



**LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN
LA
ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :
MAESTRA EN PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :
MAESTRA EN PSICOLOGIA**

PRESENTA:

**YAZMÍN FARÁH GLORIA HANÚN
DIRECTORA DEL REPORTE:
DRA. ROSA KORBMAN CHJETAITE**

**COMITÉ TUTORAL:
Mtra. Verónica Ruiz González
Mtra. Alma Mireya López Arce
Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez
Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo**

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**Estoy agradecida con la vida: por lo que me
enseñó hasta ayer, por lo que aprendo hoy
y por lo que aprenderé mañana**

Termino un capítulo de mi vida para comenzar otro

Dedicada a mis padres Abelardo y Yazmín

Yazmín Faráh

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mis padres por todo su amor, comprensión y guía. Gracias a su apoyo incondicional logré una más de mis metas. Agradezco a Dios por todo lo que me ha brindado y por ser lo que soy y lo que seré.

Agradezco a mis abuelos por siempre haber estado conmigo y por el cariño que me brindaron. En especial a mi abuelito Carlos Gloria que aunque ya no está conmigo, siempre va hacer un ejemplo a seguir, por su fortaleza y tenacidad.

Agradezco a todas mis maestras y compañeras, que gracias a ellas aprendí sobre la psicoterapia infantil. Sobre todo a mi tutora la Dra. Shein, por su paciencia, sus supervisiones y sus recomendaciones, que me ayudaron a entender y trabajar mis casos.

Agradezco a todas las personas importantes que forman parte de mi vida, a mi abuelita, a mis ti@s, prim@s, sobrin@s, amig@s, padrinas, padrinos y amig@s de mis papás, que gracias a su cariño, compañía, escucha y consejos, he podido seguir adelante ante cada reto que se me ha presentado.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología la oportunidad que me brindaron para realizar mi Maestría.

Por último y no menos importante, agradezco a los niños y sus familias que confiaron en mi trabajo y me permitieron ser su terapeuta.

Yazmín Faráh Gloria Hanún

INTRODUCCIÓN i

- 1. DIAGNÓSTICO 1**

- 2. TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA 5**
 - 2.1. Trastorno por Déficit de Atención (TDA) 10**
 - 2.2. Trastorno Disocial (TD) 12**
 - 2.3. Trastorno Negativista Desafiante (TND)12**
 - 2.4. Criterios para diagnosticar TDA, TD y TND del DSM-IV con
códigos del CIE-10 15**

- 3. COMORBILIDAD ENTRE TDA, TD Y TND 21**

- 4. APEGO Y CONDUCTA DESAFIANTE. LA INFLUENCIA DE LAS
PRÁCTICAS EDUCATIVAS DE LOS PADRES SOBRE LAS CONDUCTAS DE
SUS HIJOS 26**
 - 4.1. Apego 26**
 - 4.2. Prácticas Educativas de los padres 34**

- 5. METODOLOGÍA 37**
 - 5.1. Objetivo del trabajo 37**
 - 5.2. Participante 38**
 - 5.2.1. Motivo de consulta 39**
 - 5.3. Escenario 40**
 - 5.4. Pruebas y Técnicas psicológicas40**
 - 5.5. Procedimiento 41**

6. RESULTADOS: CASO CLÍNICO 42

6.1. Antecedentes 42

6.2. Descripción de la madre 45

6.3. Descripción del padre 46

6.4. Proceso psicoterapéutico 46

6.5. Intervención psicoterapéutica 51

6.5.1. Fase 1 “Conocimiento” 51

6.5.1.1. Actitud frente a las pruebas 52

6.5.1.2. Evaluación Psicológica 53

6.5.1.3. Diagnóstico Diferencial 57

6.5.2. Fase 2 “Desafío” 60

6.5.3. Fase 3 “Reto” 62

7. DISCUSIÓN 64

8. VIVENCIAS DURANTE LA MAESTRIA 71

BIBLIOGRAFÍA 76

ANEXOS 81

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica se ha observado, que la mayoría de los niños que llegan a solicitar ayuda psicoterapéutica, tienen como motivo de consulta algún trastorno de la conducta.

Este trabajo ayuda a poder discriminar entre diferentes diagnósticos, de acuerdo con la presencia de varios signos y síntomas, cumpliendo con un cuadro diagnóstico.

Se observó que puede presentarse un mismo síntoma en diferentes trastornos, pero el mismo síntoma se presenta de manera diferente, esto es, difiere en el atributo por el cual se presenta.

Este reporte ilustra el caso de Raúl, un niño diagnosticado por parte de la psicóloga de la escuela con Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Llegó al Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, solicitando terapia; se le evaluó para planear la estrategia psicoterapéutica y el tratamiento adecuado.

Al término de la evaluación, se compararon los síntomas que se requieren para diagnosticar TDA y los que el niño presentaba, al no cumplir con los criterios necesarios para tal diagnóstico, se comparó con los criterios del Trastorno Negativista Desafiante (TND), como si cumplía con los criterios, Raúl fue diagnosticado con TND.

A partir de este diagnóstico, se decidió tratar a Raúl por medio de psicoterapia de juego infantil con enfoque psicodinámico utilizando con sus padres algunas estrategias conductuales.

El trabajo terapéutico con Raúl, tuvo una duración de 1 año 4 meses, con un total de 58 sesiones, de las cuales sólo asistió a 29. El tratamiento quedó inconcluso, la madre lo interrumpió.

Con el objetivo de analizar los síntomas y poder llegar a un diagnóstico diferencial, se elaboraron tablas comparativas, en donde se describen los síntomas, considerándose los motivos que se presentan en cada trastorno para la aparición de la misma conducta.

Algo que se pudo ejemplificar y entender con este caso, es la importancia del trabajo con los padres, ya que sin su apoyo, pueden darse avances de manera muy lenta o pueden darse mayores retrocesos en comparación a los logros obtenidos.

El Marco Teórico consta de tres capítulos que ayudan a entender y explicar el caso; el primero habla sobre el diagnóstico, en donde se describen los diferentes tipos de diagnóstico y la importancia del mismo; el segundo habla sobre los Trastornos de Conducta en la infancia, se describen los tres Trastornos de Conducta que se presentan con mayor frecuencia y que pueden ser confundidos al realizar el diagnóstico; el tercero habla sobre la comorbilidad entre el Trastorno por Déficit de Atención, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial; y el cuarto es acerca de la relación existente entre el apego, las prácticas educativas de los padres y las conductas oposicionista y desafiantes del niño.

1. DIAGNÓSTICO

Al hacer la pregunta ¿por qué diagnosticar? La respuesta podría ser que se diagnostica para comunicar lo que le sucede al paciente utilizando un mismo lenguaje; y que los profesionales de la salud que puedan o necesiten leerlo, sepan de lo que se trata. Es útil realizar un diagnóstico para fines de pronóstico, tratamiento, comorbilidad, diagnóstico diferencial e investigación.

Para empezar, tendríamos que entender a qué nos referimos cuando hacemos un diagnóstico. Es el procedimiento por el cual se determina la naturaleza de un trastorno o enfermedad estudiando su origen, su evolución y los signos y síntomas manifestados por ellos (Diccionario Larousse de la Lengua Española; Warren, 1999). Es la capacidad de discernir, es decir, distinguir con acierto (Diccionario de términos médicos).

Existen diferentes maneras de diagnosticar, éstas dependen de la base teórica que se utilice (Díaz, 2002). Existen cinco modelos teóricos:

- 1) Categorico – Dimensional (modelo médico). Este modelo conceptual se usó para realizar el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV, 2000). El acercamiento categorico se refiere a la clasificación de los desórdenes en presentes o ausentes; hace referencia a los síntomas; el acercamiento dimensional, observa las dimensiones de función o disfunción, el grado en el que se presenta el trastorno. La combinación de ambos se le llama prototípico y es utilizado como un constructo, es decir como un modelo ideal que es casi imposible de encontrar en la práctica, pero que sirve como guía.
- 2) Fenomenológico. Describe el hecho real sin darle ninguna explicación, es decir, el objeto de estudio es la persona que se le presenta, como realidad que tiene sentido en sí misma, y sus manifestaciones externas, su conducta, como realidad que procede de ella.

- 3) Psicodinámico. Hace el diagnóstico frente a las características de los mecanismos de defensa, el conflicto intrapsíquico y lo relativo a lo que se genera en la transferencia – contratransferencia.
- 4) Estructural. Hace diagnóstico del funcionamiento de las tres estructuras intrapsíquicas ello, yo y superyó. Se basa en el psicodinámico.
- 5) Introspección y centrado en los síntomas (modelo ecléctico que selecciona lo mejor de distintas corrientes de pensamiento). Se toma el modelo psicodinámico y el categórico – dimensional dependiendo del material que esté exponiendo el paciente durante el proceso de diagnóstico (Díaz, 2002).

Algunos autores (Janin, 2007) no están de acuerdo en realizar diagnósticos categóricos, porque denominar y clasificar en cuadros clínicos es una contradicción fundamental, ya que no se tienen en cuenta las situaciones particulares por las que atraviesa cada paciente. Mencionan que en los últimos años se ha generalizado el uso del *DSM-IV* en los consultorios psicológicos y pediátricos, e inclusive en el ámbito escolar, es frecuente que los maestros diagnostiquen a los niños con los nombres que propone este manual (Janin, 2007).

Al intentar hacer un diagnóstico o clasificarlo, lo más probable es que se dejen de lado las diferencias, se tome en cuenta sólo conductas, lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño. El modo de diagnosticar, en el que se pasa de una descripción de síntomas a determinar una patología (*DSM-IV*, 2000), tiene un elemento central: desmiente la historia del niño y anula el futuro como diferencia. Proponen que lo fundamental es detectar el sufrimiento del niño. Por eso, mucho más que diagnosticar de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, mucho más que “tipificar”, “catalogar” algo, el tema es entender cuáles son las determinaciones de una dificultad, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye. Todo niño requerirá un abordaje terapéutico acorde a cuáles son las determinaciones de su sufrimiento e intervenciones específicas, de acuerdo con lo que le ocurra (Taborda y Díaz, 2007).

Otros autores (Taborda y Díaz 2007) mencionan que al realizar un diagnóstico deben tomarse en cuenta las configuraciones propias que trae el sujeto desde el nacimiento; el contexto familiar en el cual se ha desarrollado; las experiencias vividas; las huellas que éstas vivencias dejan; el momento evolutivo por el cual transita; las características de normalidad para la edad y el medio en que se desenvuelve. Donde la comprensión del síntoma solamente será factible en la medida en que se tenga en cuenta la relación entre la conducta externa, observable, comunicable y el mundo interno simbólico (Taborda y Díaz 2007).

Con el diagnóstico se pueden reconstruir a partir de las descripciones, los conflictos dinámicos que están detrás del cuadro clínico superficial ya que a menudo son los responsables del cambio de curso de la vida emocional infantil (Sandler, Kennedy y Tyson, 1983).

En psicoterapia, por lo menos en mi experiencia, se utilizan principalmente tres tipos de diagnóstico: el estructural, el psicodinámico y el categórico-dimensional; aunque existe otro tipo de diagnóstico, el acercamiento ideográfico que rechaza las etiquetas simples y enfoca el contexto total de la persona individual. Este acercamiento puede manejar distintas teorías o puede ser ecléctico. Normalmente se usa este acercamiento para el trabajo clínico; es decir, se ve el niño en su totalidad y circunstancias de vida; se piensa en los varios desórdenes, problemas y situaciones psicosociales que se pueden ver como posible diagnóstico y tratamiento (Flesler, 2007).

Muchas veces se realiza el diagnóstico categórico dimensional para tener un lenguaje común, pero el estructural o el psicodinámico sirven para entender la estructura intrapsíquica del paciente. Con la utilización de estos tres tipos de diagnóstico se puede realizar un diagnóstico diferencial; se debe diagnosticar de manera adecuada, para poder plantear una mejor intervención psicoterapéutica y dar el tratamiento oportuno.

1. DIAGNÓSTICO

Al hacer la pregunta ¿por qué diagnosticar? La respuesta podría ser que se diagnostica para comunicar lo que le sucede al paciente utilizando un mismo lenguaje; y que los profesionales de la salud que puedan o necesiten leerlo, sepan de lo que se trata. Es útil realizar un diagnóstico para fines de pronóstico, tratamiento, comorbilidad, diagnóstico diferencial e investigación.

Para empezar, tendríamos que entender a qué nos referimos cuando hacemos un diagnóstico. Es el procedimiento por el cual se determina la naturaleza de un trastorno o enfermedad estudiando su origen, su evolución y los signos y síntomas manifestados por ellos (Diccionario Larousse de la Lengua Española; Warren, 1999). Es la capacidad de discernir, es decir, distinguir con acierto (Diccionario de términos médicos).

Existen diferentes maneras de diagnosticar, éstas dependen de la base teórica que se utilice (Díaz, 2002). Existen cinco modelos teóricos:

- 1) Categorico – Dimensional (modelo médico). Este modelo conceptual se usó para realizar el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV, 2000). El acercamiento categorico se refiere a la clasificación de los desórdenes en presentes o ausentes; hace referencia a los síntomas; el acercamiento dimensional, observa las dimensiones de función o disfunción, el grado en el que se presenta el trastorno. La combinación de ambos se le llama prototípico y es utilizado como un constructo, es decir como un modelo ideal que es casi imposible de encontrar en la práctica, pero que sirve como guía.
- 2) Fenomenológico. Describe el hecho real sin darle ninguna explicación, es decir, el objeto de estudio es la persona que se le presenta, como realidad que tiene sentido en sí misma, y sus manifestaciones externas, su conducta, como realidad que procede de ella.

- 3) Psicodinámico. Hace el diagnóstico frente a las características de los mecanismos de defensa, el conflicto intrapsíquico y lo relativo a lo que se genera en la transferencia – contratransferencia.
- 4) Estructural. Hace diagnóstico del funcionamiento de las tres estructuras intrapsíquicas ello, yo y superyó. Se basa en el psicodinámico.
- 5) Introspección y centrado en los síntomas (modelo ecléctico que selecciona lo mejor de distintas corrientes de pensamiento). Se toma el modelo psicodinámico y el categórico – dimensional dependiendo del material que esté exponiendo el paciente durante el proceso de diagnóstico (Díaz, 2002).

Algunos autores (Janin, 2007) no están de acuerdo en realizar diagnósticos categóricos, porque denominar y clasificar en cuadros clínicos es una contradicción fundamental, ya que no se tienen en cuenta las situaciones particulares por las que atraviesa cada paciente. Mencionan que en los últimos años se ha generalizado el uso del *DSM-IV* en los consultorios psicológicos y pediátricos, e inclusive en el ámbito escolar, es frecuente que los maestros diagnostiquen a los niños con los nombres que propone este manual (Janin, 2007).

Al intentar hacer un diagnóstico o clasificarlo, lo más probable es que se dejen de lado las diferencias, se tome en cuenta sólo conductas, lo observable y se pase por alto el sufrimiento del niño. El modo de diagnosticar, en el que se pasa de una descripción de síntomas a determinar una patología (*DSM-IV*, 2000), tiene un elemento central: desmiente la historia del niño y anula el futuro como diferencia. Proponen que lo fundamental es detectar el sufrimiento del niño. Por eso, mucho más que diagnosticar de qué tipo de trastorno psíquico se trata y ponerle un nombre, mucho más que “tipificar”, “catalogar” algo, el tema es entender cuáles son las determinaciones de una dificultad, cuáles son las conflictivas que expresa y a quiénes incluye. Todo niño requerirá un abordaje terapéutico acorde a cuáles son las determinaciones de su sufrimiento e intervenciones específicas, de acuerdo con lo que le ocurra (Taborda y Díaz, 2007).

Otros autores (Taborda y Díaz 2007) mencionan que al realizar un diagnóstico deben tomarse en cuenta las configuraciones propias que trae el sujeto desde el nacimiento; el contexto familiar en el cual se ha desarrollado; las experiencias vividas; las huellas que éstas vivencias dejan; el momento evolutivo por el cual transita; las características de normalidad para la edad y el medio en que se desenvuelve. Donde la comprensión del síntoma solamente será factible en la medida en que se tenga en cuenta la relación entre la conducta externa, observable, comunicable y el mundo interno simbólico (Taborda y Díaz 2007).

Con el diagnóstico se pueden reconstruir a partir de las descripciones, los conflictos dinámicos que están detrás del cuadro clínico superficial ya que a menudo son los responsables del cambio de curso de la vida emocional infantil (Sandler, Kennedy y Tyson, 1983).

En psicoterapia, por lo menos en mi experiencia, se utilizan principalmente tres tipos de diagnóstico: el estructural, el psicodinámico y el categórico-dimensional; aunque existe otro tipo de diagnóstico, el acercamiento ideográfico que rechaza las etiquetas simples y enfoca el contexto total de la persona individual. Este acercamiento puede manejar distintas teorías o puede ser ecléctico. Normalmente se usa este acercamiento para el trabajo clínico; es decir, se ve el niño en su totalidad y circunstancias de vida; se piensa en los varios desórdenes, problemas y situaciones psicosociales que se pueden ver como posible diagnóstico y tratamiento (Flesler, 2007).

Muchas veces se realiza el diagnóstico categórico dimensional para tener un lenguaje común, pero el estructural o el psicodinámico sirven para entender la estructura intrapsíquica del paciente. Con la utilización de estos tres tipos de diagnóstico se puede realizar un diagnóstico diferencial; se debe diagnosticar de manera adecuada, para poder plantear una mejor intervención psicoterapéutica y dar el tratamiento oportuno.

1. TRASTORNO DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA

Definición: Los "Trastornos de la Conducta" incluyen una serie de trastornos, problemas, carencias o excesos cuyo denominador común es la presencia de alteraciones más o menos graves de la conducta de los niños (Kolb, 1992).

Epidemiología: Los niños con un trastorno de conducta quebrantan repetidamente los derechos personales o de propiedad de los demás y las expectativas sociales básicas. Un diagnóstico de trastorno de conducta puede efectuarse cuando los síntomas tienen una continuidad de 6 meses o más. También se conoce como "trastorno del comportamiento alterado" debido a su impacto en los niños y en sus familias, vecinos y escuelas. No todos los comportamientos perturbadores son iguales. Los trastornos del comportamiento incluyen problemas de salud mental con enfoques en los patrones de comportamiento en donde se identifican problemas emocionales y se crean dificultades interpersonales y sociales en el curso del desarrollo de los niños y adolescentes (DSM-IV, 2000).

Los trastornos del comportamiento se enfocan en los problemas de la salud mental que se identifican y generan por comportamientos más perturbadores. El trastorno del comportamiento más frecuente es el *trastorno por déficit de atención* (TDA). Otro trastorno del comportamiento alterado denominado *trastorno negativista desafiante* (TND) puede ser un precursor de un trastorno de conducta, perturba las relaciones con otras personas. Se diagnostica cuando el niño/a muestra señales de hostilidad y provocación durante al menos 6 meses (DSM-IV, 2000). El TND puede tener su inicio en los años de preescolar, mientras que un trastorno de conducta aparece, por lo general, en niños de mayor edad. Los trastornos del comportamiento (a veces denominados también trastornos de comportamiento perturbador) son el motivo más frecuente para remitir a los niños para evaluaciones y tratamientos de salud mental.

Existen muchos tipos distintos de trastornos del comportamiento que requieren el cuidado clínico por parte de un psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta. El trastorno de conducta (su sigla en inglés es CD), es una alteración del comportamiento, que

a veces es diagnosticada en la infancia, caracterizada por un comportamiento antisocial que viola no sólo los derechos de otras personas, sino también las normas y reglas adecuadas para la edad. Entre los comportamientos antisociales podemos citar la irresponsabilidad, el comportamiento transgresor (como las ausencias escolares o el escaparse), la violación de los derechos ajenos (robo, por ejemplo) y, o la agresión física hacia otros (asalto o violación). Estos comportamientos a veces se presentan juntos; pero puede suceder que aparezca uno o varios de ellos sin estar acompañados por ninguno de los demás (DSM-IV, 2000).

Etiología: Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo del trastorno de conducta. Los exámenes neuropsicológicos indican que los niños que tienen trastornos de conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas. Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento. Los niños que provienen de hogares en desventaja, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos. Se sabe que los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia (Kolb, 1992).

Existe también una relación entre el bajo nivel socioeconómico y los trastornos de conducta. Los niños que manifiestan un comportamiento delictivo y agresivo tienen un perfil cognitivo y psicológico al compararse con niños que tienen otros problemas mentales y con los pertenecientes a grupos de control. Todos los factores mencionados influyen en la interacción social de los niños (Kolb, 1992).

Aproximadamente del 1 al 4 por ciento de los niños en edades entre los 9 y 17 años tienen desórdenes de la conducta. Este trastorno se presenta con mayor

frecuencia en los varones que en las niñas. Los niños que padecen trastornos de la conducta con frecuencia tienen también otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno (Kolb, 1992). En las últimas décadas, los trastornos de la conducta han aumentado considerablemente, actualmente es uno de los principales motivos de consulta por el cual llegan a requerir psicoterapia; la conducta agresiva es la causa de entre un tercio y la mitad de las derivaciones en Estados Unidos a los servicios de salud mental para niños y adolescentes. La mayor parte de los síntomas que se observan en niños que tienen un trastorno de conducta, se presentan como conductas aisladas en niños que no tienen este trastorno. Sin embargo, en los niños que tienen TDA, estos síntomas ocurren de forma más frecuente e interfieren con el aprendizaje, el ajuste a la escuela y, algunas veces, con las relaciones del niño con los demás (Kolb, 1992; Friedberg y McClure, 2005).

La prevalencia de los Trastornos de conducta parece estar incrementándose en el curso de los últimos años; quizá es debido a que en la actualidad existen mayores posibilidades de ser diagnosticado, a que ha cambiado el contexto del niño, es decir, que al trabajar ambos padres, en algunas familias no existe el modelamiento ni el moldeamiento de conductas en los niños. El DSM-IV (2000) lo sitúa en un 6% en niños, y entre el 2% y 9% para las niñas. Por otro lado parecen encontrarse más casos en el ámbito urbano que en el rural.

Aunque la mayoría de las investigaciones ofrecen escasa información sobre las claves causales de los Trastornos de Conducta, al menos permiten suponer que en la etiología del trastorno juegan un papel fundamental los factores genéticos y ambientales (Van-Wielink, 2006; Solloa, 2001).

a) Factores Genéticos. Hoy en día parece demostrar que en los niños/as con estos trastornos existen factores hereditarios de tipo neurofisiológicos, psicofisiológicos y bioquímico, que predispondrían al sujeto a manifestar conductas infantiles aversivas y dificultades en el aprendizaje.

b) Factores Ambientales. Juegan también un papel determinante en la génesis y desarrollo de los Trastornos de Conducta. Responsable de que el individuo desarrolle adecuados intercambios con el ambiente, va a ser en gran parte la familia, que se constituye no sólo como el entorno en el que más frecuentemente está el individuo sino también como lugar en el que acontecen los principales aprendizajes del sujeto.

