



Universidad de
los Andes

Escuela de
Psicología

GUÍA PARA LA ORIENTACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL CESA

Autoras:

Macarena Domingo

Marcela Opazo

Patricia Zañartu

Con la colaboración especial de:

Nancy Torrejón

Santiago- Enero, 2016

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
Introducción	4
A. Bases teóricas fundamentales	5
1. Contextualización trabajo en el CESA	5
i. Introducción	5
ii. Características población objetivo	7
iii. Características de la práctica clínica en el CESA	11
iv. Trabajo terapéutico con niños en situación de vulnerabilidad social	13
2. Perspectiva desarrollo	20
i. Introducción	20
ii. Principales teorías	22
3. Psicopatología infanto-juvenil DSM-V	54
B. Proceso psicodiagnóstico	70
a. El diagnóstico en psicología infanto-juvenil	70
b. Pre-entrevista telefónica	74
c. Primera entrevista	77
d. Evaluación psicodiagnóstica	103
e. Conceptualización del caso	137
f. Elaboración de informe y devolución de información	145
g. Derivación	156
C. Proceso Psicoterapéutico	164
i. La persona del terapeuta infantil y su rol como tal	164

ii.	Planificación de la terapia	168
iii.	Prevención de recaídas	194
iv.	Cierre de la terapia	196
v.	Dificultades que se pueden encontrar en el abordaje terapéutico	202
	Referencia	206
	Anexos	213

INTRODUCCIÓN

El presente material se ofrece como un manual guía de las actividades para los integrantes en práctica infanto-juvenil. Se basa en aporte de diversos autores, recogiendo además la experiencia acumulada a través de muchos años de dirigir prácticas clínicas, y del trabajo clínico profesional de las autoras.

La intención es aportar una estructura que ayude a los alumnos a enfrentar su práctica focalizándose en aquellos aspectos más centrales para la comprensión, reflexión o formulación del caso terapéutico. Este manual representa un soporte también para supervisores y coordinadores, de modo de generar una forma de trabajo común considerando los cambios que ha tenido el modelo de práctica de la Universidad. Por lo tanto, es una primera propuesta abierta a incorporar aportes tanto teóricos como instrumentales, provenientes de otros enfoques psicoterapéuticos. Si bien, tiene un fundamento integrativo, desde lo cognitivo conductual sistémico, pensamos que igualmente está abierto a recoger, desde esta perspectiva integrativa, aportes de otros enfoques. En este sentido, terapeutas de otras orientaciones pueden hacer uso de este manual, como un marco de referencia y desde ahí incorporar contenidos propios de su línea teórica particular.

En síntesis, se busca estimular el desarrollo de una manera de pensar el caso terapéutico y entregar herramientas prácticas y concretas para esto.

En cuanto a la metodología, el libro se estructura en distintos capítulos que siguen un orden de acuerdo a las diferentes etapas de la práctica de los alumnos, y que representan a la vez, los aspectos fundamentales que deben considerarse para la comprensión del caso clínico. Cada capítulo presenta un marco teórico de referencia, finalizando con tareas para el alumno, coordinador, y supervisor. El objetivo de estas actividades es, por un lado, reflexionar y profundizar en los contenidos teóricos presentados, a la vez que se orienta la aplicación al caso particular que el alumno debe atender en el marco de su práctica clínica profesional en el CESA.

A. Bases teóricas fundamentales:

1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO EN EL CESA

i. INTRODUCCIÓN:

El trasfondo cultural ejerce una influencia importante en las manifestaciones clínicas de los niños y adolescentes y en sus respuestas al tratamiento. *“La cultura es un sistema que funciona como una red en la que se interconectan varios aspectos de la vida”* (Friedberg y McClure, 2005, pág. 33). El parentesco, la economía, la religión, el nivel socioeducacional, la marginalidad, la discriminación, la identidad étnica, etc. Son subsistemas que influyen los unos en los otros y no pueden entenderse de manera aislada.

