Rodilla	
24. Pies	
25. Pies bidimensionales	
26. Perfil	
27. Buena proporción	

Ropa	
28. 0-1 reactivos no esperados	
29. 2-3 reactivos frecuente	
30. 4 reactivos frecuente	

**DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA EN NIÑAS
INDICADORES EMOCIONALES**

Signos Cualitativos	
1. Integración pobre de las partes	
2. Sombreado de la cara	
3. Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos	
4. Sombreado de las manos, cuello o ambos	
5. Asimetría burda de las extremidades	
6. Figuras inclinadas	
7. Figura pequeña	
8. Figura grande	
9. Transparencias	
TOTAL	

Omisiones	
23. Omisión de los ojos	
24. Omisión de la nariz	
25. Omisión de la boca	
26. Omisión del cuerpo	
27. Omisión de los brazos	
28. Omisión de las piernas	
29. Omisión de los pies	
30. Omisión del cuello	
TOTAL	

Detalles Especiales	
10. Cabeza pequeña	
11. Ojos bizcos o desviados	
12. Dientes	
13. Brazos cortos	
14. Brazos largos	
15. Brazos pegados al cuerpo	
16. Manos grandes	
17. Manos omitidas	
18. Piernas juntas	
19. Genitales	
20. Monstruo o figura grotesca	
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras	
22. Nubes	
TOTAL	

REFERENCIAS

- Aguirre, B. (1996). Psicología de la adolescencia Colombia: Editorial Alfaomega Marcombo.
- Ajuria, M. y Dorantes L. (1999) Pubertad normal y maduración sexual precoz en niñas. Experiencia en el Hospital Infantil de México Federico Gómez de 1979 a 1997. Boletín Medico Hospital Infantil de México. Vol. 56 No. 7 Julio 1999, 401-409.
- Anke A. y cols. (1984) Idiopathic precocious puberty in girls: psychiatric follow-up in adolescence. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, 1:23-33.
- Atwater E. Astwood y Grover D. (1999) Psychology for living (6a ed.) México: Prentice Hall.
- Bellak, L. y Sorel, B. (1979) Test de Apercepción infantil: Suplemento Buenos Aires: Paidós.
- Bellak, L. (1996) T.A.T.C.A.T. y S.A.T: Uso Clínico México: Manual Moderno.
- Bleichmar N. y Bleichmar C. (1989) El psicoanálisis después de Freud México: Paidós.
- Blondell, R.; Foster, M.; Dave, K. (1999) Disorders of puberty. American Family Physician, Jul99, Vol. 60 Issue 1, p209, 10p, 4 diagrams.
- Calzada L. y Dorantes A. (Eds.). (1997). Fisiopatología de la pubertad y embarazo/anticoncepción en adolescentes. III Encuentro iberoamericano de crecimiento 29 al 31 de octubre de 1997. México: Simposio Serono.
- Coon, D. (1999) Psicología, Exploración y Aplicación. (8ª. ed.) México: Internacional Thomsom.
- Darley J.; Glucksberg S. y Kinchla R. (1990) Psicología. (4ª. ed.) México: Prentice Hall.
- Diccionario Enciclopédico Hachette Castell (1981). Volumen 9 Barcelona: Printer Industria Gráfica.
- Dolto, F. (1993) Psicoanálisis y Pediatría (15ª ed.) México: Siglo veintiuno editores.
- Elders, M. y Scott, C., (1997) Clinical workup for precocious puberty.08/16/97, Vol. 350 Issue 9076, p457, 2p.

Emans S., Laufer M. y Goldstein D. (1998) Pediatric and Adolescent Gynecology. (4ª ed.) United States of America: Lippincott- Raven Publishers

Erikson E. (1976) Infancia y Sociedad. (12ª ed.) Buenos Aires Argentina: Ediciones Lumen- Hormé

Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (1994) Psicodiagnóstico clínico del niño México: El Manual Moderno.

Freud A. (1948) El yo y los mecanismos de defensa (5ª reimpresión) México: Editorial Paidós Mexicana.

Freud S. (1923) El ello y el yo Buenos Aires: Amorrortu editores.

Gillette, B. (1997) Premature puberty. The Environmental Magazine, Nov/Dec97, Vol. 8 Issue 6, p42.

Good, T. y Brophy, J. (1995) Psicología Educativa contemporánea México: Mc Graw Hill.

Good T. y Brophy, J. (1996) Psicología educativa México: Mc Graw hill.

Gran Diccionario de la Lengua Española (1996). Barcelona: Larousse Planeta.

Guerrero G. (1991) Tesis: Evaluación de pubertad y pseudopubertad precoz Especialidad de Pediatría Médica UNAM.

Hall C. (1997) Compendio de psicología Freudiana México: Editorial Paidos.

Heino F. y cols. (1985) Idiopathic precocious puberty in girls: psychosexual development. Journal of Youth and adolescence, Vol. 14, No. 4, Agosto.

Heino F. y cols. (1985) Cognitive abilities and hemispheric lateralization in females following idiopathic precocious puberty. Development Psychology, Vol. 2, No. 5.

Hijonosa P. (1995) Factores psicológicos en un grupo de niños asmáticos y no asmáticos evaluados con CAT-H y CAT-S. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

Hubble, D. (1970). Endocrinología Pediátrica Barcelona: Editorial Pediátrica.

Kaplowitz, P. y Oberfield, S., (1999) Reexamination of the Age Limit for Defining When Puberty Is Precocious in Girls in the United State. Pediatrics, Oct99 Part 1 of 2, Vol. 104 Issue 4, p936, 6p, 1 chart.