Los frecuentes conflictos matrimoniales pueden generar en el niño conductas agresivas incluso ya desde muy temprano. Y las pautas educativas e interacciones familiares parecen jugar también un importante papel. Elementos como el rechazo paterno, la permisividad frente a la agresión, una agresiva tendencia a castigar, una deficiente comunicación padres e hijos y las relaciones agresivas con los hermanos, contribuyen a la aparición del Trastorno de Conducta tanto de forma indirecta como directa (Van-Wielink, 2006; Solloa, 2001; Baumrind, 1971; Van Pelt, 1985; Faw, 1981).

Como se menciona anteriormente, dentro de la categoría de los trastornos de conducta, se incluyen diversos trastornos, entre ellos se encuentran el Trastorno por déficit de Atención, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno Disocial (que algunos lo consideran trastorno de la personalidad) (DSM-IV, 2000).

Sintomatología: A continuación se enumeran los síntomas más comunes de los trastornos de conducta. (DSM-IV, 2000). Existen cuatro grupos principales de comportamientos que pueden incluirse en esta clasificación:

1) Conducta agresiva, causa o amenaza un daño físico a otras personas y puede incluir:

- Conducta intimidante.
- Amedrentar.
- Peleas físicas.
- Crueldad con otras personas o animales.

- Uso de armas.
 - Acciones que obligan a otra persona a tener relaciones sexuales; violación o acoso sexual.
- 2) Conducta destructora:
- Vandalismo; destrucción intencional de la propiedad.
 - Incendios intencionales.
- 3) Falsedad, engaño:
- Mentira.
 - Robo.
 - Hurto en tiendas.
 - Delincuencia.
- 4) Violación de reglas:
- No asistir a la escuela.
 - Escaparse.
 - Bromas pesadas.
 - Travesuras.
 - Actividad sexual a muy corta edad.

Evaluación: Por lo general, los trastornos de conducta son diagnosticados por profesionales de la salud mental. Una historia detallada del comportamiento del niño por parte de los padres y maestros, observaciones clínicas del comportamiento del niño y, algunas veces, un examen psicológico contribuyen a realizar el diagnóstico (Van-Wielink, 2006; Solloa, 2001).

Tratamiento: El tratamiento temprano puede prevenir a menudo problemas futuros. Además, el trastorno de conducta a menudo se manifiesta junto con otros trastornos de la salud mental, incluyendo trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de estrés postraumático, abuso de drogas, trastorno de déficit de atención y trastornos del aprendizaje, aumentando la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento tempranos (Van-Wielink, 2006; Solloa, 2001).

1.1. Trastorno por Déficit de Atención (TDA)

Definición: Este trastorno está constituido por un conjunto de fenómenos neuropsicológicos, cuyos síntomas principales son los periodos cortos de atención. (Van-Wielink, 2006; Solloa, 2001; DSM-IV, 2000). Se pone de manifiesto por una interrupción prematura de la ejecución de tareas y por dejar actividades sin terminar. Los chicos cambian frecuentemente de una actividad a otra, dando la impresión que pierden la atención en una tarea porque pasan a entretenerse con otra (CIE-10).

Epidemiología: El mayor número de consultas por niños, especialmente varones, son solicitadas por dificultades de aprendizaje y frecuentemente se acompañan de diagnóstico previo de Trastorno por Déficit de Atención (TDA). Generalmente es la escuela, en principio, quien “descubre”, diagnostica y rotula. Numerosos investigadores, incluidos los norteamericanos, dudan de la validez del síndrome (TDA) (Marcelli y De Ajuriaguerra, 2005).

Etiología: Debido a que únicamente se toman los aspectos conductuales y neurológicos y no profundizan tomando en cuenta los aspectos psicodinámicos; es decir, que no se considera al niño como un ser social comprometido en una serie de interacciones (familia, escuela) que también pueden desempeñar un papel importante. La comprensión se vuelve muy limitada en las peculiaridades de las conductas del niño: cada “trastorno” de una conducta se relaciona a priori con un factor etiológico preciso y claro en un encadenamiento causal lineal, formando una “entidad” cerrada en sí misma. Parecen pasarse por alto las múltiples especificidades del niño, al mismo tiempo debido a su maduración, al hecho de su dependencia con el entorno pero también de su psiquismo en estructuración, al igual que un enfoque psicodinámico que proporcione a estas conductas un sentido diferente al de un simple déficit” (Marcelli y De Ajuriaguerra, 2005).

Sintomatología: La mayoría de niños diagnosticados con TDA, presentan problemas de comportamiento con sus iguales o con figuras de autoridad. Muchos de estos problemas surgen de la dificultad que tiene el niño con el manejo o control de sus emociones o nivel de actividad. Cuando ésta desobediencia no procede de su desatención o su impulsividad, si no que hay una intención clara, continuada y persistente a no obedecer, cuando estos problemas de conducta se agravan, se intensifican y aparecen a diario es cuando es necesario valorar la aparición de otros trastornos asociados y directamente relacionados con la conducta antinormativa, como pueden ser el Negativismo Desafiante o el Trastorno Disocial en casos más graves (Villegas, 2005).

1.2. Trastorno Disocial (TD)

Definición: Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por si mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2002; Solloa, 2001; DSM-IV, 2000; CIE-10).

Etiología: Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en niños. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hiperquinético es menos clara y es frecuente un

solapamiento entre ambos (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2002; Solloa, 2001; DSM-IV, 2000; CIE-10).

1.3. Trastorno Negativista Desafiante (TND)

Definición: El trastorno negativista desafiante es una conducta oposicionista-agresiva. El DSM-IV (2000) lo clasifica dentro de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (Solloa, 2001). Las estadísticas indican que el trastorno negativista desafiante afecta a 20 por ciento de la población de edad escolar. El TND es más común en los niños que en las niñas (Van-Wielink, 2006).

El oposicionismo sano de una etapa adquiere autonomía por sí mismo, se convierte en parte del carácter y persiste aún después de que su función adaptativa ha terminado. El negativismo es una expresión de la independencia y autonomía que se desarrolla (Solloa, 2001).

La etapa que se experimenta en la primer infancia, Erikson (citado en Solloa, 2001) la explica como “adquisición de un sentido de la autonomía al mismo tiempo que se combate contra un sentido de la duda y la vergüenza: realización de la voluntad”; la adquisición de la autonomía es el tema central, crea al mismo tiempo un sentido de duda respecto de su capacidad y su libertad para afirmar su autonomía y existir como un ser independiente. Erikson (citado en Solloa, 2001) considera que estas presiones contradictorias en el niño (a afirmarse y a autonegarse el derecho y la capacidad de realizar dicha afirmación) proporcionan el tema fundamental de la conducta negativista de la segunda fase del desarrollo.

Cuando el niño no supera la crisis puede sentirse desorientado y forzado a volverse contra sí mismo, con vergüenza y dudas acerca de su propia autonomía e individualidad y con una baja tolerancia a la frustración, por lo que se vuelve sumamente demandante e impositivo en un afán por sentirse independiente de alguna manera. (Freud Anna, 1997; Solloa, 2001).

El conflicto obediencia-desobediencia (control-sometimiento) surge en la etapa de control de esfínteres, que es el periodo del desarrollo en el que el niño tiene la primera experiencia educativa consistente en acatar reglas y límites y se enfrenta a la amenaza de “perder el cariño de los padres si no lo hace”. Cuando el niño no logra superar las tareas que esta etapa impone, es decir, “obedecer por amor y no por sumisión o temor”, se generan conflictos anales con tendencias hostiles, obsesivas y controladoras. (Solloa, 2001). Al comprenderlo y apoyarlo, se evitará que le tema a sus propios impulsos; la energía instintiva va a estar al servicio del niño para que éste no tema utilizar sus impulsos y se vuelva independiente de la presión del medio. El niño desarrolla el autocontrol o normas internas (Salles, 1992; Solloa, 2001).

En la fase edípica se consolidará la introyección de las normas paternas a través de la identificación. El niño mediante la identificación con sus padres, interioriza sus deseos y sus interdicciones y mediante este proceso, forma la estructura de la mente que se conoce como superyó; una de las funciones de esta estructura psíquica es la regulación de la conducta a través de la conciencia moral y del ideal del yo (Freud Anna, 1997; Solloa, 2001).

Etiología: Existen factores en la relación padres-hijos que promueven o intervienen en la presencia del trastorno negativista desafiante; uno de esos factores es cuando los padres, al identificarse con el niño, sutilmente transmiten su temor o su indisponibilidad a tolerar la fuerza de sus propios impulsos; tales padres pueden alentar en sus hijos actividades, conductas y actitudes que ellos no se permiten

expresar abiertamente y que, de manera inconsciente, actúan a través de las conductas de sus hijos. Otro factor, es la incoherencia de la severidad y la indebida permisividad de la educación; lo que es un reflejo de la debilidad del yo de los padres. Para el niño la permisividad excesiva y la falta de límites de sus padres no es interpretada como un signo de amor o respeto por sus derechos democráticos; sino que por el contrario, percibe, con razón, esta actitud de sus padres como un indicio de debilidad y de falta de interés por él. (Es necesario fortalecer y apoyar el yo inmaduro del niño en sus esfuerzos por tolerar las tensiones del impulso sin descargarlo en forma inmediata). Con padres inconscientes o ambivalentes en sus prácticas disciplinarias, el niño es reforzado por la vacilación de los padres y continúa con la conducta oposicionista (Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006).

Aunado a lo anterior, existen otros factores que influyen en la presencia de conductas hostiles y desafiantes, como la falta de logros escolares, el mayor nivel de rechazo por parte de los iguales y la discriminación o marginación (Friedberg y McClure, 2005).

2.4. Criterios para diagnosticar TDA, TD y TND del DSM-IV con códigos del CIE-10

| Trastornos | F90.9 por Déficit de Atención con hiperactividad [314.9] | F91.8 Disocial [312.8] | F91.3 Negativista Desafiante [313.81] |
|--------------------------------------|---|---|--|
| Criterios para el diagnóstico | A. (1) o (2): (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo: <i>Desatención</i> | Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos | Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos: (1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas (2) a menudo |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</p> <p>(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</p> <p>(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</p> <p>(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p> <p>(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p> <p>(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p> <p>(g) a menudo extravía objetos necesarios para</p> | <p>12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:</p> <p>Agresión a personas y animales</p> <p>(1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros</p> <p>(2) a menudo inicia peleas físicas</p> <p>(3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)</p> <p>(4) ha manifestado crueldad física con personas</p> <p>(5) ha manifestado crueldad física con animales</p> <p>(6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)</p> <p>(7) ha forzado a alguien a una actividad sexual</p> <p>Destrucción de la propiedad</p> <p>(8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves</p> <p>(9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)</p> <p>Fraudulencia o</p> | <p>discute con adultos</p> <p>(3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas</p> <p>(4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas</p> <p>(5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento</p> <p>(6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros</p> <p>(7) a menudo es colérico y resentido</p> <p>(8) a menudo es rencoroso o vengativo</p> <p>Nota. Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.</p> <p>B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.</p> <p>C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas) (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo: <i>Hiperactividad</i> (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de</p> | <p>robo (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tima» a otros) (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones) Violaciones graves de normas (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo) (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad B. El trastorno</p> | <p>D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad</p> |
|--|---|---|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>inquietud) (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor (f) a menudo habla en exceso <i>Impulsividad</i> (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos) B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad. C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa). D. Deben existir pruebas claras de</p> | <p>disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.</p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| | <p>un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).</p> | | |
| <p>Subtipos</p> | <p>Códigos basados en el tipo:</p> <p>F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses</p> <p>F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses</p> <p>F90.0 Trastorno por déficit de atención</p> | <p><i>Especificar</i> el tipo en función de la edad de inicio:</p> <p>Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad</p> <p>Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad</p> <p><i>Especificar</i> la gravedad:</p> <p>Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los</p> | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses</p> | <p>requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros</p> <p>Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves»</p> <p>Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.</p> | |
|--|---|--|--|

En la tabla anterior se pueden observar los diferentes criterios que existen para poder realizar los diagnósticos de TDA, TD o TND.

1. COMORBILIDAD ENTRE TDA, TD Y TND

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas del *Trastorno por Déficit de Atención* (TDA) de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos. Puede observarse desatención debido a múltiples causas, no sólo cognitivas, sino también emocionales o causadas por ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos (DSM IV, 2000; Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006).

Los niños con comportamiento negativista pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas en sujetos con TDA. El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunos sujetos con TDA presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso. Cuando coexisten ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos (DSM IV, 2000; Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006).

Aunque los niños con TDA suelen exhibir un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, este comportamiento no viola por sí mismo las normas sociales propias de la edad y, por consiguiente, no suele cumplir los criterios de *Trastorno Disocial* (TD). Cuando se cumplen simultáneamente los criterios de TDA y de TD, deben establecerse ambos diagnósticos (DSM IV, 2000; Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006).

El *Trastorno Negativista Desafiante* (TND) incluye algunas de las características observadas en el TD (p. ej., desobediencia y oposición a las figuras de autoridad), pero no incluye el patrón persistente de las formas de comportamiento más graves, que implican la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales propias de la edad del sujeto. Cuando el patrón comportamental del sujeto satisface los criterios tanto de TD como de TND, el diagnóstico de TD debe ocupar el lugar preferente y el TND no debe

diagnosticarse. Los comportamientos perturbadores de los sujetos con TND son de una naturaleza menos grave que las de sujetos con TD y típicamente no incluyen agresiones hacia personas o animales, destrucción de propiedades ni un patrón de robos o fraudes (DSM IV, 2000; Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006).

Es común encontrar el TDA como diagnóstico primario, mientras que el TND aparece como síntoma asociado o secundario. Sin embargo, es vital para el éxito del tratamiento el poder diferenciar los síntomas que pertenecen al TDA de aquellos que corresponden al TND. Si no establecemos tal delimitación de síntomas, podemos fácilmente caer el error de suponer que el tratamiento de la primera condición implicará una mejoría en los síntomas de la segunda condición. Con esto queremos decir que la mejoría en los síntomas del TDA no necesariamente conlleva mejoría en los síntomas del TND y viceversa. (Villegas, 2005; Van-Wielink, 2006).

En un estudio preliminar realizado en Estado Unidos, México y Argentina, se encontró que la mayoría de las quejas de madres con hijos diagnosticados con TDA pertenecía a la categoría diagnóstica del TND, más que al grupo de TDA. Cuando se les pidió a las mamás que indicaran los síntomas más perturbadores en sus hijos, diagnosticados con un TDA, se encontró, que los dos síntomas más comúnmente mencionados por la mamás no corresponden al grupo de síntomas del TDA, sino más bien al grupo de síntomas del TND. Esto mismo lo observamos comúnmente en la práctica privada, en donde las quejas/síntomas atribuidos a niños con TDAH corresponden más al grupo TND que al de TDA. Esta situación genera confusión y desaliento en muchas familias que llevan al niño a tratamiento por problemas de conducta en la casa y en la escuela. Muchos de estos niños terminan con el diagnóstico primario de TDA y un posible diagnóstico secundario de TND. Con un diagnóstico primario de TDA existe una alta probabilidad de que el tratamiento central sea la medicación. Un medicamento apropiado definitivamente ayudará con los síntomas de inatención e impulsividad que caracterizan al TDAH. Sin embargo, el mismo medicamento no será efectivo con

los síntomas del TND. Si dejamos de lado el tratamiento conductual y enfatizamos solamente el medicamento, podemos estar seguros de que muchos de los síntomas que generalmente tienen estos niños quedarán desatendidos. Al estar desatendidos, las posibilidades de mejoría o no existen o son mínimas. Es precisamente acá donde se genera la frustración en estas familias, quienes observan mejoría en los procesos de atención y concentración en sus hijos y sin embargo, no observan mejoría significativa en conductas perturbadoras, tales como “no hacer caso”, “discutir todo el tiempo”, “pataletas”, “encolerizarse y resentirse”, “ser rencoroso y vengativo”, etc. etc. Cuando las quejas/síntomas principales pertenecen al grupo de conductas antes mencionadas, el diagnóstico apropiado es el de TND y no el de TDA. Si en adición a estas conductas el niño(a) aparece desatento e impulsivo, podemos agregar entonces como diagnóstico secundario (y no primario) un TDA (Villegas, 2005; Van-Wielink, 2006).

Es muy importante que el psicoterapeuta involucrado en los procesos de diagnóstico y tratamiento, haga una clara distinción entre el TDA y el TND, y lo pueda transmitir a los padres, realizando un diagnóstico apropiado. (Villegas, 2005). Para lograr un diagnóstico, cada trastorno consta de criterios muy diversos. En el caso de los cuadros clínicos: Trastorno por Déficit de Atención, Negativista Desafiante y el Disocial; incluyen criterios que se podrían confundir al momento del diagnóstico. Para poder explicar lo que motiva en cada trastorno a llevar a cabo determinados comportamientos, se realizó una tabla comparativa, en donde se englobaron algunos criterios, creando rubros de cada trastorno:

Tabla 1 Rubros comparativos entre TDA, TD y TND

| Rubros | T Déficit Atención | T Negativista Desafiante | T Disocial |
|--|--|--------------------------|----------------------------------|
| Incumplimiento de labores | Falta de atención | Oposición | Por molestar al maestro |
| No termina sus tareas | Le cuesta trabajo mantener la atención | Oposición | Por hacer un daño a la autoridad |
| Distracción | Concentración | Oposición | Piensa en molestar |
| Se levanta constantemente de su asiento | No puede permanecer sentado por periodos prolongados | Oposición a la autoridad | Para molestar a los demás |

| | | | |
|--|------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros | Hiperactividad | Desafiar | Para provocar daño |
| Dificultades para jugar con otros | Hiperactividad y falta de atención | Oposición | Agresividad |
| Precipitación de respuestas | Impulsividad | Desafiar | No piensa en consecuencias |
| Parece que no escucha cuando se le habla | Falta de atención | Oposición | Provocar daño |
| No siguen normas | Falta de atención | Oposición | Provocar daño |
| No sigue instrucciones ni ordenes | Falta de atención | Desafiar | Provocar daño |
| Parece que olvidan sus deberes | Distracción | Desafiar | Provocar daño |
| Pocas amistades | Hiperactividad y falta de atención | Oposición | Agresividad |
| Hacen ruido | Hiperactividad | Desafiar | Molestar |
| Conductas agresivas | Hiperactividad | Oposición | Molestar |
| Movimiento constante | Hiperactividad | Berrinche pataletas | Golpes |
| Baja tolerancia a la frustración | Falta de concentración | Berrinches | Solo le importa sí mismo |
| Rechazo de compañeros | Hiperactividad | Conductas negativistas | Molestar |
| Golpear a compañeros | Hiperactividad | Impulsividad | Provocar daño |
| Molesta a otros | Hiperactividad | Impulsividad | Provocar daño |
| Acoso escolar | Propenso a ser acosado | Acosan | Acosan |

Lo que se puede observar con la anterior tabla, es que en lo que difieren estos trastornos es en los esquemas cognitivos y de atribución, ya que en los niños que presentan TDA muestran distorsiones en las habilidades de resolución de problemas cognitivos; los que presentan TND aunque se dan cuenta de las consecuencias, lo hacen, atribuyen su hostilidad hacia los demás y los que presentan TD no tienen claro que lo que hacen están mal (placer, impulso a hacerlo), actúan por la desconfianza y el resentimiento hacia los demás, caen en el campo de la delincuencia. Diferenciando así en el propósito e intención de la conducta (DSM IV, 2000; Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006)

Con base en lo anterior, nos podemos dar cuenta, que el tratamiento que puede seguirse con niños que presentan TND debe consistir en la integración de los impulsos conflictivos del yo y en el fortalecimiento de su función sintética. El problema deriva de una lucha que establece el niño por tener el control en todas las situaciones. El rol del terapeuta funciona como yo auxiliar del niño; la relación con el niño debe posibilitar al niño para hacer una identificación positiva con él y así estar dispuesto a aceptar que lo discipline. Se debe de modificar la identificación que el niño tenga con sus padres convirtiéndoles en objetos de amor más adecuados. El niño debe sentir que el terapeuta a la vez que comprende sus impulsos y su necesidad de descargarlos, está firme a su lado y no permitirá que lo abrumen, ni que los descargue sin control. Es importante mejorar la autoestima de estos niños, así la independencia sustituye sus esfuerzos por no sentirse sometido, humillado y controlado (Salles, 1992; Solloa, 2001).

4. APEGO Y CONDUCTA DESAFIANTE. LA INFLUENCIA DE LAS PRÁCTICAS EDUCATIVAS DE LOS PADRES SOBRE LAS CONDUCTAS DE SUS HIJOS.

La familia es el primer contexto social en el cual el pequeño se desenvuelve, y es en este, donde el niño aprende las conductas que le permitirán relacionarse con otras personas fuera del ambiente familiar. Es importante un clima familiar cálido que responda a las necesidades afectivas del infante desde el momento de la concepción. **“Las relaciones tempranas con la familia especialmente con los padres influyen de manera decisiva en la personalidad”** (Bowlby, 1998; Shaffer y Kipp, 2007; Squires, 2004).

4.1. Apego

El *apego* es el lazo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de sus habilidades psicológicas y sociales (Bowlby, 1998; Shaffer y cols. 2007). Bowlby (1998) define al apego como "la conducta que reduce la distancia de las personas u objetos que suministran protección", propone que los seres humanos presentan una tendencia innata a buscar vínculos de apego, los cuales brindan una satisfacción personal y constituyen a la supervivencia de la especie. Aunque la alimentación y el sexo cumplen una función importante dentro del vínculo, la relación de apego tiene una existencia, una dinámica y una función propia.

Existe una tendencia primaria por parte de los individuos a establecer fuertes lazos emocionales con determinadas personas, considerando esto como un componente básico de la naturaleza humana. En la infancia los lazos emocionales se establecen con los padres en busca de protección y apoyo, los cuales prosiguen a lo largo de todo el ciclo del desarrollo, pero complementados por nuevos lazos de acuerdo a los periodos evolutivos (Bowlby, 1998; Shaffer y cols., 2007; Squires, 2004)

El modo en que los padres se relacionan y tratan a un niño durante la primera infancia, determina la pauta de apego que éste desarrolle, las cuales según Ainsworth (1971) pueden clasificarse en tres grupos principales, relacionadas a su vez con las condiciones familiares que las favorecen:

☞ El **apego seguro**, son las circunstancias en las que un niño puede recurrir a sus padres en busca de apoyo y cuidado, de modo accesible, frente a circunstancias adversas. Esto favorece la exploración del entorno, permitiendo el desarrollo del juego, el contacto con los pares y las actividades sociales, sin presentarse la necesidad de proximidad continua. Para ello la madre especialmente tendrá que poder captar las necesidades del niño, garantizándole la seguridad del cuidado en caso que la necesite. Este tipo de apego es considerado como la situación de mayor normalidad. El niño solo tiende a protestar durante la separación recibiendo a la figura de apego con solicitud y tranquilizándose. Suelen mantener conductas exploratorias con normalidad en presencia de la figura de apego y establecen relaciones de confianza con extraños (Ainsworth, 1971; Berk, 1999; Shaffer y cols., 2007).