Ciertas situaciones socioculturales pueden constituir un estresor en sí mismo. Estas condiciones pueden provocar la aparición de pensamientos, emociones y conductas que forman parte del problema, tanto en su origen, manifestación, como en su mantención. Estos factores van a determinar también la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, los distintos grupos culturales pueden diferir en cuanto a su obediencia a la autoridad, por lo que la forma en que las familias reaccionan a la “autoridad” del terapeuta va a influir en su comportamiento en la terapia. Así, si una familia es temerosa de la autoridad, las indicaciones del terapeuta pueden ser tomadas de una manera diferente, de aquella que por el contrario, puede ser más “opositora” a la autoridad. Por lo tanto, la conceptualización del caso debe incluir la valoración “consciente” del entorno cultural del niño, sobre todo si el terapeuta proviene de un entorno cultural diferente.

También los prejuicios institucionales influyen en la educación y en la atención que reciben los niños.

Algunas preguntas que pueden ayudar:

- ¿Cuál es el nivel “cultural” de la familia?
- ¿De qué manera el nivel de aculturación da forma a la expresión de los síntomas?
- ¿Qué piensan y sienten, el paciente y su familia, como miembros de su cultura?
- ¿Qué influencia tienen las creencias, los valores y las prácticas culturales en la expresión del problema?
- ¿Qué procesos específicos de socialización refuerzan de manera selectiva algunas creencias, sentimientos y conductas?

- ¿Cómo afecta en los síntomas posibles discriminaciones que el niño y su familia hayan sufrido?
- ¿Qué creencias sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro se han desarrollado a consecuencia de estas experiencias?

(Friedberg y McClure, 2005)

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No copiar

ii. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVA:

San Bernardo está ubicada en el sector sur del gran Santiago, capital de la provincia de Maipo en la región metropolitana. Administrativamente, forma parte de la provincia de Maipo-de la cual es su capital-junto a las comunas de Buin, Paine y Calera de Tango. Esto significa que convive un amplio sector urbano con otro que conserva la vida rural (4.7%).

Limita al norte con la Comuna de Cerrillos y Lo Espejo, al sur con la Comuna de Buin, al este con la Comuna de El Bosque, La Pintana, Puente Alto y al poniente con la Comuna de Maipú, Calera de Tango, Talagante e Isla de Maipo.

El Censo (periodo 2002-2012) indica que posee 315.221 habitantes, siendo 154.829 hombres y 160.392 mujeres. En relación a la región y el país hay un menor número de personas mayores de 65 años, siendo la población mayoritariamente entre los 0 y 64 años.

En cuanto a la religión que practica la población, un 63% de los habitantes son católicos, 19% evangélicos y 10% ateos.

De los 77.401 hogares presentes en san Bernardo, un 13% son pobres, y un 3% indigentes, siendo una comuna con un mayor número de personas bajo la línea de la pobreza con respecto al país. Un 12% de estos hogares se encuentran hacinados, lo cual es un 25% más alto en relación al país. Se observa un 23% de allegamiento, lo cual se encuentra un 4% más alto en relación al resto del país.

La comuna tiene un porcentaje de mujeres jefas de hogar de 34,82% por sobre el promedio país. De estas mujeres un 61% viven en situación de pobreza extrema.

El 2009 el ingreso promedio de la población de san Bernardo es menor en relación al ingreso promedio del país.

En relación a los delitos presentes en la comuna, el CEAD (2012) señala que un 27% de los hogares de la comuna declara haber sido víctima de algún delito en los últimos 12 meses. Este porcentaje es mayor en relación al país.

Suelen ser víctimas con mayor frecuencia de robo con violencia o intimidación y robo por sorpresa y hurto.

En relación a la percepción de la evolución de la delincuencia, el 2012, un 53,4% de los habitantes declara que la delincuencia aumentó en el barrio y un 70,6% declara que aumentó en la comuna, siendo este porcentaje mayor a la región y al país.

El 2012, los habitantes de la comuna refieren que evitan las plazas y parques, los paraderos de locomoción colectiva y algunas calles para evitar ser víctima de delincuencia.

En relación a la educación la comuna presenta un 31% de colegios municipales (40 colegios) y 66% de colegios particular subvencionado (85 colegios). Posee un colegio particular pagado y un colegio de corporación privada.

En cuanto a los años de escolaridad, los habitantes han tenido en promedio 10,20 años de escolaridad, lo cual es más bajo con respecto al resto de la región. Un 2% de los habitantes no posee educación, un 12% tiene un nivel educacional de básica incompleto, un 13% de educación básica completa, un 20% de educación media incompleta, un 36% de educación media completa, un 8% de educación superior incompleta y un 8% de educación superior completa. La población analfabeta es de un 2,32%.