Kaufman A. (1982). Psicometría razonada con el WISC-R. México: Manual Moderno.

- Lee, P. (1994) Advances in the management of precocious puberty. Clinical Pediatrics, Jan94, Vol. 33 Issue 1, p54, 8p, 3 charts, 3 graphs.
- Liebert S. (2000) Personalidad (8a ed.) México: Thomson Editores.
- Liebert R. (1999) Personalidad (8a ed.) México: International Thomson Editores.
- Lutte, G. (1991) Liberar la adolescencia. Barcelona: Herder.
- Malacara, M. (1991) Fundamentos de Endocrinología (4ª ed.) México: Salvatt.
- Marcelli D. y Ajuriaguerra J. (1996) Psicopatología del niño (3ª ed.) Barcelona España: Editorial Masson.
- Mayorga, D. (1996) El trabajo Psicodiagnóstico en los trastornos emocionales del desarrollo infantil. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F.
- McKinney, J., Fitzgerald, H. y Strommen, E. (1982) Psicología del desarrollo México: Manual Moderno.
- Meece J. (1997) Desarrollo del niño y del adolescente para educadores México: Mc Graw Hill.
- Mendoza M. y Soto S. (1986) Un estudio del test CAT y CAT (H) en dos grupos de preadolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
- Money J. y Walker P. (1971) Psychosexual development, maternalism, nonpromiscuity and body image in 15 females with precocious puberty. Archives of sexual behavior, Vol. 1, No. 1.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1982) Desarrollo de la sexualidad humana Madrid: Morata.
- Mora R. (1991) Tesis: Frecuencia de las etiologías de la pubertad precoz central verdadera en el hospital la raza Especialidad de Pediatría Médica Facultad de Medicina UNAM
- Moraleda M., (1999) Psicología del desarrollo Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud. México : Alfaomega Marcombo.
- Mussen, P.; Conger, J. y Kagan, J. (1986) Desarrollo psicológico del niño. (2ª impresión) México: Trillas.
- Newman y Newman (1991) Desarrollo del niño. (3ª reimpresión) México: Limusa.

Papalia, D. y Wendkos Olds, S. (1999) Psicología del desarrollo. (7ª. ed.) México: Mc Graw Hill.

Piaget J. (1975) Psicología del niño. Madrid: Morata.

Real Academia de la lengua Española (1992) Diccionario de la lengua española. Madrid: Real Academia de la lengua Española.

Sarafino, E. y Armstrong, J. (1988) Desarrollo del niño y el adolescente México: Trillas.

Sattler J. (1996) Evaluación Infantil. México: El manual moderno.

Selicoff, H. (1987) Efectos psicológicos de la pubertad precoz en niñas. Revista mexicana de Psicología, 4, 2, 138-146.

Selicoff, H. (1988) Aspectos de la personalidad en un grupo de niñas con pubertad precoz: un estudio de casos. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana, México, D. F.

Shaffer, D. (2000) Psicología del desarrollo Infancia y adolescencia (5ª ed.) México: Editorial Thomson.

Solyom, A.; Austad, C.; Sherick, I. y Bacon, G. (1980). Precocious sexual development in girls: the emotional impact on the child and her parents. Journal of Pediatric Psychology, 5 (4), 385-393. (From PsycLIT, Abstract No. 05103-001).

Vera (1997) en Calzada León, R. & Dorantes Álvarez, L. M (Eds.). (1997). Fisiopatología de la pubertad y embarazo/ anticoncepción en adolescentes. III Encuentro iberoamericano de crecimiento 29 al 31 de octubre de 1997. México: Simposio Serono. p.143-171.

Wechsler, D.(1984) Manual WISC-R Español. México: El Manual Moderno.

Wechsler, D.(1981) WISC-R Escala de Inteligencia para nivel escolar: Manual. México: El Manual Moderno.

Database: Health Source Plus, (1992) Precocious puberty treated by hormone. Nutrition Health Review, 1992 Issue 62, p-10.

Database: Academic Search Elite, (2000) When puberty comes early. Family Life, May2000, p83.

Database: Health Source Plus, (1993) Facts about precocious puberty. p1, 7p, 1 diagram.

SITIOS DE INTERNET

Dorantes, A. L. M. "La pubertad en el varón."1996.

<<http://www.mipediatra.com.mx/infantil/pube-hom.htm>>(10 Oct. 2000)

Folgar, L. "Pubertad; Un problema médico o psicológico" 2000

<http://www.obgyn.net/yw/articulos/pubertad_folgar_sp.htm> (20 Sep. 2000)

Hernández, P. P. "La Adolescencia" 2000.

<<http://www.caminantes.net/web/pedagogia/adolescencia.htm>> (20 Oct. 2000)

Hinostroza, C., Quijada, J. y cols."La Adolescencia" 2000.

<<http://www.udec.cl/clbustos/apsique/desa/adolescencia.htm>> (5 Nov. 2000)

Pérez, L. C. "Pubertad Precoz"

<<http://www.geocities.com/hotsprings/villa/1333/pubpre.htm>> (20 Sept. 2000)

Rivera L. O. "Cambios físicos y psicológicos en la pubertad." 1998

<<http://www.redesc.ilce.edu.mx/redescolar/c03/c031/circulosa3/publicaciones/publicacionesok/c61tam.htm>> (10 Oct. 2000)

Ellis B. y Garber J. "La depresión materna puede causar pubertad precoz" 2000

<http://www.el_pais.es/p/d/suplemen/salud/3sal28.htm> (5 Nov. 2000)