☞ El **apego ansioso**, se da cuando la presencia del cuidador es ocasional (física y emocionalmente), lo que hace al niño más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tiene expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás (Berk, 1999; Bowlby, 1998; Shaffer y cols., 2007). En el *apego ansioso-evitante*, el niño parece poco afectado cuando se produce la separación de la figura de apego, parecen no tener necesidad de confort dando la impresión de independencia. Su conducta exploratoria permanece en ausencia de la figura de apego como base de seguridad. Su contacto con extraños es frecuente soliendo ignorar a la figura de

apego cuando vuelve. Suele darse en madres que ignoran o rechazan al niño, hablan de él en términos negativos, mostrándose molestas con su hijo (Ainsworth, 1971).

Las consecuencias psicopatológicas:

- Continúan presentando conductas de evitación a lo largo de la infancia.
- Manifiestan altos niveles de hostilidad y agresividad.
- Presentan una alta tasa de interacciones negativas con otros niños.
- Conductas negativistas, distancia emocional, malhumor y solitarios.
- Utilizan estrategias de evitación y autosuficiencia como mecanismo de distanciamiento de los demás (Ainsworth, 1971).

☞ **Apego ansioso-resistente o ambivalente.** Son niños que se muestran muy perturbados con gran ansiedad o agitación durante la separación de la figura de apego. Cuando buscan consuelo en la figura de apego lo hacen de forma ambivalente: apego excesivo o rechazo. Gran resistencia al consuelo. Las madres suelen ser insensibles a las demandas del niño y tienen dificultad para interpretar las demandas de su hijo dando respuestas inapropiadas.

Las consecuencias sobre el niño son importantes: suelen presentar una continuidad de este tipo de apego hasta la edad escolar. Son niños poco asertivos, inhibidos, con interacciones pobres y tendencia al repliegue en situaciones sociales (Ainsworth, 1971; Berk, 1999; Shaffer y cols., 2007).

Main y cols (1988) observaron que había un subgrupo de niños que no podían agruparse siguiendo la tipología de Ainsworth. Proponen un cuarto tipo de apego:

☞ **Desorganizado / desorientado.** Los niños con este tipo de apego presentan conductas desorganizadas y confusión cuando se produce la separación de la figura de apego, no presentan estrategia que liciten confort ante el estrés y su apego es ambivalente y evitativo. Las madres han sido, con frecuencia, víctimas de un trauma que no han resuelto siendo ansiosas y temerosas (Berk, 1999; Shaffer y cols., 2007).

Proyectan sus miedos en circunstancias actuales y son incapaces de reconocer las demandas de su hijo dando respuestas inconsistentes.

Las consecuencias son poco conocidas, aunque Lyons-Ruth y cols. (1993) defienden la postura de estos niños presentarán altos niveles de agresividad, conductas coercitivas y hostiles durante la edad escolar.

Es el apego desorganizado el que origina el mayor problema de regulación emocional y el que muestra una mayor asociación con los problemas psicológicos.

Se ha demostrado que los niños con un Trastorno Negativista Desafiante presentan un apego inseguro tanto a la figura paterna como materna. Sin embargo, el hecho de que un porcentaje importante de niños con trastornos de conducta presenten un apego seguro, nos indica que el apego inseguro no es más que un aspecto más de los implicados en la génesis de los trastornos de conducta. Los niños con apego desorganizado, si lo comparamos con las demás modalidades de apego, presentarán un repertorio mayor de conductas agresivas, violentas, abusos sexuales y han estado expuestos con más frecuencia a experiencias traumantes al igual que sus padres. Los niños que tienen padres maltratantes y desorganizados, utilizan el trastorno de conducta como forma para expresar su necesidad de controlar la situación tal como se manifiesta en la edad escolar: serían niños más controladores y agresivos que sus padres (Sroufe y cols, 1990; Méndez, González, 2002).

Los síntomas psicológicos relacionados con el vínculo son el resultado de dificultades en la relación padres/hijo debido a separaciones, pérdida de los cuidadores, abuso y negligencia y otras anomalías (Ainsworth, 1971):

- La presentación de conductas impredecibles.
- La presencia de conductas de intimidación hacia los demás o ser víctima de ellas.
- Marcados déficits en las relaciones sociales.
- Conductas agresivas hacia otros niños.

- Baja tolerancia a la frustración y déficits en los mecanismos de inhibición conductual o autocontrol.

Desorganización y desorientación en la resolución de problemas.

- Conductas contradictorias.

- Miedos excesivos, trastornos de ansiedad generalizada y/o síntomas depresivos.

- En ocasiones pueden existir síntomas disociativos o perplejidad: atención insuficiente a los acontecimientos externos.

- Respuestas escasas o lentas, inhibición conductual ante situaciones novedosas o cambiantes.

- Junto a la falta de habilidades para la resolución de problemas, podemos encontrar, igualmente, inhabilidad para pedir ayuda experimentando malestar en situaciones que las requieran.

- Falta de empatía hacia los demás y tendencia a conductas sociopáticas.

- Serias dificultades para establecer vínculos de amistad y establecer relaciones de confianza hacia los demás.

- Rabietas frecuentes y dificultades en la regulación de las emociones.

- Escaso placer en las emociones y manifestaciones de malestar en las situaciones en las que estas deben manifestarse.

- Muy demandante.

- Problemas con la conducta alimentaria.

- Contacto ocular pobre.

Ainsworth (1971) menciona que el desarrollo anormal en el apego lleva una serie de trastornos en el niño a futuro.

Como *retrasos en el desarrollo*: Niños que han sufrido negligencia emocional en su niñez temprana, a menudo tienen retraso en su desarrollo en otros dominios. El vínculo entre un niño pequeño y sus cuidadores provee el mayor vehículo para su desarrollo físico, emocional y cognoscitivo.

Hábitos Alimenticios: Los hábitos alimenticios extraños son comunes, especialmente en niños con problemas severos de negligencia y apego.

Conductas calmantes: Para calmarse, estos niños emplean conductas muy primitivas, inmaduras y bizarras. Podrían morderse, golpearse la cabeza, mecerse, cantarse, arañarse o cortarse. Estos síntomas aumentan en momentos en que sienten angustiados o amenazados.

Funcionamiento emocional: Estos niños presentan una gama de problemas emocionales, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad. Una de estas conductas comunes es el apego "indiscriminado". Todos los niños buscan sentirse seguros. Si tenemos en mente que el apego es importante para la sobrevivencia, los niños pueden buscar apego (cualquier apego) para su seguridad.

Modelaje inapropiado: Los niños copian la conducta de los adultos (aún cuando ésta sea abusiva). Aprenden que ésta es la forma "correcta" de interactuar con otros. Esto les causa problemas en sus interacciones sociales con adultos y otros niños.

Agresión: Uno de los mayores problemas con estos niños es la agresión y la crueldad. Esto se relaciona a dos de los problemas principales en los niños que sufren negligencia: (1) falta de empatía y (2) pobre control de impulsos. Ellos realmente no entienden o perciben lo que otros sienten cuando ellos hacen o dicen cosas hirientes. A menudo sienten la urgencia de azotar y herir a otros. Lastiman animales, niños más pequeños, pares o a sus hermanitos. Uno de los elementos más preocupantes de estas agresiones es que, están acompañadas por una fría y despegada falta de empatía. Al ser confrontados con su conducta cruel y agresiva, estos niños muestran arrepentimiento (una respuesta intelectual), pero no remordimiento (una respuesta emocional).

La conducta de apego se organiza por medio de un sistema de control, análogo a los sistemas de control fisiológico que mantienen dentro de ciertos límites, las medidas fisiológicas (como la presión sanguínea). Así, el sistema de control del

apego mantiene el equilibrio entre cercanía-distancia respecto de la figura de apego (Ainsworth, 1971).

El sistema de apego, cuyo objetivo es la experiencia de seguridad, es un regulador de la experiencia emocional. Para Bowlby (1998), la presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí mismo, modelos de funcionamiento interno, y de las figuras de apego, constituyen características centrales del funcionamiento de la personalidad. La salud estará relacionada con la capacidad del individuo de reconocer figuras adecuadas para darle una base segura, y su capacidad para colaborar en el establecimiento de una relación mutuamente gratificante.

A través de las relaciones de apego que los niños establecen desde su primera infancia con los adultos encargados de su cuidado desarrollan las primeras representaciones sobre lo que puede esperarse de los demás y de uno mismo, de las que depende su capacidad de autorregulación. Estos modelos internos básicos (*internal working model*) pueden explicar la relativa continuidad que en ocasiones se observa entre la calidad de las primeras relaciones con la calidad de las que se establecen en edades posteriores (Ainsworth, 1993; Bleichmar y Leiberman, 2006; Bowlby, 1980; Crittenden, 1992; Sroufe y cols., 1990; Shaffer y cols., 2007; Squires, 2004; Thompson, 2000), así como la tendencia a la reproducción intergeneracional del tipo de apego (Bowlby, 1969, 1980; Ricks, 1985; Kazui, Endo, Tanaka, Sakagami y Suganuma, 2000). Ambos tipos de continuidad (intrasujeto e intergeneracional) han sido atribuidas tanto a la continuidad del ambiente en el que se desarrollan los modelos de apego como a la posibilidad de que actúen como expectativas que se cumplen automáticamente (Ainsworth, 1993).

La calidad del apego nos dice, de alguna manera, de cómo un niño ha sido tratado. Así Reiss y cols. (1995) han demostrado que *el nivel de actitud negativa de los padres frente al hijo predice los comportamientos antisociales*, al margen de

la predisposición genética, siendo otro aspecto muy importante *la confusión de límites con inversión de los roles*. Distintas anomalías en el apego pueden estar asociadas con la etiología, con su desarrollo o con el mantenimiento de los problemas de conducta. De hecho un gran número de conductas consideradas como precursoras de los trastornos de conducta (las rabietas, las agresiones, las conductas de oposición, el desafío) podrían ser estrategias para llamar la atención o el acercamiento de la figura de apego cuando ésta se encuentra insensible a las señales del niño.

De esta forma el apego inseguro puede conducir a sesgos hostiles en la percepción del otro, dando lugar a reacciones de agresividad de tipo reactivo. En tanto que el apego seguro daría lugar a relaciones interpersonales basadas en la confianza (Reiss y cols., 1995).

Se han encontrado algunos factores asociados al Trastorno Negativista Desafiante (TND) en niños en edad escolar, se clasificaron en cuatro dimensiones que predicen este trastorno: el temperamento difícil, estrategias educativas parentales, la adversidad familiar y el apego inseguro. Ninguna de ellas aisladamente sirven como predictores de riesgo. Cuando un niño presenta al menos dos o más de estos factores de riesgo se incrementaría en 34 veces más la probabilidad de presentar un TND (Lyons-Ruth y cols. 1993).

| Tipos de apego | Seguro | Desorganizado |
|-----------------------------|--|---|
| Desarrollo posterior | Juego simbólico más complejo y creativo. Expresan más emociones positivas y menos negativas. Más atractivos como compañeros de juego | Hostiles y agresivos en el periodo preescolar y en la primaria. Rechazados por sus pares |

4.2. Prácticas Educativas de los padres

El conjunto de las prácticas educativas realizadas por los padres, así como sus actitudes ejercen una gran influencia sobre la conducta de los hijos. Si bien en todas las familias podemos encontrar alguno de los factores de riesgo de trastornos disociales, lo que se demuestra es que éstos son estadísticamente significativos en las familias con una mayor prevalencia del trastorno. La cuestión es conocer cuáles son los procesos familiares que dan lugar a los trastornos disociales y a la delincuencia entre sus miembros (Baumrind, 1971; Van Pelt, 1985; Faw, 1981).

Varios rasgos personales exponen a los padres a tener patrones insensibles de crianza que favorecen un apego inseguro: depresión clínica, de niños no se sintieron amados o fueron niños abandonados o maltratados, o padres que no planearon el embarazo y que tiene hijo no deseados (Shaffer y cols., 2007).

La frecuencia del apego inseguro aumenta entre las familias que deben tener varios trabajos y se ven obligados a ausentarse largo tiempo del hogar.

La calidad de la relación del cuidador con su cónyuge produce un fuerte efecto en la interacciones entre progenitor-hijo. Un matrimonio conflictivo es el principal riesgo ambiental capaz de obstaculizar e inclusive impedir el establecimiento de vínculos afectivos seguros (Shaffer y cols., 2007).

Uno de los aspectos más importantes que influyen en la relación padre-hijo es el estilo educativo. Se entiende por estilo educativo, la forma en que los padres presentan un patrón global de comportamiento dentro de un continuo más o menos amplio de tácticas destinadas, tanto por el padre como por la madre, a la regulación de la conducta de sus hijos (Langlois, 2004).

Los *Estilos Educativos* han sido clasificados en tres tipos básicos:

Estilo permisivo: Caracterizado por ser poco punitivo, donde los padres se comportan de una manera tolerante y accesible hacia los impulsos y acciones de sus hijos, dejando al niño regular su actividades como él desee, no se le pide obediencia, se le fomenta a que siga su criterio sin restricciones psicológicas ni conductuales, no le imponen límites (Baumrind, 1973).

Estilo autoritario: Contrariamente al estilo permisivo, se controla, evalúa el comportamiento del niño con respecto a unas normas de conducta. La obediencia es valorada positiva en sí misma. Favorece las medidas punitivas y valora la autoridad y la tradición como elementos fundamentales de la educación (Baumrind, 1973; Crokille, 1996).

Estilo democrático: Se dirigen las acciones del niño, aunque de forma racional y hablando con el niño. Al mismo tiempo que se valora la autonomía se realiza un control firme y reconocimiento de sus particularidades. Se admite que este estilo es el que mejor predice la confianza padres/hijos, así como la adaptación social positiva (Baumrind, 1971; Van Pelt, 1985; Faw, 1981).

Ante todo la ambigüedad y la permisividad, son los aspectos educativos que más importancia adquieren en la etiopatogenia de los trastornos de conducta (Olarte, 1984; García, 1984; Craig 1994; Papalia y Wendkos, 1992; Woolfolk, 1996)

La conducta oposicionista, agresiva e hiperactiva, se asocia a actitudes parentales autoritarias, la inconsistencia en su manera de reaccionar ante las conductas del niño (Nácher y cols., 2005; Betancourt, 2006).

Todos los trastornos de conducta se asocian a un tipo punitivo de interacción entre padres e hijos; las relaciones poco afectivas o calurosas se asocian a los trastornos de oposición y desafiantes y las conductas agresivas, a su vez, se asocian con conductas agresivas en los padres (Olarte, 1984; García, 1984; Craig 1994; Papalia y cols., 1992; Woolfolk, 1996).

De todas formas dos variables serian las que se encuentran más asociadas a los problemas de conducta: La falta de involucramiento de los padres en las actividades del niño y la falta de supervisión (Olarte, 1984; García Serrano, 1984; Craig 1994; Papalia y cols., 1992; Woolfolk, 1996).

1. METODOLOGÍA

1.1. Objetivo del trabajo:

Analizar las diferencias entre los tres cuadros clínicos (Trastorno por Déficit de Atención, Trastorno Disocial y Trastorno Negativista Desafiante) para poder realizar un diagnóstico diferencial que a su vez permita diseñar una estrategia psicoterapéutica.

Focos de intervención:

- Se pretende reducir en Raúl las pataletas
- Reducir la poca tolerancia a la frustración
- Que disminuyan sus conductas violentas o agresivas
- Trabajar su falta de límites
- Reducir sus conductas desafiantes

- Se debe trabajar con Raúl su falta o poca atención y está puede deberse o estar siendo influida por sus conductas negativista desafiantes. Al trabajar las conductas negativista desafiantes puede que aumente su atención.
- Se tendrán sesiones con la madre para trabajar cuales de sus conductas pueden estar fomentando los comportamientos de Raúl (entre ellos la falta de límites en casa)
- Fortalecer y apoyar su yo inmaduro para que pueda tolerar las tensiones del impulso sin descargarlo de forma inmediata
- Servir como yo auxiliar para permitir el fortalecimiento de su yo y así la energía instintiva esté al servicio del yo
- Apoyarlo para que pueda lograr la identificación de manera adecuada con sus padres, para que se desarrolle su superyó
- Confrontar sus esfuerzos por oponerse

Trabajar con los padres los tipos de interacción que están llevando con Raúl

1.2. Participante

Por cuestiones de confidencialidad, vamos a utilizar el nombre de Raúl para referirnos al niño de este estudio.

Raúl es un niño delgado de 7 años 7 meses, con apariencia de acuerdo a su edad, que cursa el segundo año de primaria, llega al consultorio vistiendo su uniforme escolar arreglado y limpio, sonriente y siempre dispuesto a entrar a la sesión de manera segura; comprende lo que se le dice de manera adecuada; con pensamiento concreto; movimientos espontáneos y constantes, pero sin llegar a la hiperactividad, es fácilmente controlable; su uso del lenguaje es adecuado para su edad y la frase que lo caracteriza es “a que no”, ya que tiende a retar, tratando de

crear cierta oposición, con actitud retadora y competitiva. En un instante, pasa de conducta demandante a actitud cooperadora.

Durante la psicoterapia se muestra manipulador, demandante, tratando que la terapeuta haga lo que él quiere y como él lo quiere; con poca tolerancia a la frustración, se molesta demasiado cuando no se cumplen sus deseos. Un evento relevante e importante de mencionar, es la actitud que tiene Raúl con su mamá, ya que en repetidas ocasiones la madre nos acompañó al consultorio, él se disgustaba, la corría a empujones, la jalaba y le gritaba que se saliera, a lo que la madre sólo respondía con risa y pidiéndole que le permita hablar un momento conmigo; con esto se puede observar que la madre es excesivamente permisiva y no establece límites.

1.2.1. Motivo de consulta

La madre refiere que Raúl se altera con facilidad y en ocasiones deja tareas inconclusas. Es muy inquieto, impulsivo, cuando no puede hacer las cosas se desespera, la mamá tiene que prestarle atención sólo a él para que haga la tarea y hablarle de manera extremadamente dulce (esto se ha presentado desde los cuatro años), con síntomas de agresividad, se pega en la cabeza y se jala el cabello.

Es muy demandante con la madre, pero al mismo tiempo colaborador, sobre todo en las labores del hogar. Es agresivo con la hermana y se pone celoso de ella. Manipula a la madre y cree que su Mamá quiere más a su hermana que a él (se lo ha dicho). Pelean constantemente Raúl y Paty y a la vez quieren estar juntos. *“Tienen diferentes recámaras, pero Raúl se pasa por la noche a la recámara de Paty”.*

Diagnosticado por parte de la psicóloga de la instancia infantil (cuando cursaba el preescolar) con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Episodio como ejemplo del comportamiento típico en Raúl: “fue a buscar a un vecinito para jugar, como no lo dejaron salir aventó tierra con una pala, la mamá del niño le dijo que no hiciera eso porque se podía lastimar, Raúl de lo enojado volteo y le contestó que no se metiera en lo que no le importaba, que ella no era su mamá”.

El niño refiere que su motivo de consulta era para aprender todo, platicar, jugar y estar sano.

1.3. Escenario:

El tratamiento se llevo a cabo en el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México. En el Centro Comunitario, se brinda atención a las colonias circunvecinas, donde se ofrecen conferencias, talleres, proyección y discusión de películas, psicoterapia, etc. Específicamente en la atención psicológica a los menores de 3 a 12 años se ofrecen evaluaciones psicológicas, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, orientación y consejería a padres.

1.4. Pruebas y Técnicas psicológicas:

- ◆ Entrevista con la madre.
- ◆ Entrevista con el niño.
- ◆ Test Gestáltico Visomotor Bender (1938)
- ◆ Método de Evaluación de la Percepción Visual de Frostig (DTPV-2). Hammil (1995)
- ◆ WISC-IV Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV. (2007)
- ◆ Dibujo libre. Heredia (2008)
- ◆ Dibujo de la Figura Humana. Koppitz (1995)

- ◆ Cas-Árbol-Persona (HTP) (acromático, cromático y en una misma hoja). Buck, Warren (1995)
- ◆ Dibujo de la familia (familia imaginaria y kinética). Corman (1967)
- ◆ Frases incompletas.
- ◆ Test de Apercepción Infantil (CAT-A). Bellak (2005)
- ◆ Fábulas de Düss. 1997

1.5. Procedimiento:

Para la realización de este reporte se utilizó el caso de Raúl, el cual se trabajó durante más de un año.

Se llevó un reporte por escrito, el cual se redactaba al finalizar cada sesión a la que asistía el niño, en el reporte se describía detalladamente lo sucedido cada ocasión y posteriormente se analizaba. Se fue compilando poco a poco la teoría que diera sustento al trabajo psicoterapéutico.

Al final se hizo un análisis del trabajo psicoterapéutico para determinar las fases.

1. RESULTADOS: CASO CLÍNICO

1.1. Antecedentes

Existe conflicto entre la madre y el padre (al comienzo del tratamiento, dice que la relación entre la pareja es muy buena). A finales del tratamiento la madre comentó que hubo una separación por una semana, a causa de infidelidad del esposo. La solución del marido fue que cada uno se quedara con un niño, la mamá no lo aceptó porque “no son un objeto”; el marido decidió que todo se quedara como antes, los cuatro juntos. La madre aceptó ya que le tiene mucho miedo a su marido (el comportamiento del marido generalmente era hostil y agresivo).

La madre afirma que para disciplinar a Raúl, ella no utiliza los golpes ni los gritos, le explica lo que hizo y sus consecuencias, por el contrario, el padre sí los utiliza; por este motivo Raúl le teme a su papá.

Desarrollo prenatal: La madre usaba el dispositivo cuando resultó embarazo de Raúl, se realizó dos veces la prueba de embarazo por medio de la orina y salió negativo, cuando se realizó la de sangre resultó positivo a los 3 meses de gestación.

Raúl nació después de tres años y medio de matrimonio de sus padres y año y medio después de que nació su hermana; no fue planeado, alrededor del cuarto mes de embarazo su marido se fue a trabajar a Durango, regresó dos días antes de que Raúl naciera. Casi todo el embarazo estuvo sola y cuidando a la hija mayor. Durante todo embarazo tuvo náusea y vómito, “Fue una etapa difícil, hasta llegué a rechazar al bebé”.