En cuanto a la salud, se encuentran dos hospitales dentro de la comuna y 18 centros de atención ambulatoria. Un 86% de habitantes de la comuna está inscrito en FONASA, 10% en Isapre y 4% particular.

Los centros de atención médica con unidades de salud mental son:

- Corporación municipal de educación y salud de San Bernardo (CORSAVER).
- Centro de Salud de San Bernardo Universidad de los Andes (Unidad de Salud Mental).
- Centro Clínico San Bernardo (Unidad de Salud Mental)
- Integramédica Santa Lucía (Unidad de Salud Mental)
- Megasalud San Bernardo (Psiquiatría)
- Hospital y CRS el Pino (Unidad de Salud Mental)
- Dianova (Centro integral de Adicciones y Salud Mental, Novasalud S.A.)

Sistema Nacional de servicios de salud en San Bernardo:

Códigos	Nombres	Dirección	Teléfonos
13-180	Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	Avda. Los Morros N° 13560	02-3874500
13-181	Centro de Referencia de Salud El Pino	Avda. Los Morros N° 13560	02-3874500
13-190	Hospital Parroquial (Santiago, San Bernardo)	Libertador Bernardo O'Higgins N° 04	02-3732500
13-313	Consultorio Raúl Cuevas (Ex-San Bernardo)	San Alfonso N° 1202	02-5769920
13-315	Consultorio Confraternidad	Martín de Solís N° 14210	800500466
13-316	Consultorio Carol Urzúa de San Bernardo	Loncomilla N° 958	02-5761251
13-328	Centro de Salud Familiar Padre Joan Alsina	Marquez de la Plata N° 05	
13-330	Consultorio Raúl Brañes F.	Carlos Condell N° 1036	800500467
13-332	Centro de Salud Familiar Juan Pablo II	Santa Marta N° 0276	02-8592168
13-339	COSAM San Bernardo	Martín de Solís N° 14260	02-5761000
13-394	Centro de Salud Familiar El Manzano	Camino Santa Teresa N° 1876	02-5761241
13-713	Centro Comunitario de Salud Familiar Cerrillos de Nos	Parcela San Adolfo BC-1. Cancha San Adolfo	02-5769920
13-716	Centro Comunitario de Salud Familiar Rapa Nui	Miguel de Unamuno N° 2738	
13-728	Centro Comunitario de Salud Familiar Lo Herrera	Volcán Guallatiri N° 8282	02-5769920

13-813	SAPU-Raúl Cuevas (Ex-San Bernardo)	San Alfonso N° S/N (esquina Panamericana)	
13-815	SAPU-Confraternidad	Martín de Solís N° 14210	
13-828	SAPU Padre Joan Alsina	Márquez de la Plata N° 05	02-5766050
13-829	SAPU-Carol Urzúa de San Bernardo	Mendoza N° 855	02-5761287
13-830	SAPU-Raúl Brañes F.	Carlos Condell N° 1036	
13-832	SAPU Juan Pablo II	Santa Marta N° 0276	8234693

El centro de salud de la Universidad de los Andes San Bernardo está ubicado en el hospital parroquial de San Bernardo. Abrió sus puertas en Junio de 1999 y fue construido como primer campo médico propio en el marco del convenio de cooperación docente existencial que la universidad mantiene con el hospital parroquial de San Bernardo. Su objetivo es satisfacer las necesidades docentes de las carreras de medicina, odontología, enfermería y psicología y apoyar la atención ambulatoria de pacientes externos en el mismo hospital.

Trabajan de manera conjunta estudiantes y médicos profesionales, quienes se encargan de entregar una atención de calidad y excelencia a sus pacientes realizando más de 95 mil atenciones al año, atendiendo tanto a adultos como a niños.

La escuela de psicología tiene responsabilidad en la atención de pacientes que consultan al centro de salud mental, realizando acá también no solo una atención asistencial sino que también docente. Las practicas internas de la escuela de psicología de la universidad de los Andes se realizan en este centro de salud (además del centro de apoyo a la familia policlínico el Salto).