Desarrollo perinatal: Nació en el ISSSTE a los ocho meses por medio de cesárea, pesando 2.3 kg, con un APGAR de 8-9 y un soplo en el corazón que ya desapareció.

Durante las primeras semanas se le dieron baños de sol porque nació amarillo. Estuvo los primeros día en la incubadora por su bajo peso, ya que nació pesando 2.2 kg.

A partir de los tres meses ya se le alimentaba con pecho y leche de fórmula, combinando su alimentación con papillas y se le suspendió el pecho a los cuatro meses. Hasta la fecha come muy bien y su complexión es normal.

Se sentó solo a los 9 meses, no gateó, comenzó a caminar al año y medio, su primer palabra fue también alrededor del año y medio, el control de esfínteres lo logro a los dos años dos meses (*antes no quería*), se viste solo desde los 5 años y medio y come solo a los 4 años.

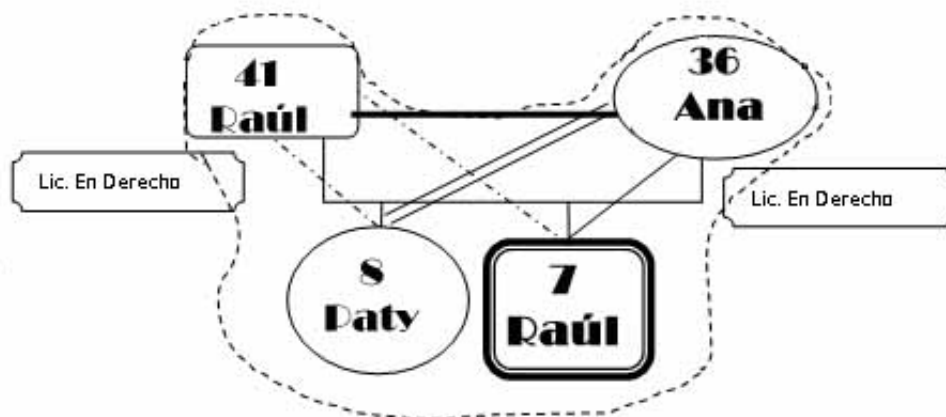
Comenzó a ir a la guardería al año ocho meses y a la primaria a los seis años. Dentro de lo esperado para su edad.

No tiene amigos en la escuela porque "*todos son gachos*", pero en la colonia tiene 7 amigos (incluyendo a su hermana) y todos juegan con sus bicicletas. En la actualidad ya se lleva con varios niños de la escuela, aunque tiende a juntarse más con niñas que con niños.

Desarrollo Psicosexual: Se encuentra al final de la etapa edípica y principios de la latencia, ya que se han encontrado en Raúl elementos de identificación con el padre, como el querer ser abogado, pero todavía siente celos de que alguien (generalmente la hermana) se acerque a su madre, se muestra demandante con su madre para que le preste mayor atención, al mismo tiempo ya comenzó con algo de socialización, aunque en la escuela hasta el momento no ha sido adecuada, ha logrado tener ciertos amigos, tiende a competir y rivalizar tanto con sus compañeros como con su hermana; su energía se ha empezado a encauzar hacia el trabajo escolar y el aprendizaje, y con la intensificación de luchas de poder con los padres, con mayor frecuencia con la madre y se intensifica su miedo a dañar a la madre. Paso las etapas oral y anal con ciertas

fijaciones, que se observan en su conducta: berrinches, manipulación de su madre, conductas desafiantes y demandantes, se muestra exigente, impaciente en relación a la satisfacción de sus deseos, negativista y posesividad dominante. Anna Freud (1977) menciona que se puede pensar en la presencia de fijaciones, porque la libido no se expresa por completo en las manifestaciones de la última fase de desarrollo (en este caso la de latencia), una parte de ella permanece ligada a modos anteriores de expresión (oral y anal). Su desarrollo se torna con falta de armonía dado que este cuerpo y esta mente desarrollados están ligados a una vida instintiva y emocional que se retrasa con respecto a ellos.

Estructura y dinámica Familiar



La familia está compuesta por el Sr. Raúl (papá), la Sra. Ana (mamá) ambos Licenciados en Derecho el papá trabaja en la PGR y la mamá en la Dirección de reclusorios del DF. Paty es la hija mayor, la cual se pelea constantemente con Raúl. La mamá trabaja 24 x 48 hrs revisando los expedientes iniciales y el papá trabaja de 9 am a 9 pm. Cuando le toca trabajar a la mamá los cuida la suegra y por la noche los recoge el papá.

Existen conflictos con la familia extensa, su relación es hostil.

Raúl y Paty están distantes del padre ya que conviven poco tiempo con él, aunque los recoge en casa de su mamá (la abuelita los cuida cuando la mamá trabaja) en la noche, ambos niños se encuentran dormidos, además de que él es que regaña e impone los castigos. La relación entre Raúl y Paty es conflictiva a causa de su rivalidad. La madre intenta que no sea molestado el papá con las faltas de Raúl, ya que llega cansado del trabajo.

La convivencia se da generalmente entre los miembros de la familia nuclear, es poco frecuente que tengan contacto con amistades.

1.2. Descripción de la madre

Es una mujer de carácter débil, sumisa, trata de mostrar una dinámica familiar “perfecta”, en donde todos se llevan muy bien y no existen conflictos, por lo mismo oculta los conflictos existentes en la familia y en la pareja. No coopera con el trabajo terapéutico, inconstante en asistencia, no pone límites ni reglas.

La inconsistencia y las conductas de la madre promovían regresiones en las conductas del niño.

Ocupando el lugar de su hijo, asistía a citas que correspondía a las sesiones del hijo.

El mecanismo de defensa que utiliza con mayor frecuencia es el de formación reactiva, ya que tiende a dar respuestas socialmente aceptables, contrario a la realidad.

1.3. Descripción del padre

Nunca se presentó a las sesiones. Los datos que se tiene de él y de sus conductas, fueron proporcionados por la madre de Raúl, por Raúl y lo que se observó tanto en las sesiones como en las pruebas.

Manipulador, dominante, agresivo; poco comprometido con la disciplina y educación de Raúl, relación poco afectiva con su familia.

1.4. Proceso psicoterapéutico

29 sesiones en el transcurso de 18 meses, con una duración de 50 minutos cada una, una vez por semana, basándose en un enfoque psicodinámico.

El tratamiento se dividió en 3 fases; la primer fase "*Conocimiento*", consto de 9 sesiones, de las cuales 3 fueron de entrevistas (2 con la mamá y 1 con Raúl) y 6 fueron de evaluación, al término de esta etapa se logró alianza con Raúl y se realizo el diagnóstico formal, para la planeación del tratamiento; la segunda fase "*Desafío*", constó de 9 sesiones de juego terapéutico, al término de esta etapa se observaron varios cambios en Raúl, mostró sus sentimientos, ya tenía amigos, aceptó compartir, mayor cordialidad y disposición con pares; la tercer y última fase "*Reto*", costó de 12 sesiones, combinadas entre sesiones individuales con Raúl, sesiones individuales con la madre y sesiones de madre e hijo, en esta etapa se logro la disminución de los berrinches, juego constructivo en vez de competitivo e insight (véase tabla 2).

El trabajo terapéutico fue interrumpido por la madre, después de que se hablo con ella de la falta de involucramiento por parte de los padres, se le hizo notar, que para que su hijo pudiera avanzar en el tratamiento, tanto ella como el padre, debían comprometerse con el tratamiento y hacer trabajo conjunto; que el tratamiento involucraba tanto la terapia como ciertas modificaciones de

estilos educativos de los padres. Raúl dejó de asistir a terapia y al tratar de localizarlos la madre no se reportaba.

El primer objetivo fue realizar la alianza terapéutica tanto con el menor como con los padres, objetivo que se logró con el menor, aunque con los padres no.

El proceso terapéutico se dividió en tres fases para su explicación.

Tabla 2. Sesiones de Raúl con el objeto de entender avances y retrocesos

| 1 | 1/10/07 | 2 | 15/10/07 | 3 | 22/10/07 | 4 | 5/11/07 |
|---|---|----|---|----|--|----|---|
| | No quería entrar al cubículo, en cuanto entra accede dibujar (la terapeuta se lo pidió) Mientras dibujaba, platicaba y estaba atento a otros estímulos, dijo que se enoja con su papá No tiene amigos | | La sesión fue de aplicación del Bender y el DFH, se concentro en ambas pruebas, cooperador | | Realizo el Frostig, al decirle que no despegara el lápiz del papel se burlo (no es papel, es hoja) "Ya me canse, Hicimos mucho" Ayudo y guardo Hacia ruiditos Pone atención a estímulos aunque él realice otras cosas | | Platico que se fue de vacaciones a un crucero y lo maquillaron de león. Se chupaba los dedos mientras aplica WISC Muerde el lápiz Preguntó, Si otros niños usaban sus cosas? |
| | Oposición, dificultad en relación con pares, enojo | | Cooperador | | Burla, oposición, cooperador, falta de concentración, atención | | Distracción, celos, rivalidad, alianza terapéutica |
| 5 | 12/11/07 | 6 | 26/11/2007 | 7 | 3/12/07 | 8 | 10/12/07 |
| | Continua la aplicación del WISC, pone atención a otros estímulos, además de la prueba (mientras yo hacía anotaciones él se percató que mi letra es muy pequeña y me lo hizo ver) | | Muy inquieto Distraído Al salir del consultorio la madre quiso entrar para comentarme algo, él no se quería quedar solo en la sala de espera. Mamá dice: se porta mal no obedece y Él le contestó: el año pasado me porte mal y lo reyes si me trajeron Desafiante | | Pidió ayudar con el material Preguntó: Otros niños juegan contigo? Juego de carreritas con carros. Se aguantaba ir al baño. No quiso que le explicara cómo se jugaba domino, dijo saber (sabía un poco). No quería irse, se enojó, le dije que no nos íbamos a ver por vacaciones y él contestó que sí nos íbamos a ver. Le dije que se tenía que ir a la escuela y contestó que no le importa a la maestra. Berrinche | | Al recordarle que era la última sesión por vacaciones, se molestó y dijo que él no tenía vacaciones, que nos íbamos a seguir viendo Cuando termino la sesión no se despidió |
| | Distracción | | Inquieto, distracción, oposición, interviene en las conversaciones de los adultos, discute con ellos | | Cooperador, celos, rivalidad, competitivo, egocéntrico, oposición, demandante, retador, falta de control, dificultad para término | | Poca tolerancia a la frustración, dificultad para termino, demandante, oposición |
| 9 | 7/01/08 | 10 | 14/01/08 | 11 | 21/01/08 | 12 | 7/04/08 |
| | Casi no habló durante el juego Al perder se enojó, aventó las cosas Negó estar enojado Al ganar se burló y se puso contento Al preguntar cómo se siente primero dice mal y después bien | | El material de juego lo sacaba, lo guardaba y lo volvía a sacar | | Cuando le pedí que dibujara, primero dijo NO, después dijo si y lo realizó. Al estar dibujando se paraba constantemente y subía las piernas al escritorio | | Dijo sentirse Triste por faltar a sus sesiones No dejó entrar a su mamá Inquieto |

| Enojo, violencia, burla, reprime sentimientos | Inquieto | Oposición, desafío, inquieto | Muestra sus sentimientos, oposición, inquieto |
|---|---|--|--|
| 13 15/04/08 | 14 13/05/08 | 15 27/05/08 | 16 17/06/08 |
| <p>Al preguntar cómo se sentía, primero dijo que mal y después que bien. Habló de tener un Amigo imaginario (apareció justo cuando dejo de ir a terapia, no lo volvió a mencionar) Preguntó acerca de que pasaría si faltaba (lo que pasa es que la sesión anterior al finalizar yo le dije a su mamá que ya no podían faltar como la última vez y que la próxima vez que faltara ya no se le iba a dar terapia a su hijo) Celos al pensar que yo tenía hijos Maestra ha notado cambios positivos (más tranquilo)</p> | <p>Sacó del consultorio a Mamá (ella nunca hace nada al respecto), aceptó que la saco del consultorio porque ese era su espacio Otra vez preguntó si yo tenía hijos Burla constante("te voy ganando") Jugamos a los choques y comenzó a platicar que él había visto un atropellado (muerto) cuando se le pregunto qué sintió al respecto contestó que nada.</p> | <p>Mencionó ir a terapia para estar sano, jugar y platicar. Contó que hacía en un día entre semana y uno el fin de semana Mencionó tener amigos Dijo que yo ya voy a ser mamá (por la edad) Pidió jugar volados, explicó el juego pero dijo nunca haberlo jugado (con nadie) Dijo que quería ahorrar para cuando fuera grande comprarse un carro</p> | <p>Dio vueltas en el piso Al ganar se burlo("ñaca ñaca") Al perder pidió cambiar de juego Le pregunte que si así se enojaba cuando los demás no querían hacer lo que él quería y contestó que sí. Demandante. Dijo que yo me enojeaba cuando él fue quien lo hizo. Al decirle que no nos íbamos a ver, tomo mi chamarra diciendo que era suya. Tiró las cartas y dijo que se caían solas. La mamá al salir dijo que ella iba a ir la próxima sesión, eso no le gusto a Raúl porque significaba que no lo iba a llevar a él</p> |
| <p>Oposición, amigo imaginario, miedo ante la separación, celos, cambios positivos en la escuela</p> | <p>Oposición, celos, burla, competitivo, no muestra sentimientos</p> | <p>Amigos, egocéntrico, acepta compartir, cordialidad y disposición con pares</p> | <p>Impulsividad, burla, egocéntrico, proyección, poca tolerancia a la frustración, culpa a otros por sus actos, insight</p> |
| 17 24/06/08 cita MM | 18 26/08/08 | 19 9/09/08 cita MM | 20 22/09/08 |
| <p>Mamá dice que Raúl llora Disminuyeron notablemente los berrinches Se enoja cuando pierde</p> | <p>Quiso jugar con los bloques, él armó un robot y yo una casa, al ver la casa me pidió que entre los dos armáramos otra Prefirió desarmar algo que él hizo para que entre los dos armáramos algo</p> | <p>Comentó un percance que tuvo en la escuela, como en casa le han dicho que no permita que nadie le toque el pene, un compañero sin querer lo rozo con la mano, a lo que él respondió pegando y pateando el pene del otro niño(Impulsividad) Agresión En la escuela le pusieron responsabilidades, ha reaccionado positivamente</p> | <p>Al preguntar como se siente primero dice mal y después bien Permanencia del objeto (buscó lo último que armo) Pidió que yo armara un puente para unir las dos casas Sentimientos: nada</p> |
| <p>Disminuyen los berrinches La madre trata de ocupar los espacios del niño</p> | <p>Construcción</p> | <p>Impulsividad, agresión, responsabilidades La madre trata de ocupar los espacios del niño</p> | <p>Oposición, permanencia, no muestra sentimientos</p> |

| 21 | 6/10/08 | 22 | 13/10/08 | 23 | 2/12/08 cita MM | 24 | 8/12/08 MM y R |
|---|--|--|--|--|---|--|--|
| Dijo llamarse como el padre (Identificación con el padre), lo niega Se burlaba cuando iba ganando Retador Aceptó que disfrutaba cuando alguien pierde | Se burlaba cuando iba ganando Retador Me exigía, ordenaba y demandaba ("toma tú revuelves las cartas") Cuando pregunte que si me estaba ordenando (como lo hace con los demás), contestó que a los demás no les ordena, se los pide, igual que lo estaba haciendo en ese momento conmigo, al yo estar revolviendo las cartas, me dijo que si había sido una orden, se rio, y dijo que no era cierto Sentimiento: mal por perder Al perder ahora no aventó las cartas, dijo lo que sentía Enojo, al decirle que a veces se gana y otras se pierde, dijo: "sí ya lo sé, ya lo sé" | La madre dijo que intentan no hacerlo enojar, que él exigía que se le atendiera (él dijo que es obligación de la madre) Berrinches, groserías (en casa no se dicen, en otra sesión la madre comenta que el papá es agresivo y sí dice groserías) Es rechazado por su agresión (por los compañeros) Raúl ha cedido un poco con su orgullo, cuando sabe que tuvo la culpa reflexiona, pide disculpas Temor al papá La madre menciona que la manipula, porque ese día él quería ir a su sesión, se lo pidió a la madre y como ella no accedió le hizo un berrinche | Se hizo un calendario de actividades (decidieron las actividades, los premios y castigos entre él y su mamá) Burla hacia la madre (ella no hace nada) Dijo que la madre no cumple ni con premios ni castigos (la madre no hace nada) | Identificación con el padre, retador, disfruta cuando el otro sufre, insight | Burla, retador, demandante, acepto tener sentimientos, enojo, egocéntrico | Demanda lo que para él cree que es justo. La madre trata de ocupar los espacios del niño | Burla, crítica hacia mamá, acusa al adulto |
| 25 | 2/03/09 cita MM | 26 | 9/03/09 | 27 | 30/03/09 | | |
| Mamá habló de cómo es el papá, agresivo, trata mal a la madre, los hijos le temen, dominante, golpea a los hijos, Él le cobra la manutención "mínimo tiene que dar algo porque él la pasea, le da de comer y tiene donde vivir" Raúl se identifica sentimentalmente con la madre (si ve que llora él también llora) Raúl está teniendo cambios muy bruscos y agresivos (como el papá) | Papá le pega y lo encierra por hacer algo mal, ahora ya lo hace bien para que eso no pase Ansioso (por el tema de la separación de sus padres) Hizo dibujos sin distraerse con otros estímulos (ruiditos) Guardó y aceptó el término de la sesión | Hizo dibujos sin distraerse con otros estímulos (ruiditos) Guardó y aceptó el término de la sesión | | | | | |
| La madre trata de ocupar los espacios del niño | Miedo al padre, ansioso, concentración, acepto el término de la sesión | Concentración, acepto el término de la sesión | | | | | |

6.6. *Intervención psicoterapéutica:*

6.6.1. Fase 1 “Conocimiento”:

Del 10 de septiembre al 26 noviembre del 2007. Falto una vez (véase Tabla 2).

Abarcó desde las sesiones de entrevista con la madre (2), la sesión de entrevista con Raúl y 6 sesiones de evaluación.

Ésta fase lleva como título “conocimiento”, debido a que aquí fue en donde Raúl y yo, emprendimos el camino para conocernos. Empecé a conocer a Raúl desde antes de verlo, lo conocí a través de la percepción de su madre, de la descripción que me dio de él. Posteriormente pude verlo y seguir construyendo mis hipótesis; para complementarlas, le aplique diversas pruebas. Con los resultados que arrojaron las pruebas, se descartó el anterior diagnóstico (Trastorno por Déficit de Atención TDA) y se diagnosticó con Trastorno Negativista Desafiante (TND).

En el trayecto de esta primer fase, también pude conocer a la madre, una mujer que se percibe a sí misma como culpable de todo lo que sucede a su alrededor, dando la impresión de estar totalmente comprometida con el tratamiento de su hijo, para lograr el bienestar del mismo.

Cuando vi por primera vez a Raúl, me dio la impresión de ser un niño tímido, pero al término de esa sesión, me percaté que era lo contrario, un niño manipulador y desafiante.

En general fue una fase difícil, Raúl prefería jugar y se negaba a realizar las pruebas; pero lo más difícil fue lograr el diagnóstico diferencial, ya que presentaba indicadores de TDA, Trastorno Disocial y TND. El mayor logro de ésta fase, fue lograr la alianza terapéutica con Raúl, aunque con los padres no se logró.

6.6.1.1. Actitud frente a las pruebas:

- ☞ En el **Bender** mostró confianza en sí mismo, puso atención, analizó antes de copiar los dibujos. Buen control del lápiz y trabajó cuidadosamente. Se dio cuenta de sus fallos y trató de corregirlos. Estuvo satisfecho con el resultado. Al mismo tiempo que realizaba los dibujos de la prueba cantaba una canción que se escuchaba a lo lejos en la sala de espera. Con esto puede reflejarse su falta de concentración a un solo estímulo.
- ☞ En el **Frostig** contestaba de manera adecuada a los estímulos, preguntó en una ocasión si faltaba mucho para terminar, pero siguió con la aplicación de manera cooperativa, aunque mientras contestaba hacía ruidos (chu, chu) o se colocaba un tatuaje. Esto mostró que aunque aparentemente ponía atención en lo que realizaba, perdía fácilmente la concentración y la atención.
- ☞ En el **WISC** se chupaba los dedos o mordía un lápiz. Estuvo pendiente de que y como escribía yo, de hecho hasta me preguntó que por qué lo hacía en manuscrita (porque mi letra es demasiado pequeña), a pesar de ello, en general se mostró cooperador.
- ☞ En la sesión del **Dibujo libre** estuvo tranquilo.
- ☞ En el **DFH** se mostró cooperador y tranquilo durante la sesión.
- ☞ En el **HTP** desde el inicio se mostró con una actitud retadora, se negaba a dibujar y ante la indicación de que no podía borrar, me contestó que sí, se me quedaba viendo y lo hacía. Se movía constantemente y subía sus piernas al escritorio.
- ☞ En el **Dibujo de la familia**, se mostró con una actitud negativista, primero se negó a dibujar y después aceptó, aunque estuvo inquieto durante la sesión.
- ☞ En **Frases incompletas** se mostró cooperador y tranquilo durante la sesión.

☞ En el **CAT** todo el tiempo estuvo jugando con las láminas, las doblaba, les daba vuelta y se movía. Quería guardar cada lámina después de verla y sacar la siguiente.

☞ En **Fábulas de Düss** se mostró muy inquieto, no se mantenía en un solo lugar, tocaba todo lo que estaba a su alcance.

6.6.1.2. Evaluación Psicológica

- Área Intelectual

Con un CI de 92 que está en el límite bajo del término medio

| | | |
|----------------------------|-----|---------------|
| Comprensión verbal | 102 | Promedio |
| Razonamiento perceptual | 90 | Promedio |
| Memoria de trabajo | 94 | Promedio |
| Velocidad de procesamiento | 112 | Promedio alto |

Cuenta con habilidades para enfrentarse, manejar y solucionar problemas, con esto logra adaptarse a su medio. Se distrae con facilidad pero no deja de realizar sus actividades.

Se le facilita la formación de conceptos verbales y el conocimiento de las palabras; tiene buena capacidad de aprendizaje, buena memoria a largo plazo y un adecuado grado en el desarrollo del lenguaje. Adecuada percepción y comprensión auditiva, conceptualización verbal, pensamiento abstracto y expresión verbal.

Están dentro de lo esperado para la edad de Raúl las funciones de razonamiento verbal, distinción entre características esenciales y no esenciales, comprensión verbal, capacidad para evaluar y utilizar la experiencia pasada, capacidad para demostrar información práctica, conocimiento de las normas

sociales (de comportamiento, juicio, madurez social y sentido común), adquisición, conservación y recuperación de información; capacidad analógica, abstracción verbal, conocimiento del dominio, capacidad para integrar y sintetizar diferentes tipos de información y para generar conceptos alternativos, capacidad de análisis y síntesis de estímulos visuales abstractos, formación de conceptos no verbales, organización visual, procesamiento simultáneo, coordinación visomotora, capacidad para separar figura y fondo en los estímulos visuales, razonamiento abstracto y categórico, concentración y reconocimiento de los detalles esenciales de los objetos, memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, atención, formación de imágenes visoespaciales, manipulación mental, transformación de la información, flexibilidad cognositiva, sucesión, velocidad de procesamiento, capacidad de razonamiento numérico, razonamiento fluido y lógico, capacidad de rastreo visual, motivación, discriminación visual, atención visual selectiva vigilancia y descuido visual.

En donde sale con mayor puntuación o arriba del promedio es en el Índice de Velocidad de Procesamiento, esto quiere decir que Raúl puede realizar una síntesis adecuada, seguir una secuencia y discriminar información visual, esto se ve reflejado en su manera tal vez impulsiva de actuar, ya que lo puede procesar de manera rápida.

- Área Perceptual

En el área de coordinación visomotora no presenta problemas para copiar, aunque se le dificulta la integración y debido a ello ocasionalmente invierte los números o letras; tiene algunos problemas en relación a su posición en el espacio así como con las relaciones espaciales (este problema se debe a cuestiones emocionales); por otro lado presenta una adecuada constancia de

forma, pero con algo de perseveración; puede tener dificultades en invertir números y/o letras, así como en reconocer letras parecidas.

Todo lo anterior indica que Raúl puede percibir de manera adecuada los estímulos y copiarlos, pero se le dificulta integrarlos en una gestalt y representarlos.

Tanto en el Bender como en el Frostig presenta indicadores de impulsividad y poca atención en los detalles.

Con ayuda de todas estas capacidades y habilidades, Raúl logra tener un adecuado rendimiento tanto intelectual como escolar.

En percepción visual obtuvo una edad de 6-1 años

En percepción visual con respuesta motriz reducida obtuvo una edad de 5-4 años

En integración visomotora obtuvo una edad de 6-7 años

- Área Emocional

Adaptación al entorno: se le dificulta el contacto con el ambiente, por lo tanto tiene poco contacto con la realidad, es retraído, tímido, con dificultad para proyectarse a futuro, tendiendo a irse a lo concreto.

Autoimagen: su preocupación es por sí mismo, con sentimientos de inadecuación, inseguro, aislado, con rasgos de inferioridad.

Relación con la familia: Se siente amenazado o presionado por los padres, vínculo pobre con ellos, se siente solo y alejado por sus padres. Desvaloriza a la figura materna, siente hostilidad y rechazo de sus padres; ubica a su hermana como privilegiada y rival, mostrando celos hacia ella.

Relación con grupo de iguales: empobrecida, no tiene amigos.

Psicosexual: necesidad de gratificación inmediata, denotando sus fijaciones en la etapa oral; igualmente se encuentran indicios de fijaciones en la etapa anal, que se muestran en su expresión de la agresión y sus conductas desafiantes.

Conflictos identificados: es agresivo, con acting-out, se siente culpable por su agresividad, impulsivo, ansioso, muestra descontento, retador, desafiante, negativista, con pensamiento y actitudes egocéntricas.

Tono afectivo: se le dificulta el contacto con el ambiente, por lo tanto tiene poco contacto con la realidad, es retraído, tímido, con dificultad para proyectarse a futuro, tendiendo a irse a lo concreto.

Demanda y expresión de afecto: se muestra descontento, retador, desafiante, negativista, con pensamiento y actitudes egocéntricas.

Autoconcepto: su preocupación es por sí mismo, con sentimientos de inadecuación, inseguro, aislado, con rasgos de inferioridad, se siente solo y triste. Se percibe como grosero y mal portado.

Control de impulsos; impulsivo con acting-out. En Raúl el límite entre el yo y el ello no es muy claro ya que hay irrupciones del ello con poco control del yo, hecho que se nota en sus conductas impulsivas y en sus berrinches; al mismo tiempo el súper yo no se ha desarrollado de manera adecuada, hecho que vemos en la manera de manipular y comportarse con su madre. Arremete contra los compañeros lo cual provoca problemas en la adaptación escolar.

Agresión: es agresivo, se siente culpable por su agresividad

Ansiedad: ansioso, angustia a ser robado.

Sexualidad: identificación con su propio sexo con elementos positivos, comportamiento sexual adecuado

- Área de Relaciones interpersonales

Como se relaciona: Se siente amenazado, presionado y aislado por los padres. Necesidad de afecto, atención y acercamiento de los padres

Dinámica o percepción de la familia, vínculo pobre con ellos, se siente solo y alejado por sus padres, siente hostilidad y rechazo de sus padres, inseguros, devaluados, tristes; los que satisfacen sus necesidades son los abuelos, percibe una familia desintegrada

Percepción del padre: es con la figura que se identifica, teme que tenga un accidente, lo siente como rival.

Percepción de la madre Desvaloriza a la figura materna

Percepción de la hermana ubica a su hermana como privilegiada y rival, mostrando celos hacia ella

Relación con amigos empobrecida, no tiene amigos.

Relación con la autoridad: conflicto con las figuras de autoridad, siente rechazo de ellas y hacia ellas.

6.6.1.3. Diagnóstico Diferencial

Comparando lo que se observo tanto en el comportamiento habitual de Raúl como en los resultados de las pruebas que se le aplicaron, se realizó un diagnóstico diferencial entre Trastorno por Déficit de Atención (TDA), Trastorno Disocial (TD) y Trastorno Negativista Desafiante (TND).

La primera posibilidad de diagnóstico era el Trastorno por Déficit de Atención. Para realizar este diagnóstico el DSM-IV menciona, que “el niño tiene que presentar seis o más síntomas de desatención presentes durante al menos 6 meses y algunos ocurrir antes de los 7 años de edad, no son adaptativos y son inconsistentes con el nivel de desarrollo de la persona, afectando el funcionamiento social, académico, y ocupacional al menos en dos sitios”: Raúl sólo presenta tres síntomas de desatención (A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores de descuido en las tareas escolares. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes), no presenta síntomas de hiperactividad, pero si presenta uno de impulsividad (A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros). A pesar de que Raúl muestra 4 criterios presentes en el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no son los requeridos para diagnosticarlo con tal trastorno.

Otra posibilidad de diagnóstico era el Trastorno Disocial. Para realizar este diagnóstico, el DSM-IV menciona, que “se debe presentar un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses”. En Raúl no se puede decir que presentó estos criterios, ya que su agresión se manifestó esporádicamente, además de que no ha sido tan violenta como lo requiere este diagnóstico.

La última posibilidad de diagnóstico era el Trastorno Negativista Desafiante, en el DSM-IV se menciona, que para diagnosticarse, el niño “debe cumplir con un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los comportamientos”. En este

caso Raúl presenta los siguientes comportamientos: A menudo encoleriza e incurre en pataletas. A menudo discute con adultos. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas. A menudo es colérico y resentido. Este trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

Al no cumplir con los criterios para el diagnóstico de TDA o TD, estos dos diagnósticos se descartaron, llegando a la conclusión de que Raúl, es *un niño que presenta Trastorno Negativista Desafiante*.

Según la teoría psicoanalítica, en Raúl el límite entre el yo y el ello no es muy claro ya que hay irrupciones del ello con poco control del yo, hecho que se nota en su conductas impulsivas y en sus berrinches; al mismo tiempo el súper yo no se ha desarrollado de manera adecuada, hecho que se observó en las sesiones, y en la manera de manipular y comportarse con las figuras de autoridad.

Cualquiera que sea el nivel alcanzado por el niño, representa el resultado de la interacción entre el desarrollo de los impulsos y el desarrollo del yo, del superyó y de sus reacciones frente a las influencias del medio, es decir, entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración.

Presenta algunas fijaciones en la etapa oral; ya que el niño se muestra exigente e impaciente en lo que concierne a la satisfacción de sus deseos. El yo del niño se ve obligado a adoptar ciertas actitudes definidas e irreversibles hacia las pulsiones instintivas, para mantener el delicado equilibrio que requiere la formación de síntomas. El yo es más débil, puesto que las fuerzas del ello han

obtenido una victoria más o menos duradera bajo el disfraz de la formación sintomática.

La fijación en la relación ambivalente de la fase preedípica sádico-anal se caracteriza por las actitudes del yo de depender, torturar, dominar y controlar los objetos amados; y al ir pasando a la etapa fálico-edípica (etapa en la que se encuentra Raúl) se da una actitud posesiva hacia el progenitor del sexo contrario. Los puntos de fijación ejercen una atracción retrograda constante sobre la actividad de los impulsos.

En Raúl se puede observar un apego ansioso, ya que éste se da cuando la presencia del cuidador es ocasional (física y emocionalmente), lo que hace al niño más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tiene expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. Las personas con estilos de apego ansioso tienden a desarrollar modelos de sí mismos inseguros, y de los otros como poco confiables y resistentes a comprometerse, lo que se refleja en una preocupación frecuente por el abandono.

6.6.2. Fase 2 “Desafío”:

Comprendió del 3 de diciembre del 2007 al 10 junio 2008. No asistió a 13 de 22 sesiones durante esta fase (véase Tabla 2).

Esta fase fue de desafío, ya que no sólo fue cuando Raúl desafiaba constantemente a la terapeuta; sino que a demás, fue un desafío para la propia terapeuta, el poder llevar a cabo la terapia, porque la falta de compromiso por parte de la madre, hacía más difícil el trabajo y más lentos los avances.

Durante esta fase, en el tratamiento se mostraba manipulador, tratando de que yo hiciera lo que él quería; demandante porque se tenía que hacer lo que él quería y como él quería que se hicieran las cosas; con poca tolerancia a la frustración porque se molestaba demasiado cuando no le salían las cosas como él quería o cuando perdía en el juego o no se cumplían sus deseos; y retador, porque cuando yo decía algo que a él no le parecía, tendía a decirme “a que no”. Se molestaba cuando terminan las sesiones o cuando sabía que no nos íbamos a ver por algún tiempo prolongado, como vacaciones (demostró sus problemas de apego ansioso) tendía a retarme al hablar, sus juegos eran de rivalidad o competencia (carreras de carros).

El trabajo consistió en reducir la intensidad y frecuencia del comportamiento hostil y desafiante hacia los adultos; que Raúl tomara consciencia de sus actos, con esto los berrinches y el comportamiento hostil-desafiante se convirtieron en conductas más tranquilas y socialmente aceptables; respecto y cooperación.

Se desarrolló una relación cálida y de confianza con la terapeuta, en donde Raúl comenzó a compartir sus pensamientos y sentimientos. A partir de que Raúl se dio cuenta de las consecuencias que tenían sus actos, disminuyó la frecuencia y la intensidad de conductas hostiles, negativistas, y desafiantes con los padres, la terapeuta y la maestra. Empezó a poder reconocer y verbalizar el daño o su enojo, en vez de llevarlo a cabo.

Inició amistades con pares, mayor cordialidad y disposición con ellos. Ya aceptaba compartir el material y la atención con otros.

En esta parte del tratamiento hubo mucha inconsistencia, faltó constantemente, por éste motivo, existieron algunos retrocesos en el tratamiento. Al final de la etapa, empezaban a presentarse de nuevo, aunque esporádicamente los

berrinches y ya no quería verbalizar ni demostrar sus sentimientos. Dejó de hacerse responsable de sus actos, culpando de ellos a los demás.

6.6.3. Fase 3 “Reto”:

Comprendió del 17 junio 2008 al 30 marzo 2009. No asistió a 15 de 27 sesiones durante esta fase (véase Tabla 2).

La última fase fue de reto, ya que hubo sesiones combinadas, algunas sesiones sólo eran con Raúl, otras sólo con la madre y sesiones de madre e hijo.

En esta fase ya no se presentaban los berrinches, pudo realizar juego constructivo en vez de competitivo, descubrió y aceptó la identificación con los aspectos negativos de la conducta de su padre; se empezaba a romper con la identificación de los aspectos negativos del padre.

Aumentó la capacidad de identificar y verbalizar lo que necesitaba de los padres o de otros los adultos. Reconoció cuál era un comportamiento aceptable e inaceptable en la familia y la consecuencias. Los padres desarrollaron límites claros y las expectativas del comportamiento de Raúl, aplicándole consecuencias específicas cuando no se cumplían, dando recompensas cuando los respetaba. Los padres desarrollaron y administraron un calendario de modificación del comportamiento con Raúl. Aceptó el término de las sesiones.

El lograr que Raúl siguiera con el tratamiento y que la madre dejara de ocupar los espacios de su hijo, fueron el mayor reto durante todo el tratamiento; pero en especial en ésta fase, que fue en la que existieron más inasistencias. La madre siempre tenía pretextos para no llevar a su hijo a tratamiento, como hospitalizaciones de ella o enfermedades de Raúl; cuando se lograba volver a contactar a la madre, ella asistía en lugar de su hijo a las sesiones, con el

pretexto de explicar lo que había sucedido en su ausencia y explicar los motivos de la misma.

El tratamiento fue interrumpido, después de que se le hizo ver a la madre, que mientras no existiera compromiso de parte de los padres y que hubiera cambios en la dinámica familiar, no iban a permanecer los cambios positivos en Raúl.

El tratamiento tuvo un total de 58 sesiones, de las cuales tuvo la mitad de las asistencias. Eso hubiera sido motivo suficiente para dar de baja al niño. Se continuo con el tratamiento ya que las faltas no eran consecutivas, y se veían avances y compromiso por parte del niño.

La continuación del tratamiento se hizo por el bienestar del niño.

7. DISCUSIÓN

Raúl llegó a consulta diagnosticado con TDA por parte de la psicóloga escolar. Con el objeto de determinar el plan de trabajo y diseñar la estrategia psicoterapéutica, era importante realizar una evaluación. En base a la evaluación, los síntomas que presentaba Raúl podían corresponder a tres cuadros clínicos, al Trastorno por Déficit de Atención (TDA), al Trastorno Disocial (TD) o al Trastorno Negativista Desafiante (TND). Por tal motivo nos avocamos a analizar las diferencias entre estos cuadros clínicos, que presentan conductas muy similares, que pueden dificultar el diagnóstico diferencial y llegar a un diagnóstico incorrecto (Taborda y Díaz, 2007).

Para realizar el diagnóstico se utilizaron el diagnóstico estructural que se refiere al funcionamiento de las tres estructuras intrapsíquicas y el diagnóstico categórico que se refiere a la clasificación de los desórdenes a partir de los síntomas en presentes o ausentes (Díaz, 2002). En el diagnóstico categórico, había que identificar los síntomas de Raúl y determinar a qué cuadro clínico pertenecían.

La evaluación se llevó a cabo en diferentes niveles (cognitivo, conductual y psicodinámico) considerando a su vez los recursos psicológicos. Se evaluó al niño con una batería que incluía pruebas cognitivas y proyectivas. Las pruebas cognitivas aplicadas fueron: el Bender, el Frostig y el WISC IV. Los resultados arrojados por estas pruebas fueron: capacidad intelectual dentro del promedio bajo, poca concentración, dificultad para mantener la atención, distracción por estímulos irrelevantes; estos criterios no daban suficientes indicios para confirmar el diagnóstico de TDA. En las pruebas proyectivas que se emplearon: el Dibujo libre, la figura humana, el HTP, la familia, frases incompletas, el CAT y las fábulas de Düss, se observó: poca tolerancia a la frustración, impulsividad, hostilidad, agresividad y dificultades interpersonales. Las pruebas ayudaron a ratificar los criterios, pero sobre todo permitieron la observación de su conducta y de sus actitudes durante la aplicación. En el estudio completo se encontraron signos que podían confundirse entre los cuadros clínicos de TDA, TD o TND, así mismo se

podieron descartar los diagnósticos de TDA y el TD ya que hubo claros indicios de un cuadro clínico de Trastorno Negativista Desafiante.

El realizar un diagnóstico diferencial es muy importante, ya que en base a éste, se puede implementar un plan de trabajo así como reconstruir a partir de las descripciones, los conflictos dinámicos que están detrás del cuadro clínico. (Sandler, Kennedy y Tyson, 1983).

El caso de Raúl nos permite entender los efectos que puede tener un diagnóstico equivocado, como el de TDA que se le diagnosticó en un inicio. Al revisar el caso, se rechazó el diagnóstico de TDA y se consideró adecuado el Trastorno Negativista Desafiante. Si la madre no hubiera acudido a una segunda evaluación en el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, Raúl hubiera sido tratado de un trastorno que en realidad no padecía y probablemente lo hubieran medicado, cuando en realidad no lo necesitaba.

Al analizar el desarrollo de Raúl desde el punto de vista psicodinámico, se observó que no superó la crisis en la etapa de autonomía vs vergüenza (Erikson, citado en Solloa, 2001) que coincide con la etapa anal que describe Freud. Se sintió desorientado y forzado a volverse contra sí mismo, con vergüenza y dudas acerca de su propia autonomía e individualidad y con una baja tolerancia a la frustración, siendo sumamente demandante e impositivo en un afán de sentirse independiente. Cuando no se superan las tareas que se imponen en la etapa anal, que entre otras es obedecer por amor y no por sumisión, se generan conflictos característicos de esta etapa, como son las tendencias hostiles, obsesivas y controladoras, síntomas que presentaba Raúl. La patología era sostenida por los padres, quienes no imponían límites y reglas claras, restándose autoridad frente de Raúl y dando ejemplos de comportamientos hostiles entre ellos (Freud en Sandler, Kennedy y Tyson, 1983; Solloa 2001). Raúl mostraba además problemas de separación, con un apego inseguro, producidos por las separaciones

constantes de la madre, quien se ausentaba 24 hrs cada 48 horas. Este hecho le producía una gran culpa a la madre y por lo mismo le era imposible poner límites.

Anna Freud considera que a partir del padre se interioriza o se desarrolla el superyó; en el caso de Raúl la función paterna fue nulificada, y por lo tanto el menor presentaba un superyó débil predominando en él la instancia del ello. Esto se observaba en Raúl ya que a pesar de tener claro cuáles eran los preceptos sociales, no los respetaba, no tenía consideración ni respeto por los otros; y la predominancia del ello se observaba en sus conductas impulsivas y hostiles (Freud, Anna. 1997; Solloa, 2001).

La pareja tenía problemas entre sí existiendo una posible separación de estos padres a causa de infidelidad por parte del padre, y el padre obligo a la madre para que vivieran juntos aun cuando él le era infiel; Raúl estaba siendo el depositario de estos conflictos familiares y además absorbiendo y aprendiendo todas las conductas negativas que se daban en su entorno familiar; los padres se sentían cómodos mientras Raúl fuera el único con problemas en la familia, era más fácil de aceptar Raúl tenía TDA ya que es un trastorno neurológico y ellos no eran responsables y así evitaban el sentirse culpables. En el momento en que se le hizo ver a la madre que las conductas de Raúl eran el resultado de las interacciones de los padres, abandonaron el tratamiento. (Olarde, 1984; García, 1984; Craig 1994; Papalia y cols., 1992; Woolfolk, 1996).

El padre no respetaba el discurso de la madre, es por esto que Raúl no aprendió límites (que no existen) y tendía a retar a cualquier figura de autoridad (el mecanismo de defensa que utilizaba primordialmente era el desplazamiento, ya que desplazaba los sentimientos negativos que tenía hacia la madre al resto de la figuras de autoridad). La falta de límites estaba sostenida tanto por la culpa de la madre como por el padre que no respetaba el discurso de la madre.

Se lograron cambios en Raúl, a partir de intervenciones durante el tratamiento; se relacionaba lo que sucedía en el juego, con lo que le estaba pasando en su vida cotidiana. Se promovió el fortalecimiento del yo, apoyando el establecimiento de reglas y límites y siendo consistentes, se intervino en su poca tolerancia a la frustración, confrontándolo en sus esfuerzos por oponerse; al mantener el encuadre y funcionando la terapeuta como yo auxiliar, repitiéndole que en la sesión se debe evitar la violencia y respetar al prójimo, se promovió el control del ello. Se elaboró en conjunto un calendario de actividades, en donde tanto Raúl como su mamá escribieron los deberes, obligaciones y privilegios que le correspondían a Raúl; esta técnica funcionó y el niño logró seguir las actividades sin presentar conductas hostiles o desafiantes. Se le recomendó a la madre que le nombrara las sensaciones que Raúl pudiera estar experimentando como enojo ira frustración explicándole los diferentes grados de estos sentimientos y relacionándolos a distintas situaciones; Raúl logró cambiar algunos aspectos de su conducta ya que empezaba podía verbalizar sus sensaciones y sentimientos disminuyendo sus comportamientos agresivos.

Los retrocesos y los estancamientos en los avances que se vieron en Raúl, probablemente se debieron al sostén que había encontrado en su terapia, sostén que le quitaban constantemente los padres, por la falta de secuencia en el tratamiento. Los síntomas de Trastorno Negativista Desafiante que presentaba Raúl eran su manera de afrontar los conflictos de casa (Freud Anna, 1977; Freud Anna 1997 y Villegas, 2005).

Quizá no se pudieron lograr más avances, por la falta de involucramiento de los padres, el conflicto marital y muchos elementos negativos que existían en la dinámica familiar, los cuáles no estaban dispuestos a modificar (Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006).

En este caso se intento trabajar y orientar a la madre, ya que el padre nunca se pesentó a la sesión y no estaba de acuerdo en que su hijo asistiera a terapia; para que implementara de manera adecuada los castigos, reforzara las conductas positivas para así reducir las conductas hostiles, que le explicara a Raúl las

consecuencias de sus actos, apoyara el que se expresara y dijera lo que sentía evitando actuarlo, los intentos que la madre hacía para manejar los comportamientos y la forma de manejarse con su hijo eran obstaculizados por los comportamientos del padre, ya que este no cambiaba su dinámica. Al mismo tiempo se vio poco compromiso por parte de la madre, ya que aunque ella hacía algunos intentos por ayudar en el tratamiento de su hijo, dejaba de llevarlo a sus sesiones por periodos muy prolongados y su razón era que el padre no les proporcionaba el dinero para pagar las sesiones, sin embargo cuando se le propuso disminuir el costo de las sesiones, de todos modos no lo llevaba. Se necesitaba compromiso por parte de los padres; pero la madre siempre tenía pretextos para no llevar a su hijo a tratamiento, como hospitalizaciones de ella o enfermedades de Raúl; cuando se lograba volver a contactarla, ella asistía en lugar de su hijo a las sesiones, con el pretexto de explicar lo que había sucedido en su ausencia y explicar los motivos de la misma. (OlarTE, 1984; García, 1984; Craig 1994; Papalia y cols., 1992; Woolfolk, 1996).