Una ordenación de los datos en salud mental entre los años 2010 y 2014 que caracteriza a los usuarios de la comuna según frecuencia de atención de diversas patologías mentales, y que incluye como muestra a 7 centros de salud de la comuna de San Bernardo (población adulta e infantil) refleja que del universo total de prestaciones en estos centros un 45,5% casos corresponden a depresión moderada, 13,4% trastornos de ansiedad, un 11,3% trastornos hiperquinéticos de la actividad y de la atención, un 5,4% trastornos emocionales y de comportamiento en la infancia y adolescencia, un 4,2% trastorno de personalidad un 3,8% a consumo de sustancias como droga principal, 4,6% dependencia de alcohol en adulto mayor, depresión grave 1,6%, retraso mental 0,5%, Alzheimer y otras demencias 0,4%. También se señala trastorno de la conducta alimentaria 0,2% trastorno bipolar 0,2%, trastorno generalizado del desarrollo 0,1%, esquizofrenia 0,1%, trastornos conductuales asociados a demencia 0,1% .

El COSAM forma parte de la red de salud mental de la comuna. Éste asiste problemáticas, tales como violencia en relación al maltrato infantil y abuso sexual. Durante el año 2012 se ingresaron menor cantidad de personas afectadas por violencia en relación

al mismo periodo del año anterior. Sin embargo aumentó el número de mujeres víctimas de violencia (135 mujeres).

En relación a maltrato infantil, se han ingresado el 2012 un mayor número de niños (56), afectando mayoritariamente al sexo masculino (29 niños).

Por abuso sexual, se ingresó a 56 personas, lo cual aumentó en relación al 2011, siendo la mayoría de sexo masculino.

Si bien los estudios recién citados no incluyen datos de la población atendida por el centro de salud de mental San Bernardo, nos sirve para tener una panorámica general del tipo de patologías más frecuentes en la población a la cual se atiende en el CESA.

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes

iii. CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL CESA:

La actividad práctica clínica que se realiza en el centro de salud de San Bernardo cumple con el objetivo de atención de pacientes como también de desarrollo de habilidades terapéuticas en los alumnos. El CESA es un centro docente asistencial. Por esta razón se cuenta con una serie de protocolos que resguardan la atención de los pacientes que realizan los alumnos, como también, se deben abordar situaciones específicas que pueden ocurrir en la práctica diaria. Estos protocolos especifican claramente los criterios de exclusión de atenciones. Estos serían los siguientes:

- Conductas de robo
- Conductas de índole delictual y/o enviados por los sistemas judiciales
- Personas con rasgos o personalidad antisocial
- Abuso y/o dependencia de sustancias
- Trastornos de conducta alimentaria
- Violencia intrafamiliar
- Niños que consultan por abuso sexual actual y requieren de evaluación con fines legales
- Personas con intento suicida reciente

Actualmente los psicólogos en práctica (no recibidos) no tienen un contacto directo con los pacientes. Se relacionan con ellos, ya sea como un observador de la sesión de terapia realizado por un psicólogo recibido y debidamente acreditado, ya sea al interior de la sesión misma, como a través de la observación en espejo. Esto permite un aprendizaje práctico como también vicario a través de la observación de psicoterapeutas en su desempeño con pacientes intentando así enseñar la psicoterapia bajo condiciones debidamente controladas.

Los objetivos de la formación de los psicólogos en su práctica clínica de pregrado pueden resumirse en lo siguiente (citados en el manual de práctica clínica e interna, escuela de psicología Marzo 2015):

El objetivo general persigue que el alumno pueda “conocer”, observar y acercarse a las diversas experiencias e instancias propias del crecer del psicólogo clínico a la vez que pueda desarrollar medidas para integrarse y trabajar en un equipo multidisciplinario de salud, con espíritu de servicio a la comunidad y sociedad en general.

Los objetivos específicos se describen en relación a las siguientes áreas, con sus objetivos más precisos al interior de cada una. Estos objetivos específicos son los siguientes:

- 1- Que el alumno aprenda a realizar evaluaciones diagnósticas
- 2- Que el alumno conozca las principales habilidades y destrezas de planificación y ejecución de tratamientos psicológicos
- 3- Que el alumno aprenda a trabajar en un equipo multidisciplinario de salud
- 4- Que el alumno desarrolle hábito de actualizarse y pensar críticamente sobre distintos temas de relevancia clínica
- 5- Que el alumno aprenda a realizar un adecuado registro de los pacientes
- 6- Que el alumno desarrolle espíritu de servicio a la comunidad y sociedad en general.