Probablemente en este caso se debieron dar las impresiones diagnósticas de tal manera que la madre no se sintiera culpable. A la madre no se le menciono el diagnóstico categórico (TND), en vez de eso se le describieron los síntomas, pero al explicar por qué motivo se presentaban estos síntomas, se le dijo que había que hacer modificaciones en la dinámica familiar, empezando por el padre, ya que su hijo estaba repitiendo sus conductas negativas. Sabiendo de ante mano que la madre le tenía mucho miedo a su marido, era muy probable que al decirle esto lo iba a sentir como regaño y no iba a poder hacer nada al respecto (Nácher y cols., 2005; Betancourt, 2006; Olarte, 1984; García, 1984; Craig 1994; Papalia y cols., 1992; Woolfolk, 1996).

Después de darle las impresiones diagnósticas Raúl dejó de asistir a su terapia y ya no se pudo localizar a la madre.

El Trastorno Negativista Desafiante se presenta como resultado de una interacción con características peculiares entre los padres y el niño. El estilo de crianza es un factor que interviene entre la relación padre-hijo y el trastorno negativista desafiante. En este caso para Raúl la permisividad excesiva y la falta de límites de sus padres, fue interpretada como debilidad y falta de interés por él (Sroufe y cols, 1990; Méndez, González, 2002).

En Raúl, como en pacientes que presentan el Trastorno negativista desafiante, debe trabajarse en la misma medida tanto con los padres como con el niño, ya que aunque se esté trabajando en las sesiones para poder modificar o reducir los comportamientos hostiles y desafiantes, mientras no se modifique la dinámica familiar y la manera en que tratan al menor, no se logran los objetivos planteados (Bowlby, 1998; Shaffer y cols., 2007; Squires, 2004)

En niños que presentan Trastorno Negativista Desafiante se pueden cumplir todos los objetivos del tratamiento, siempre y cuando exista cooperación e involucramiento por parte de los padres. Estos niños pueden adaptarse a su entorno y lograr comportamientos socialmente aceptables, al trabajar con ellos, para que puedan fortalecer y desarrollar su superyó, puede dejar de prevalecer la instancia del ello, dejando de lado las conductas retadoras, hostiles y desafiantes (Solloa, 2001; Van-Wielink, 2006).

Pude notar tanto en la teoría como en mi práctica clínica, que los padres generalmente acuden al psicoterapeuta después de un largo peregrinaje por otros profesionales que muchas veces diagnostican y medican equivocadamente a sus hijos (Flesler, 2007; Geissmann, 2006; Taborda y Díaz, 2007). Se ha hecho habitual diagnosticar a los niños en términos psiquiátricos, atribuyéndoles un “déficit neurológico”, en base a la adaptación o desadaptación al medio. El problema deja de ser el sufrimiento del niño mismo y es diagnosticado en base a su conducta (Taborda y Díaz, 2007). Para realizar el diagnóstico se debe tomar en

cuenta a la familia, la escuela, el grupo social al que pertenece y la sociedad en su conjunto, ya que son determinantes en el funcionamiento psíquico del niño.

Es fundamental detectar patología psíquica tempranamente; pero, detectar patología es diferente a etiquetar. La cuestión va más allá de rótulos, lo importante es determinar la psicodinamia de los conflictos (Janin, 2007). Por esto es que es importante realizar una evaluación completa que incluya pruebas tanto cognitivas como proyectivas; en el caso de dudar entre los diagnósticos Trastorno por Déficit de Atención, el Trastorno Disocial y el Trastorno Negativista Desafiante yo sugiero la aplicación del Bender, el Frostig, el WISC IV, el Dibujo libre, la figura humana, el HTP, la familia, frases incompletas, el CAT y las fábulas de Düss. Pero no sólo es importante la aplicación de las pruebas, sino también observar cómo se comporta el niño durante las sesiones, esa es la clave para poder determinar el motivo de cada conducta; sabiendo porque es que se da cada conducta, se puede determinar el tipo de Trastorno que presenta.

8. VIVENCIAS DURANTE LA MAESTRIA

Los últimos dos años de mi vida, han sido los más pesados y absorbentes. Fueron dos años de muchos cambios, pase de ser profesora a ser de nuevo alumna, de dejar tarea a que me la dejaran, de supervisar a que me supervisaran, en fin fue una transición muy interesante, pero al mismo tiempo fue un proceso de adaptación no solo a la maestría, sino también con mis compañeras, ya que tuve que realizar muchos trabajos en equipo, algo a lo que no estaba muy acostumbrada.

Gran parte del día estaba en la escuela tomando clases y dando terapia, el resto era para hacer las tareas, viví muchas cosas, fue un cúmulo de experiencias

A pesar de lo pesado y cansado que podía ser el día a día, lograba aligerarlo con el apoyo de mis maestras y compañeras.

Mi aprendizaje fue teórico y práctico, no sólo de los casos que yo atendí, sino también de las experiencias y de los casos de mis compañeras.

Con el material impartido durante las clases, las maestras me ayudaron a estar preparada en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de los problemas emocionales en los menores, aprendí a realizar diagnóstico diferencial.

En general, las maestras estaban abiertas al diálogo, cada que no estaba de acuerdo con algo, se los pude decir y en medida de sus posibilidades trataban de solucionarlo o darme la mejor solución, llegamos a varios arreglos.

No me imaginaba que estando en un nivel de maestría, las maestras nos dedicaran 100% de atención, la sentí muy individual, me hicieron sentir igualdad (no existía una barrera entre maestra y alumna), dejando las puertas abiertas para poder acudir a ellas en el momento que lo necesitaba. Las clases las hacían dinámicas, permitían nuestra participación y nos compartían sus conocimientos y experiencias.

Todas la materias se me hicieron muy interesante, se complementaban unas con otras, lo que veía en una materia se relacionaba generalmente con las demás, al principio pensé que iba a ser demasiada la carga y que no iba a poder con ella; pero aunque sí es muy pesada la maestría, es fácilmente sobrellevable porque pude vincular el conocimiento que me aportaron estas materias y el conocimiento que ya tenía previo.

Algo importante para mi formación como terapeuta, fue la constante supervisión, tanto de mi tutora como de mis supervisoras, esto me permitió darme cuenta de las habilidades necesarias (escucha, interpretación de pruebas), y pude desarrollar las que me faltaban o tenía en menor grado, a saber cómo y cuándo utilizarlas (como el análisis y la observación). Entendí que la supervisión, no sólo se necesita durante la formación, sino a lo largo de mi trabajo como terapeuta.

Cada que sea necesario, es prudente recurrir a otro terapeuta y poder supervisar los casos. Durante mi estancia en la maestría, la tutoría, fue una actividad constante de cada semana; me sirvió mucho, ya que me permitió un mejor manejo durante mis sesiones. Vi los puntos básicos para llevar a cabo la terapia y qué es lo que se necesita. Mi tutora me enseñó cómo ser mejor terapeuta, a partir de sus observaciones y comentarios acerca de mi trabajo, me dio sugerencias de lo que debía hacer (o no hacer). Supervisó constantemente mis casos, esto me fue de mucha ayuda ya que ella lograba ver detalles que yo había pasado por alto, como algunas preguntas de la historia clínica o interpretaciones y reflejos que debía hacerle al niño. Me ha ayudado a ser mejor profesional, ya que con sus consejos y sugerencias logre mejorar mis técnicas durante la terapia.

Obtuve muchas habilidades, como la Co-terapia, tanto con un paciente, como en terapia de grupo, tuve que aprender a trabajar con diferentes formas de llevar la terapia y algo que pensé que me iba a costar mucho trabajo pero que no fue así, fue a la hora de las intervenciones, aprendí mucho de mis co-terapeutas, al principio si nos costó un poco de trabajo saber en qué momento iba a intervenir cada una, pero con el paso del tiempo, conociéndonos y hablando al respecto nos pudimos acoplar y trabajar bastante bien. Algo básico para el trabajo de co-terapia es la comunicación entre las co-terapeutas, para que entre las dos se planee el trabajo terapéutico y el estilo de las intervenciones.

Aunque ya había expuesto en un congreso internacional, la maestría me ayudo a pulir mis habilidades oratorias, a poder hacer mejores presentaciones de mi trabajo. En el transcurso de la maestría, expuse casos clínicos en 4 congresos, dos de ellos internacionales. Esta experiencia fue maravillosa, sentí como si llevara ya mucho tiempo realizando terapia, fue gratificante que me hicieran preguntas respecto a lo que había realizado con mis pacientes, por supuesto en cada exposición estaba muy nerviosa, pero los resultados en cada una de ellas eran excelentes, recibí consejos y felicitaciones, eso me hizo reflexionar en la cantidad de conocimiento que he obtenido a lo largo de mis estudios.

Estoy segura que esta residencia fue lo más adecuado para mi, ya que la convivencia con los niños me es muy gratificante, me hace sentir que soy de ayuda a la sociedad, cada que entro a sesión con un paciente siento que aprendo más cosas, tanto de la teoría (lo veo en la realidad) como de la vida en general. Los niños tienen mucho para enseñar y yo mucho que aprender. El convivir con los niños hace que crezcas tanto profesional como a nivel personal ya que cada niño y cada experiencia te deja mucho aprendizaje.

Crecí como persona, diferentes circunstancias me ayudaron a madurar, me di cuenta de que no siempre podré obtener las cosas tal cual las quiera, parte de la vida es ceder y aprender de cada situación que se presente en la vida, aunque existan momentos en los que se cree que no se puede aprender, entendí que de todo y de todos podemos aprender algo; y en el ámbito profesional crecí, soy más segura con el trabajo y el tratamiento de mis pacientes, me preocupa que los pacientes dejen de ir a sesión, pero me percate de que no todo tiene que ver conmigo que existen muchas circunstancias por las cuales el niño deja de ir a terapia, pero por lo mismo doy lo mejor de mí para que una de esas circunstancias no sea mi trabajo, que así yo pueda estar segura que no falle en mi trabajo.

Me siento satisfecha, ya que gracias a mi trabajo terapéutico, pude proporcionarles a los pacientes herramientas para que logran su adaptación al entorno, aunque creo que me falta mucho por aprender y eso me lo va a dar la experiencia, cada caso es diferente, con cada niño pude aprender y seguiré aprendiendo sobre sus necesidades y exigencias para lograr su adaptación.

No sólo se debe de tratar sino también prevenir, tuve la fortuna de tratar casos a manera preventiva, ahora hay mayor conciencia en la sociedad acerca de la prevención de algunos trastornos en los niños y pude contribuir en esa prevención.

Ahora creo que no es que los niños sean moldeables, sino que si se trata el problema desde el principio se puede prevenir la aparición de algunas problemáticas mayores, la infancia es una etapa en donde el niño está desarrollándose y puede tener más recursos.

Antes de entrar a la maestría, creía que el trabajo de un terapeuta, consistía en tratar únicamente al menor, pero aprendí que no sólo se debe trabajar con el niño, sino también con la familia, ya que está inmerso en ella, creía que se debía trabajar con los padres a manera de guía o de orientación, pero conforme pasaba el tiempo, me percate que a veces cuando es necesario se tiene que intervenir con los padres, en algunos casos los mande a psicoterapia individual, en otros casos a la par de la psicoterapia individual del niño los tuve que mandar a psicoterapia familiar y en otros casos tuve que aplicar psicoterapia conductual con los padres para que se puedan lograr los objetivos a trabajar con los niños.

Comprendí que el estudio y el aprendizaje no termina con la maestría, al contrario, he emprendido un nuevo camino de conocimiento, en donde cada que tenga un paciente, tendré que recurrir a textos que ya he leído o a otros nuevos, cada que se lee y se relee algo, se aprende. Nunca termina el aprendizaje ni la formación de terapeuta. El aprendizaje nunca se acaba, hasta ahora he tenido la oportunidad de convivir y aprender de las expertas, pero sé que debo seguir preparándome aunque acabe la maestría, en esta profesión como en muchas otras uno debe de actualizarse constantemente, y conocer las nuevas formas de tratamiento.

Soy afortunada por el hecho de haber pertenecido a esta residencia y por el grupo que me tocó. Estoy comprometida a mantener y mejorar el prestigio tanto de nuestra profesión como de nuestra institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M., Bell, S. y Stayton, D. (1971). Individual Differences in Strange Situation Behavior of One Year Olds. In H. Shaffer (Ed). *The origins of human social relations*. London: Academic Press.
- Ainsworth, M. (1993). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (eds.): *Attachment in the preschool years* (pp. 463-488). Chicago: The University of Chicago Press.
- Baumrind, D. (1971). Harmonious parent and their preschool children. *Developmental Psychology*, 41, 1, 92-102.
- Baumrind, D. (1973). *The Development of Instrumental Competence through the Socialization*. En Pick A. D. Minnesota Symposia on Child Psychology: 7, 3-46, University of Minnesota Press.
- Betancourt, D. (2006). *Control parental y problemas internalizados y externalizados en niños y adolescentes*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Bleichmar, N., Leiberman, C. (2006). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México: Paidós. Cap. 15.
- Bellak, L., Bellak, S. (2005). *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A)*. Argentina. Paidós.
- Bender, L. (1938). *Test Gestáltico Visomotor para niños*. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente*. México: Prentice-Hall.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Buck, J., Waren, W. (1995). *Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de Dibujo Proyectivo H-T-P*. México: Manual Moderno.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia, en la práctica médico-pedagógica*. Argentina: Editorial Kapelusz.
- CIE-10 (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.

- Craig, G. (1994). *Psicología del desarrollo*. (6a. ed.). México: Prentice-Hall.
- Crokille, B. (1996). *El Niño Feliz*. España: Gedisa.
- Díaz, R. (2002). El Dilema de Diagnóstico en Psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*. Número 15.
- Diccionario Larousse de la lengua española. (1980).
- Diccionario de términos médicos. (1986), Editorial Salvat.
- DSM-IV. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Düss, L. (1997). *Fábulas de Düss: El método de las Fábulas en Psicoanálisis Infantil*. Madrid: Ediciones TEA.
- Faw, T. (1981). *Psicología del niño*. México: Mc Graw Hill.
- Flesler, A. (2007). *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Paidós.
- Freud Anna. (1977). *El psicoanálisis infantil y la clínica*. Argentina: Paidós.
- Freud, Anna. (1997). *Normalidad y Patología en la niñez*. Argentina: Paidós.
- Friedberg, R., McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva en niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. México: Paidós.
- García, P. (1984). *Orientación familiar*. México: Limusa.
- Geissmann, C. (2006). *El niño, sus padres y el psicoanalista*. Editorial Síntesis.
- Hammil, D., Pearson, N., Voress, J. (1995). *Método de Evaluación de la percepción visual de Frostig (DTVP-2)*. México: Manual Moderno.
- Heredia, C. (2008). *Clase: Evaluación Psicológica II, parte de la materia residencia I de la Residencia en Psicoterapia Infantil*. Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Janin, B. (2007). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones. *Cuestiones de la infancia. Revista de Psicoanálisis con niños. Usos y abusos del diagnóstico en niños y adolescentes. La ética psicoanalítica frente al DSM IV*. 11, 15-35.
- Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2002). *Trastornos de PERSONALIDAD en niños y adolescents*. México: Manual Moderno.

- Kolb, L. (1992). *Noyes Psiquiatría clínica moderna*. México: Ediciones científicas, La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V.
- Koppitz, E. (1995). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- Langlois, J. (2004). "Emotion and emotion regulation: from another perspective". *Child Development*, 75, 315-316.
- Lyons-Ruth K; Alpern L; Repacholi B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the pre-school classroom. *Child Dev.*, 64: 572-585.
- Main, M and Cassidy (1988): Categories of response to reunion with the parents at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a month period. *Developmental Psychology* 24, 415-426.
- Marcelli, D. y De Ajuriaguerra, J. (2005). *Psicopatología del niño*. Buenos Aires: Masson.
- Méndez, L., González, L. (2002). DESCRIPCIÓN DE PATRONES DE APEGO EN MENORES INSTITUCIONALIZADOS CON PROBLEMAS CONDUCTUALES. *Revista de psicología*, vol. XI, 002. Universidad de Chile, 75-92.
- Nácher, M., Cortés, M., Mestre E., Samper, G. (2005). Estilo de crianza y agresividad en la infancia. *Revista electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 10, 6.
- Olarte, M. (1984). *¿Qué significa ser padres?*. México: Trillas.
- Papalia, D. y Wendkos Olds, S. (1992). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. (5a. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Reiss, D., Hetherington, E., Plomin R. (1995). Genetics questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 925-936.
- Salles, M. (1992). *Manual de terapias psicoanalíticas*. México: Editorial Nociones.
- Sandler, J., Kennedy, H. y Tyson, R. (1983). *Conversaciones con Anna Freud. La técnica en psicoanálisis de niños*. Argentina: Gedisa.

- Shaffer, D., Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. México: Cengage Learning. Capítulo 11.
- Solloa, L. (2001). *Los Trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Squires, C. (2004). Apego y sexualidad infantil. En Widlöcher, D. (Comp.). *Sexualidad infantil y apego*. México: Siglo Veintiuno editores. Capítulo 8
- Sroufe, L., Egeland. B., Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Dev*, 61: 1363-1373.
- Taborda, A. y Díaz, D (2007). Una revisión del diagnóstico de Déficit Atencional en la niñez, estudio descriptivo y propuesta terapéutica. *Cuestiones de la infancia. Revista de Psicoanálisis con niños. Usos y abusos del diagnóstico en niños y adolescentes. La ética psicoanalítica frente al DSM IV*. 11, 95-116.
- Van Pelt, N. (1985). *Hijos triunfadores. La formación del carácter y la personalidad*. México: Interoamericana.
- Van-Wielink, G. (2006). *Déficit de Atención con Hiperactividad*. México: Trillas.
- Villegas, O. (2005). *La interrelación entre el trastorno negativista desafiante y el TDAH (parte I)*. Boletín electrónico n.º 7 de la Asociación Peruana de Déficit de Atención (APDA).
- Warren, H. (1999). *Diccionario de Psicología*. Fondo de Cultura Económica.
- Weschler, D. (2007). *Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV. WISC-IV*. México: Manual Moderno.
- Woolfolk, A. (1996). *Psicología Educativa*. (6a. ed.). México: Mc Graw Hill.

ANEXOS

Resultados de las pruebas

Test de Bender Koppitz

Puntaje Total: **3**

Edad Maduración Neuromotriz: **8 años 0 meses a 8 años 5 meses** entraría en la primera desviación de su edad. No presenta problemas en el área de copia, tiene manejo adecuado de las categorías, análisis y síntesis, sigue adecuadamente las seriaciones y las secuencias

Indicadores:

Rotación: invierte letras o números

Perseveración: puede no separar al escribir

Adición u omisión de ángulos: tiene problemas en la integración de la Gestalt. Este indicador se presentó en dos ocasiones. Podría ser en el que tenga mayor dificultad.

Indicadores emocionales:

Orden lógico: La planeación es evidente, pero hay mayor flexibilidad y espontaneidad.

Por la figura 2 en la que realiza micrografía se puede observar en Román ansiedad, posible retraimiento y timidez; aunque en la figura 6 presenta macrografía, en la que se muestra un acting out, poca tolerancia a la frustración; borra constantemente y con gran fuerza sus dibujos, en esto se puede reflejar su impulsividad y ansiedad. Esto quiere decir que posiblemente se presenta como un niño tímido, que le genera ansiedad y que en cuanto tiene confianza y se siente con dominio en la situación se comporta de manera impulsiva.

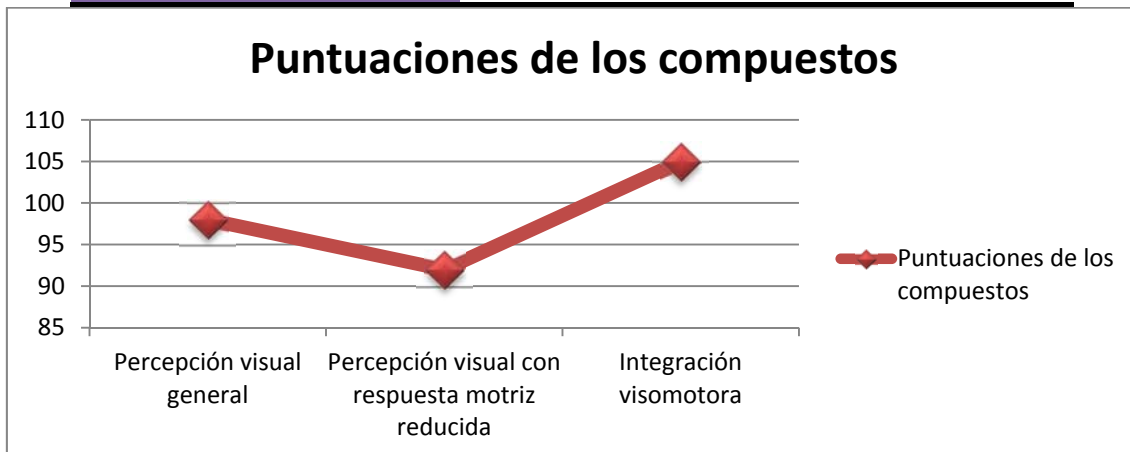
Método De Evaluación De La Percepción Visual De Frostig (Dtvp-2)

Con ventaja en Copia y desventaja en Posición en el Espacio

En la subprueba de posición en el espacio tiene un puntaje ligeramente bajo, esto quiere decir que puede tener dificultades en invertir números y/o letras, en reconocer letras parecidas. Se le facilita la copia y tiene una buena planeación.



| | Cruda | Edad | Per | PVG | Media | FyD |
|------------------------|-------|------|-----|-----|-------|-----|
| Coordinación ojo-mano | 144 | 6-0 | 37 | 9 | 9.75 | -1 |
| Posición en el espacio | 10 | 4-10 | 16 | 7 | 9.75 | -3 |
| Copia | 27 | 8-3 | 84 | 13 | 9.75 | 3 |
| Figura-fondo | 9 | 4-9 | 25 | 8 | 9.75 | -2 |
| Relaciones espaciales | 26 | 5-11 | 37 | 9 | 9.75 | -1 |
| Cierre visual | 8 | 5-10 | 37 | 9 | 9.75 | -1 |
| Velocidad visomotora | 10 | 7-2 | 75 | 12 | 9.75 | 2 |
| Constancia de forma | 11 | 6-4 | 63 | 11 | 9.75 | 1 |



| | Coc | Perc | Edad |
|---|-----|------|------|
| Percepción visual general | 98 | 45 | 6-1 |
| Percepción visual con respuesta motriz reducida | 92 | 30 | 5-4 |
| Integración visomotora | 105 | 63 | 6-7 |

Existe una diferencia significativa entre el coeficiente de PMR y el de IVM, esto refleja que a Román se le dificulta poner atención al sólo ver (ya que está realizando sólo una acción)

Tiene desarrolladas habilidades de acuerdo a su edad, como ver detalles esenciales, logra ubicación, sigue secuencias, diferencia entre posiciones, letra legible, reconocimiento de espacio, rapidez, exactitud y precisión en el trazo.

WISC-IV Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

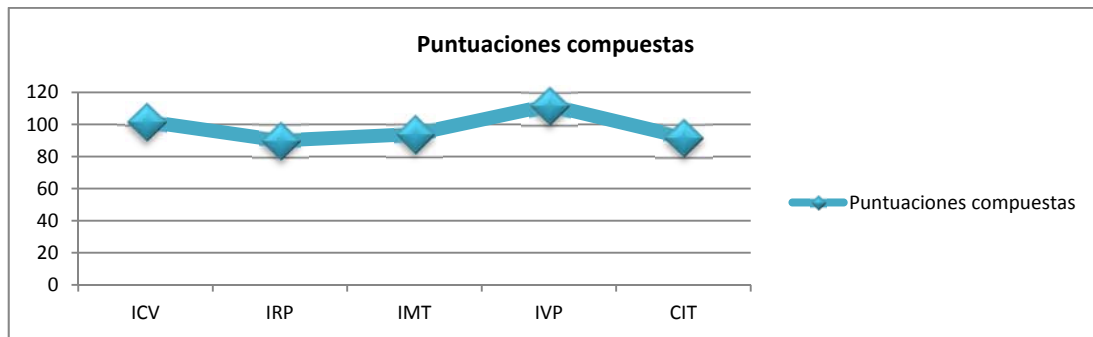
Índice de Comprensión verbal de 102-Promedio

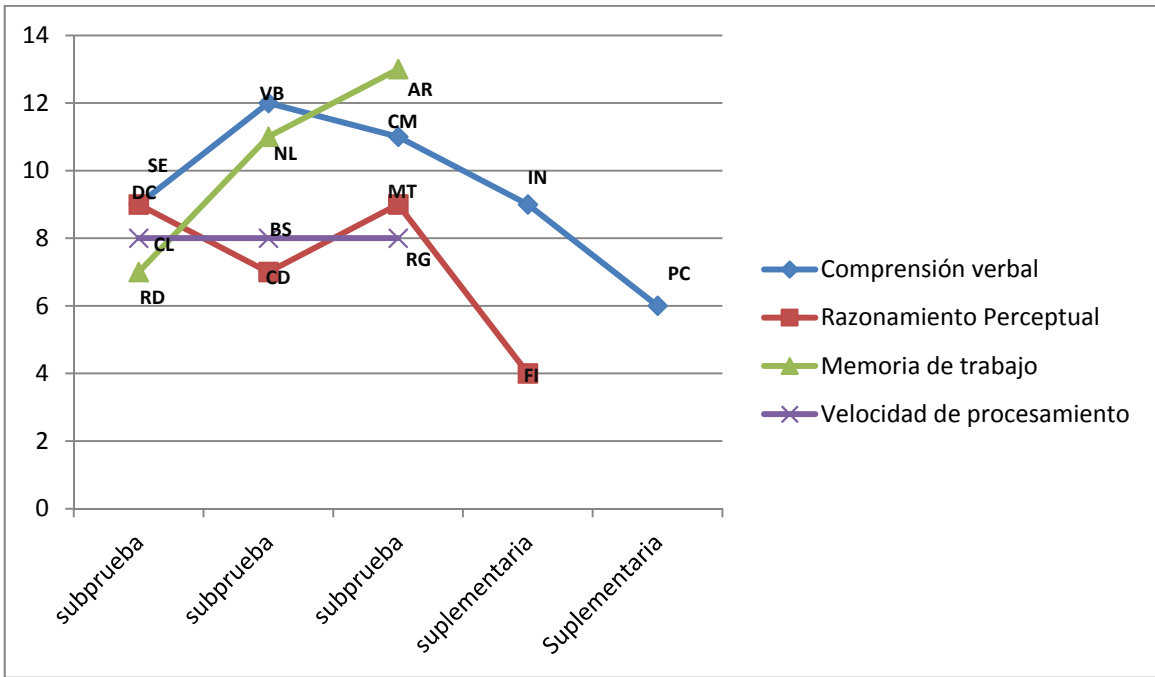
Índice de Razonamiento perceptual de 90-Promedio

Índice de Memoria de trabajo de 94-Promedio

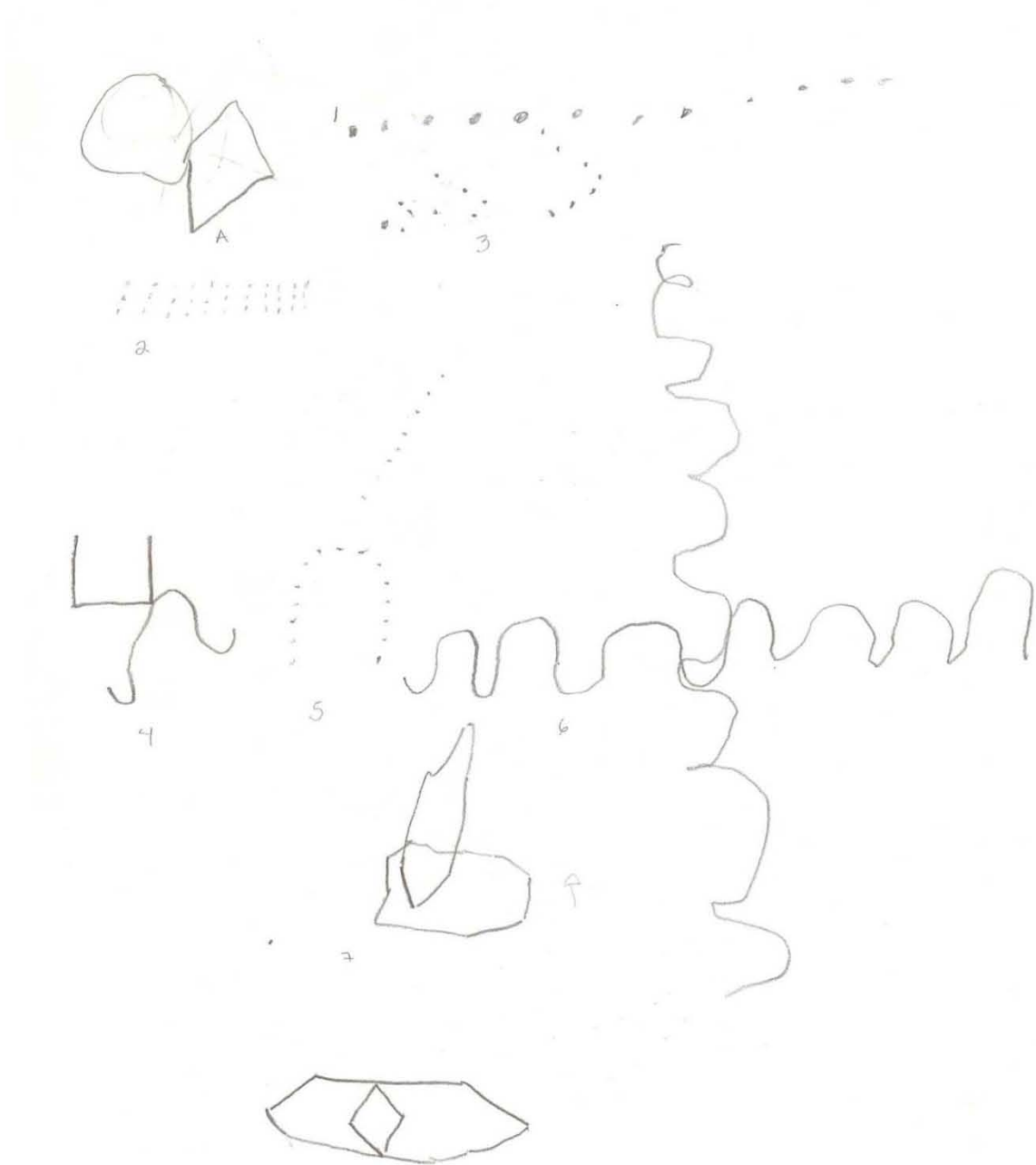
Índice de Velocidad de procesamiento de 112-Promedio alto

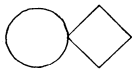

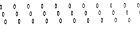




Índice total de 92-Promedio


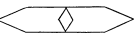




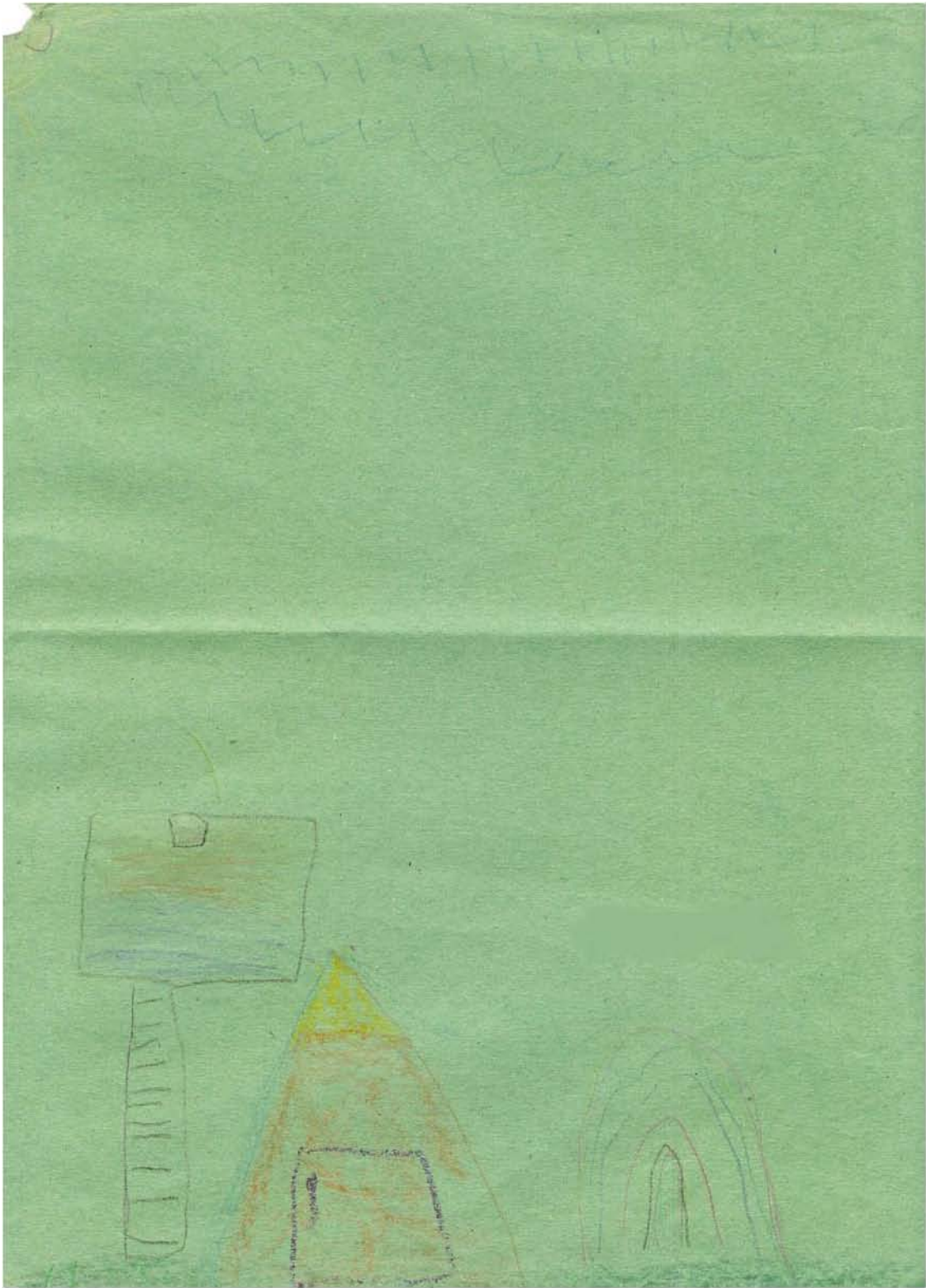
Bender



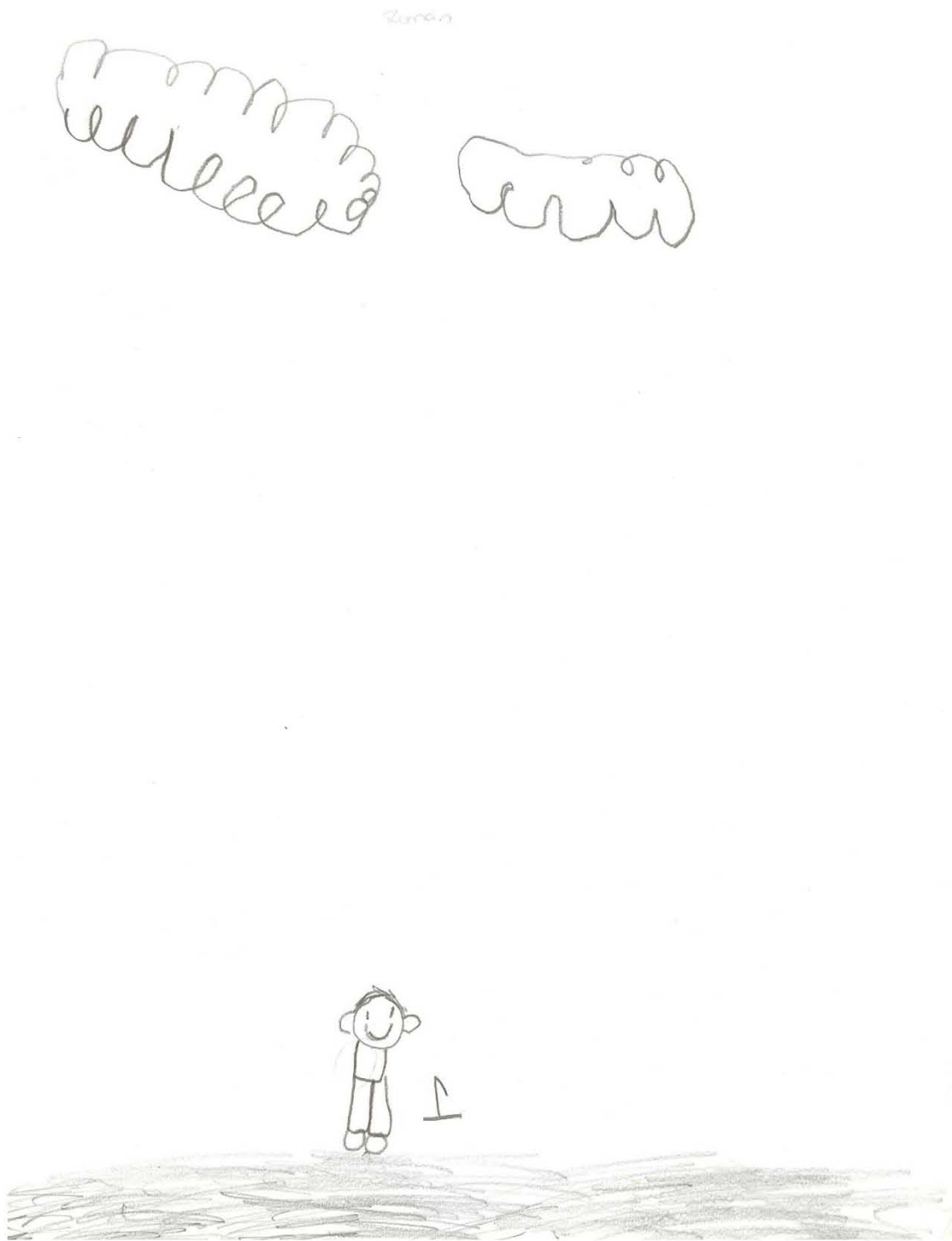
| FIGURA | ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa. | P.D. | INDICADORES DISFUNCIÓN (* Común. Inmadurez funcional (**) Casi exclusivo de DCM |
|--|--|------|---|
| A  | 1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado..... | 0 | * Adicción u omisión ángulos |
| | 2b. Desproporción (uno es el doble)..... | 0 | * |
| | 2. Rotación parcial/total 45º ó + de tarjeta o dibujo. | 0 | * (a partir de 6 años) |
| | 3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión).. | 0 | * |
| 1  | 4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos)..... | 0 | * |
| | 5. Rotación (45º o más en tarjeta/dibujo)..... | 0 | ** |
| | 6. Perseveración. (> 15 puntos por fila)..... | 0 | ** (>7 años) |
| 2  | 7. Rotación..... | 0 | * (> 8 años) |
| | 8. Integr.: Omisión/adicción filas. 4 ó +círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1..... | 0 | ** (> 6 años) |
| | 9. Perseveración (>14 columnas)..... | 0 | ** (>7 años) |
| 3  | 10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos).. | 0 | * (> 6 años) |
| | 11. Rotación del eje 45º ó + en dibujo (o la tarjeta). | 0 | ** (>7 años) |
| | 12. Integración (forma no conseguida): 12a. Desintegración del diseño..... | 0 | * (>5 años) |
| | 12b. Línea continua en vez de hileras de puntos.. | 0 | ** |
| 4  | 13. Rotación (de la figura o parte 45º, o de tarjeta). | 0 | ** |
| | 14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.)..... | 0 | * |
| 5  | 15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos).. | 0 | * (>8 años) |
| | 16. Rotación 45º o más (total o parcial)..... | 0 | * |
| | 17. Integración. 17a Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco.. | 0 | |
| | 17b. Línea continua en vez de puntos..... | 0 | ** En todas las edades |
| 6  | 18. Distorsión de la forma: 18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas..... | 0 | * Sustitución de curvas por ángulos |
| | 18 b. Líneas rectas..... | 0 | ** Sust. curvas X líneas rectas |

| | | | | |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| | 19. Integración (cruzan mal)..... | 0 | * | |
| | 20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas)..... | 1 | ** (> 7 años) | |
| 7 | 21. Distorsión forma: 21 a. Desproporción tamaño (El doble)..... 21 b. Deformación hexágonos (> nº < ángulos)... | 0 | * Adición/omisión ángulos (>8 años) | |
|  | 22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45º ó +).... | 1 | * (>7 años) | |
| | 23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente)..... | 1 | ** (>6 años) | |
| | | 0 | * (>6 años) | |
| 8 | 24. Distorsión forma (deformada, > < nº ángulos)..... | 1 | * Adición/omisión ángulos (>6 años) | |
|  | 25. Rotación eje en 45º o más..... | 0 | ** | |
| | P.D. TOTAL (máx 30): | 4 | | |
| Grupo de edad | Media del grupo | Desviación Típica | Intervalo +/- 1 D.T. | Edad Equivalente |
| De 6-0 a 6-5 | 3.7 | 3.60 | .1 a 7.3 | 8-0 a 8-5 |

Dibujo Libre



Test Dibujo de la Figura Humana (E.M. Koppitz)



El sistema de puntuación propuesto por Koppitz para estimar el nivel de funcionamiento mental a partir del DFH, sólo cuenta los ítems *esperados* y *excepcionales* (casillas en blanco). Los ítems esperados dibujados por el sujeto no se

puntúan, pero cada omisión de un ítem esperado para la edad del niño/a, restará un punto (-1). Se da también un punto por cada ítem excepcional presente en el protocolo del sujeto. Además, se añaden 5 puntos para evitar valores negativos.

| ITEMS ESPERADOS (Presente = 0, Ausente = -1) | 5 años | | 6 años | | 7 años | | 8 años | | 9 años | | 10 años | | 11-12 años | |
|--|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|--------|---|---------|---|------------|---|
| | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M |
| Cabeza | | | | | | | | | | | | | | |
| Ojos | | | | | | | | | | | | | | |
| Nariz | | | -1 | | | | | | | | | | | |
| Boca | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuerpo | | | | | | | | | | | | | | |
| Piernas | | | | | | | | | | | | | | |
| Brazos | | | | | | | | | | | | | | |
| Pies | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Brazos 2 dimensiones | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Piernas 2 dimensiones. | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Cabello (cabeza c. sombrero) | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Cuello | | | | | | | | | | | | | | |
| Brazos hacia abajo | | | | | | | | | | | | | | |
| Brazos unidos hombro. | | | | | | | | | | | | | | |
| Ropa, objetos 2 prendas | | | | | | | | | | | | | | |

| ITEM EXCEPCIONALES (puntos: +1 ó 0) | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M | V | M |
|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rodilla | | | | | | | | | | | | | | |
| Perfil | | | | | | | | | | | | | | |
| Codo | | | | | | | | | | | | | | |
| Dos labios | | | | | | | | | | | | | | |
| Fosas nasales | | | | | | | | | | | | | | |
| Proporciones | | | | | | | | | | | | | | |
| Braz u. hom. | | | | | | | | | | | | | | |
| Ropa. 4 items | | | | | | | | | | | | | | |
| Pies 2 dimensiones | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Cinco dedos | | | | | | | | | | | | | | |
| Pupilas | | | 1 | | | | | | | | | | | |
| Total A + B | | | 5 | | | | | | | | | | | |
| Puntuación final: 5 + (A+B) = | | | 10 | | | | | | | | | | | |

INDICADOR CUALITATIVO y DETALLES ESPECIALES. Asociado a uno o varios de los siguientes factores:

- 1. Integración pobre.** (Una o más partes casi no tocan al resto de la figura. No válido antes de los 7 años en niños y de 6 en niñas). Inestabilidad, impulsividad o dificultades de coordinación, personalidad pobremente integrada. (retraso madurativo, organicidad y/o perturbaciones emocionales)

- **2. Sombreado de toda o parte de la cara**, o “pecas”, “sarampión”... (no contar sombreado suave de cara y manos, como color piel) Altamente significativo: Angustia. Bajo auto concepto. Sombreado parcial refleja ansiedades específicas sobre las partes y sus funciones (Ej. Boca-lenguaje...)
- **3. Sombreado del cuerpo y/o extremidades**. (Valido a los 8 en niñas y niños 9 años). Ansiedad, zonas de preocupación por alguna actividad real o fantaseada, pero no es posible diferenciar la causa (brazos: robar, agresividad, masturbación. Piernas: por el crecimiento físico, la talla, la sexualidad).
- **4. Sombreado de las manos y/o cuello**. (Válido a los 8 años en niños y 7 en niñas). Preocupación por actividad real o fantaseada con las manos. Problemas emocionales, timidez o agresividad, robo... **Cuello**: esfuerzos controlar impulsos, pero precario, mientras la tensión no sea excesiva.
- **5. Marcada asimetría de las extremidades**. Frecuente en pacientes clínicos, niños agresivos, disfunciones, educación especial...Refleja a la vez sentimientos de falta de equilibrio emocional, baja coordinación v-m, torpeza o inadecuación física, confusión en la dominancia lateral.
- **6. Inclinación de la figura en 15º o más**. Sugiere inestabilidad y falta de equilibrio general. Sentimiento de desequilibrio mental y personalidad lábil, inestable, que al niño le falta una base firme.
- **7. Figura pequeña** (5 cm. o menos). Extrema inseguridad, retraimiento y depresión. Yo inhibido, preocupaciones con el ambiente. Retraimiento que le impide funcionar adecuadamente en casa o en la escuela
- **8. Figura grande** (23 cm. o más). No es significativo hasta los 8 años, en ambos sexos. Expansividad, inmadurez y controles internos deficientes. Grandiosidad reactiva a sentimientos de inadecuación. Las figuras grandes y vacías pueden indicar tendencias psicopáticas u organicidad.
- **9. Transparencias**. (No es líneas en brazos que atraviesan el cuerpo). Inmadurez (etapa realismo), impulsividad y conducta actuadora. Ansiedad específica (= sombreado), no es normal en edad escolar. Niño que necesita que le tranquilicen (respecto a lo sexual, nacimiento, mutilación corporal...)
- **10. Cabeza pequeña**. (< 1/10 o menos de la figura). Muy significativo. Sentimientos intensos de inadecuación intelectual.
- **11. Ojos bizcos o desviados** (mirada de reojo no computa). Hostilidad hacia los demás, ira y rebeldía (no puede ver el mundo como los demás, no quiere o no puede ajustarse a los modos esperados de comportarse).
- **12. Uno o más dientes**. Por sí mismo no es significativo, aparece en niños bien adaptados (cierto grado de agresividad es necesario). Más frecuente en niños agresivos. Ningún tímido-retraído los dibuja.
- **13. brazos cortos** (no llegan a la cintura) Aparece también en niños bien adaptados. Refleja dificultades para conectarse con el entorno y las personas. Tendencia al retraimiento e inhibición, demasiado “bien educado”.

- 14. brazos largos** (llegan a las rodillas). Inclusión agresiva en el ambiente, hacia fuera (opuesto a retraimiento)
- 15. brazos pegados al cuerpo** (sin espacio intermedio) Defensivo. Por sí mismo no es clínicamente significativo. Control interno rígido y dificultad de conectarse con los demás (falta de flexibilidad, relaciones interpersonales pobres).
- 16. Manos grandes** (igual o mayor que la cara). Conducta agresiva y actuadora. Niños abiertamente agresivos y/o que roban
- 17. Manos omitidas** (brazos sin manos ni dedos. No se computa manos detrás o en bolsillos). Sentimientos de inadecuación, ansiedad, o culpa por no lograr actuar correctamente (robar, mal rendimiento, ansiedad de castración)
- 18. Piernas juntas** (sin ningún espacio entre sí. En perfil, solo se ve una pierna). Indica sobretodo tensión en el niño, e intento rígido de controlar sus propios impulsos sexuales o temor a sufrir abuso. Evitación del acercamiento al otro sexo.
- 19. Genitales.** Signo de alteración en estas edades (5 a 12). Angustia por el cuerpo y control pobre de los impulsos.
- 20. Figura grotesca, no humana, monstruo, robot, payaso, vagabundo,** (dibujada intencionadamente). Sentimientos de intensa inadecuación y muy bajo auto-concepto (desprecio y hostilidad hacia sí). Se perciben como distintos, extraños, no integrados ni aceptados, de los que los demás se ríen.
- 21. Varias figuras.** Tres o más figuras repetidas, no relacionadas (no es dibujar niño y niña, o su familia). Implica perseveración (neurológica). Carencia de sentimiento de identidad, falta de atención individual (“ser uno del montón”) No son independientes y precisan ayuda individualizada.
- 22. Nubes, lluvia, nieva, pájaros volando.** Niños muy ansiosos y con problemas psicossomáticos, autoagresividad. Niño que se siente amenazado o presionado desde arriba, desde el mundo de los padres o adultos.

OMISIÓN DE ITEMS ESPERADOS. (Inmadurez, problemas emocionales y/o retraso mental).

- 23. Omisión de los ojos** (no se computan ojos cerrados o vacíos, o sea, ojos que no ven). Siempre tiene significación clínica. Niños aislados socialmente. Tienden a negar sus problemas, rechazan enfrentar el mundo y escapan en la fantasía. Escaso interés social por parte del niño.
- 24. Omisión de la nariz.** Conducta tímida y retraída, ausencia de agresividad manifiesta. Falta de empuje.
- 25. Omisión de la boca.** Siempre es clínicamente significativa. Refleja sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento, resistencia pasiva. Incapacidad o rechazo a comunicarse con los demás. Depresión. Asmáticos.
- 26. Omisión del cuerpo.** Inmadurez en preescolares (etapa del “renacuajo”). En escolares puede reflejar retraso madurativo o mental, disfunción neurológica,

perturbación emocional con aguda ansiedad por el cuerpo (si lo pueden dibujar en solo figuras masculinas o solo en femeninas)

- 27. Omisión de los brazos.** (varones 6 años, niñas a los 5). Ansiedad y culpa por conductas socialmente inaceptables que implican los brazos y las manos (agresividad, robos)
- 28. Omisión de las piernas.** Poco frecuente, Implicaciones específicas (deficiencias motóricas, estatura muy baja...) Refleja intensa angustia e inseguridad (piernas como soportes demasiado débiles). Dificultades para estar bien plantados y hacerse notar...
- 29. Omisión de los pies.** (varones 9 años, niñas a los 7) Sentimientos generales de inseguridad y desvalimiento de base.
- 30. Omisión del cuello.** (Varones 10 años, niñas a los 9). Ningún niño bien adaptado lo omite. Inmadurez, impulsividad y controles internos pobres sobre sus impulsos y sus acciones.

| | |
|---------------------------------------|----------|
| TOTAL INDICADORES EMOCIONALES: | 7 |
|---------------------------------------|----------|

OTROS SIGNOS, tanto en niños adaptados como con problemas (marcar los presentes en el DFH del niño/a).

- **Cabeza grande.** Preocupación por algún aspecto del funcionamiento mental. Ambición, tesón
- **Ojos vacíos, que no ven.** Emocionalmente inmaduros, egocéntricos y dependientes, con vaga percepción del mundo y poca curiosidad por explorar las situaciones, las diferencias y funciones corporales, la sexualidad...
- **Mirada de reojo.** Aumenta a partir de los 10 años. Susplicia y tendencias paranoides, pero también sentimiento de incomodidad en el preadolescente, interés en rasgos faciales y maquillaje... además implica un buen nivel intelectual.
- **Manos ocultas.** Frecuente en preadolescentes. Si hay problemas, aparecen otros indicadores en DFH. Evitación, culpa, necesidad de controlar impulsos, renuncia a afrontar la situación... Es difícil dibujar las manos bien, lo evitan los inteligentes y autoexigentes.
- **Figura interrumpida por el borde del papel.** Se interpreta según la parte seccionada (como ausencia de...) y como falta de control (inmadurez o impulsividad y falta de coordinación-previsión si el dibujo se sale por varias zonas). Niños muy perturbados: seccionan la cabeza o parte de la misma.
- **Línea de base, hierva...** necesidad de apoyo y puntos de referencia, normal en los niños.
- **El sol, la luna.** Amor y apoyo parental, existencia de una autoridad adulta controladora (positiva o negativa).
- **Líneas fragmentadas.** No es signo claro de psicopatología.

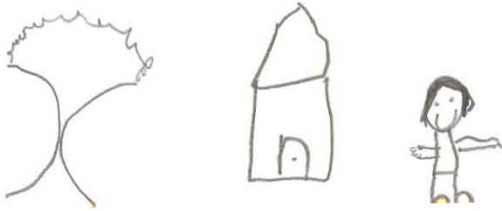
RELATO DEL NIÑO SOBRE SU DFH

No hubo relato, de hecho no quiso contar ninguna historia, decía constantemente no se, solo le puso edad, primero de 20 años y después dijo que no, que tenía 7

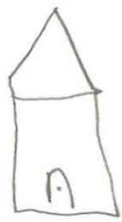
DFH Naglieri

| Indicadores | Hombre | Mujer | Niño |
|---------------------------|---|--------------|-------------|
| Figura corta | * | * | * |
| figura pequeña | * | * | * |
| colocación abajo | * | * | * |
| colocación a la izquierda | * | * | * |
| Nariz omitida | * | * | * |
| dedos omitidos | * | * | * |
| pies omitidos | * | * | * |
| manos cortadas | * | * | * |
| ojos vacíos | * | | |
| Total por dibujo | 9 | 8 | 8 |
| Total | 25 | | |
| Puntaje crudo | 75= Evaluación adicional inmediata | | |

Test HTP



1000











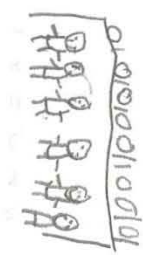


Test del Dibujo de la familia

- I. Madre
- II. Padre
- III. Hijo
- IV. Hermana
- V. Tío
- VI. Tía
- VII. Abuelo
- VIII. Abuela

Elaboración de la familia

El dibujo de la familia es un test proyectivo que permite conocer el estado emocional del sujeto y su percepción de la familia. El sujeto debe dibujar a los miembros de su familia en un espacio limitado, lo que puede generar conflictos de espacio y jerarquía.



| Planos de análisis | | Características del dibujo | Interpretación |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Plano Gráfico | Amplitud del trazado | Líneas amplias | Expansión vital fácil y extroversión |
| | | Líneas recogidas o entrecortadas | Introversión y tendencia a replegarse en si mismo. |
| | Fuerza del trazado | Trazado fuerte | Evidencia fuertes pulsiones, audacia, violencia o liberación instintiva. |
| | | Trazado débil | Pulsiones débiles, suavidad, timidez o inhibición instintiva. |
| | Ritmo del trazado | Trazos simétricos que se repiten en un personaje o de un personaje a otro | Pérdida de la espontaneidad, vivir dominado por las reglas. |
| | Sector de la página | Sector inferior | Simboliza la conservación de la vida. Es usado por niños cansados y/o deprimidos. |
| | | Sector superior | Expansión imaginativa. Propio de niños soñadores e idealistas. |
| | | Sector izquierdo | Simboliza el pasado, habla de una dificultad en proyectarse a futuro |
| | | Sector derecho | Utilizado por niños que sienten su porvenir abierto y sin limitaciones. |
| | Plano de las estructuras formales | Dibujo de figura humana | Evaluación del desarrollo del niño |
| Estructura del grupo de personas representadas | | Utilización de líneas curvas y variadas. | Niño sensorial: espontáneo, vital, sensible al ambiente y al calor de los lazos. |
| | | Utilización de líneas rectas y anguladas. Reproducciones estereotipadas; personajes aislados y detalles precisos. | Niño racional: espontaneidad inhibida |
| Plano del contenido (correlación con | | Omisiones | Personajes desvalorizados |

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| composición real de la familia) | Orden en que dibuja a los personajes. | Identifica su valorización |
| | Tamaño y detalles de las figuras | |
| | Identificación de símbolos según el contexto familiar | Análisis particular según el contexto (ej. padres tomados de las manos en contexto de divorcio) |

Frases Incompletas

| | | |
|---|--|---|
| 1. Si yo fuera más grande estaré en otra escuela | 18. Mis amigos creen que soy chistoso | 35. Estoy celoso de mi papá |
| 2. Me gustaría que me quieran (¿quién?) pues quien crees, mis papás | 19. Lo que más me gustaría ser grande | 36. Pienso mucho en mi papá y mi mamá |
| 3. Si yo supiera solamente que me digan algo | 20. Deseo saber de mi cumpleaños | 37. Estoy orgulloso de mi cumpleaños |
| 4. Odio a los rateros | 21. Cuando sea mayor voy a irme solo a la escuela | 38. Otra gente piensa en otras cosas |
| 5. Oh cómo me gustaría cambiarme de cuarto, al de mi mamá y mi papá | 22. Mi papá y mi mamá se quieren | 39. Me da pena ser grosero |
| 6. Solía gustarme mi cuarto | 23. Me siento como do | 40. Yo trato de portarme bien |
| 7. Lo que me entristece que me regañen | 24. Me enoja porque me pegan, mi mamá | 41. Me divierto con mis juguetes |
| 8. Algún día me van a cambiar de cuarto | 25. A veces pienso que seré grande | 42. A veces me siento desdichado porque me regañan |
| 9. Extraño tanto a mi papá y a mi mamá | 26. Yo sueño con mis papás | 43. Cuando llegue a mi casa voy a ver la tele |
| 10. Quiero ir de vacaciones con ellos | 27. Mi madre no me da de comer | 44. Cuando alguien de mi familia esta enfermo lo voy a visitar |
| 11. Cuando estoy solo no me gusta | 28. Cuando me despierto en las noches tengo sed | 45. Si otra persona me golpea yo lo golpeo |
| 12. Quiero ver tele | 29. Dios es lindo | 46. Cuando la gente viene a visitarme a casa platican |
| 13. Una vez me caí | 30a. Los niños son feos | 47. A la hora de la comida juego |
| 14. Me gustaría ser abogado | 30b. Las niñas son feas | 48. Me asusta los animales carones, rasguñan |
| 15. Si yo fuera más inteligente haría más bien las cosas | 31. Tengo miedo de los rateros | 49. Si yo veo un perrito quejándose en el frío pobre |
| 16. Amo a mis papás y a mis abuelitos | 32. Lo que me enoja es que me peguen | 50. Me gusta ser yo |
| 17. Las niñas son feas | 33. A otros niños y niñas los regañan | 51. Cuando juego estoy feliz |
| 17b. Los niños son bonitos | 34. Mi padre no es feo | 52. Si no obtengo lo que quiero en casa me enoja |
| | | 53. Cuando me hiero en algún lado le digo a mi mamá |

- **Área de la familia**

- 22. Mi papá y mi mamá **se quieren**
- 27. Mi madre no **me da de comer**
- 34. Mi padre no es **feo**
- 43. Cuando llegue a mi casa voy a **ver la tele**
- 44. Cuando alguien de mi familia esta enfermo **lo voy a visitar**
- 52. Si no obtengo lo que quiero en casa **me enoja**

Percibe a sus padres juntos, que se quieren, pero a la vez los siente alejados de él, y cuando no obtiene lo que quiere se enoja

- **Área del sexo**

- 17. Las niñas **son feas**
- 17b. Los niños **son bonitos**
- 30a. Los niños son **feos**
- 30b. Las niñas son **feas**
- 33. A otros niños y niñas **los regañan**

No muy clara

- **Área sobre sí mismo**

- 2. Me gustaría **que me quieran (¿quién?) pues quien crees, mis papás**
- 10. Quiero ir **de**

- **Área de las actitudes hacia los amigos / compañeros**

- 11. Cuando estoy solo **no me gusta**
- 18. Mis amigos creen que **soy chistoso**
- 35. Estoy celoso de **mi papá**
- 41. Me divierto con **mis juguetes**
- 49. Si yo veo un perrito quejándose en el frío **pobre**
- 51. Cuando juego **estoy feliz**

Se siente solo, siente al papá como rival

- **Área de Relaciones interpersonales**

- 45. Si otra persona me golpea yo **lo golpeo**
- 46. Cuando la gente viene a visitarme a casa **platican**
- 38. Otra gente piensa **en otras cosas**

Agresividad, se siente aislado

- **Área de temores y frustraciones**

- 4. Odio a los **rateros**
- 7. Lo que me entristece **que me regañen**
- 48. Me asusta **los**

vacaciones con ellos
 12. Quiero ver **tele**
 13. Una vez **me caí**
 16. Amo **a mis papás**
y a mis abuelitos
 19. Lo que más me
 gustaría **ser grande**
 26. Yo sueño con **mis**
papás
 29. Dios es **lindo**
 36. Pienso mucho en
mi papá y mi mamá
 39. Me da pena **ser**
grosero
 40. Yo trato de
portarme bien
 47. A la hora de la
 comida **juego**

*Desvalorizado,
 dependiente de los
 padres, aunque ya
 busca algo de
 independencia, se
 percibe como grosero
 y mal portado*

**animales carones,
 rasguñan**
 28. Cuando me
 despierto en las
 noches **tengo sed**
 31. Tengo miedo de
los rateros
 32. Lo que me enoja
 es **que me peguen**
 24. Me enojo porque
me pegan, mi mamá
 42. A veces me
 siento desdichado
 porque **me regañan**
 53. Cuando me hiero
 en algún lado **le digo**
a mi mamá

*Teme a los rateros,
 no le gusta que le
 peguen ni que lo
 regañen*

• **Área de las
 propias capacidades**

3. Si yo supiera
 solamente **que me**
digan algo
 50. Me gusta ser **yo**
 15. Si yo fuera más
 inteligente **haría más**
bien las cosas
 23. Me siento como
do
 37. Estoy orgulloso de
mi cumpleaños

• **Área de actitud
 hacia el futuro**

1. Si yo fuera más
 grande **estaré en**
otra escuela
 5. Oh cómo me
 gustaría **cambiarme**
de cuarto, al de mi
mamá y mi papá
 8. Algún día **me van**
a cambiar de cuarto
 14. Me gustaría ser
abogado
 20. Deseo saber **de**
mi cumpleaños
 21. Cuando sea
 mayor voy a **irme**
solo a la escuela
 25. A veces pienso
 que seré **grande**

Se siente con pocas capacidades, pero se siente a gusto consigo mismo

Para él es importante ser grande, para ser como su padre pero estando todo el tiempo con los padres

• **Área de actitud hacia el pasado**




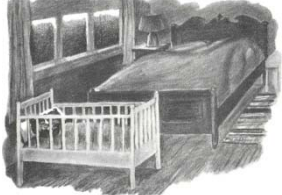



- 6. Solía gustarme **mi cuarto**
- 9. Extraño tanto **a mi papá y a mi mamá**



Quisiera ser el único en la vida de sus padres

CAT-A Test de Apercepción Infantil



1. Es un pollo, ah no, son tres, vuelan, comen.

| | |
|---|---|
|  | <p>2. Tres osos estaban jalando la cuerda, entre dos y entre uno.</p> |
|  | <p>3. (pregunto ¿es el rey león?, yo le pregunte ¿tu qué ves?) un viejo ah no, que está en una silla y que usa bastón (¿porqué crees que usa bastón?) porque no puede caminar bien, nada más.</p> |
|  | <p>4. Su mamá andaba corriendo y su hijo traía bici y la iba jalando de su cola y casi se va a caer la mamá (¿porqué se va a caer?) porque estaba jalando su cola.</p> |
|  | <p>5. Aquí no hay nadie... ah si hay alguien, el oso se durmió en su cama de bebé y entonces también se durmieron sus papás y entonces se despertó el bebé y entonces nada más.</p> |
|  | <p>6. Había un osito que vivía en una cueva con su mamá y su papá y entonces la cueva era muy grande y que le llamaban tropical ¿porqué le llamaban tropical?) porque tenía muchas piedras y nada más.</p> |
|  | <p>7. En un bosque había un león y un chango, y que el león se lo iba a comer al chango y entonces se asustó el chango y el león casi lo iba a comer y se iba a trepar pero ya no pudo porque estaba viendo al león y nada más.</p> |
|  | <p>8. Cuatro changos, había uno chiquito, una mamá, un papá y otra mamá, entonces una mamá regaña al changuito, al chiquito y entonces tenía una foto de ella, de la señora y nada más.</p> |

| | |
|---|---|
|  | <p>9. Había un conejo que vivía en una casa solo, y entonces que se durmió tantito y después se despertó y abrió la puerta y vio quien estaba y nadie estaba (¿porqué vivía solito?) no se, porque sus papás no lo querían (¿porqué no lo querían?) porque no (¿cómo se sentía?) estaba triste y abrió la puerta para ver si se fueron de adeveras o solo se escondieron y colorín colorado este cuento se ha acabado (¿se escondieron o se fueron?) se fueron.</p> |
|  | <p>10. (la vio y se rio) Había un perrito y su papá y que vivían los dos solos sin mamá y sin hija, y entonces el perrito hace del baño y después el papá se queda parado y que quiere ir otra vez al baño y su papá lo retiene porque no lo va a dejar ir (¿porqué no lo quiere dejar ir?) porque ya fue (¿porqué viven solos?) porque su papá se enoja porque su mamá y su hermana se enojaron con él y tantan (¿porqué quiere ir otra vez al baño?) porque le dio chorrillo.</p> |

Fábulas de Düss

| Fábula | Historias del niño | Hipótesis interpretativas Düss |
|---------------|--|--|
| 1. Del pájaro | Va a escalar, volar más fuerte hacia otra rama diferente a la de los papás. Independencia | Vinculación del niño con alguno de los padres. - Grado de independencia |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Del aniversario de matrimonio | Porque se sentía solo , porque no lo querían. Frustración del amor parental | "Shock en la habitación de los padres" |
| | | - Envidia ante la reunión de los padres |
| 3. Del cordero | Se come la hierba, se sintió solo o triste . Conflicto con la madre | Complejo de destete |
| | | - Relaciones entre los hermanos |
| 4. Del entierro | Mi papá y mi mamá, dicen que si te subes a la azotea y hay mucho aire te puedes caer, eso dice mi papá. Nadie, el abuelito porque estaba viejo. | Agresividad, deseos de muerte |
| | | - Culpa y autocastigo |
| 5. Del miedo | De los rateros , porque roban y lo pueden robar. Angustia a ser robado | - Contenidos de angustia y autocastigo |
| 6. Del elefante | Su trompa está de color azul (¿porqué?) no se. | - Complejo de castración |
| 7. Del objeto fabricado | No se lo regala, porque es muy grosera con él. Conflicto con la madre | - Carácter obsesivo y posesivo (complejo anal) |
| 8. Del paseo | Porque estaba moreno y se convirtió en güero. | Complejo de Edipo |
| 9. De la noticia | Que se porto mal, porque la maestra le llamo la atención, él se sintió triste porque no trabajo. | Deseos o temores del sujeto- |
| 10. Del mal sueño | Que a su papá lo mataron, eso lo hizo sentirse triste , porque mataron a su papá. Temor a accidentes | Funge como control, se espera que surjan contenidos relacionados con las respuestas dadas en fábulas anteriores |