Los alumnos están asistidos a lo largo de toda su práctica clínica por un coordinador, un supervisor psiquiátrico, y un supervisor psicológico. Los roles de cada uno de estos profesionales están claramente definidos, siendo el coordinador psicológico quien está a cargo de la atención de los pacientes y del trabajo dentro del equipo de salud mental.

El supervisor psiquiátrico realiza una labor docente asistencial guiando a los alumnos en la comprensión diagnóstica desde una perspectiva psicopatológica de los pacientes que se encuentran en los procesos psicodiagnósticos y de aquellos atendidos por el coordinador. Al mismo tiempo es el encargado de la atención psiquiátrica de los pacientes que lo requieren y que están siendo atendidos por coordinadores y o psicólogos de staff.

Los supervisores psicológicos por otro lado realizan una labor docente entregando a los alumnos una instancia de aprendizaje sobre el que hacer del psicólogo clínico, favoreciendo en esto a la capacidad de observación, reflexión análisis y reformulación de planteamientos, a través de integración teórico-práctica y el desarrollo de las competencias hacia el trabajo clínico. También colabora con los procesos psicodiagnósticos que realizan los alumnos y brinda su opinión para enriquecer la comprensión y manejo de los procesos a cargo de los coordinadores.

iv. TRABAJO TERAPÉUTICO CON NIÑOS EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL:

FAMILIAS EN ALTO RIESGO SOCIAL

El público objetivo de atención en el CESA se caracteriza por provenir, en su mayoría, de familias con situaciones de alto riesgo social; entendido el riesgo en diferentes ámbitos, pero donde la precariedad económica y todas las consecuencias que eso implica, constituyen un punto especialmente relevante.

Una característica básica de estas familias es la inestabilidad en todos los ámbitos de la vida, son familias que viven básicamente el presente, a partir de condiciones altamente impredecibles en términos de la continuidad de las cosas y las personas. Se establecen así, proyectos de vida provisorios, que se adaptan a las situaciones de cada día – por ejemplo un día se puede comer muy bien y al siguiente no tener que comer- algunos miembros de la familia pueden ausentarse por largos períodos, ya sea por razones laborales, por cumplir sentencias penales, o simplemente por abandono del hogar. Estas situaciones por lo general se dan de forma inesperada, sin previa anticipación, lo que no permite generar los ajustes necesarios a la vida de la familia.

Dentro de esta discontinuidad, es probable que los niños de estas familias sean criados por diferentes figuras en diferentes períodos de sus vidas, que en situaciones de co-residencia y/o vecindad, múltiples figuras participen en su crianza y educación, generalmente madres, abuelas, tías o hermanas mayores, las que no siempre son consistentes entre sí, aumentando el grado de confusión e impidiendo la internalización de referentes claros.

La inestabilidad e impredecibilidad del ambiente dificulta, en último término, el desarrollo de un sentido de sí mismo en relación con el mundo en términos de identidad y, en algunos casos, de pertenencia.

Muchas veces aparece además, la inconsistencia y escasa claridad de la relación parental frente a la conducta del hijo; se puede castigar o ignorar la misma conducta en diferentes momentos. Ello aparece, para el hijo, gatillado por el estado emocional del adulto, no existiendo una relación clara entre la conducta del hijo y la reacción parental. Dado el permanente estrés en el que suelen encontrarse los adultos, se prioriza el control e inhibición del comportamiento en el presente, más que la orientación y guía hacia el futuro; no se indica la conducta esperada ni los aspectos a corregir, simplemente se busca

poder controlar al niño en el momento presente de modo que interfiera lo menos posible en las necesidades de los adultos.

Por otro lado, las manifestaciones afectivas directas son escasas en la interacción cotidiana; los padres expresan su afecto en la preocupación por el bienestar material de sus hijos, no habiendo tampoco un reconocimiento positivo directo frente a los logros de los hijos. Esto cobra sentido si recordamos que ya en 1954 Abraham Maslow (psicólogo Americano) planteó que las necesidades humanas se ordenaban en una determinada jerarquía, donde, sólo cuando se encontraban cubiertas las necesidades más básicas podían surgir las de los niveles superiores. De acuerdo a este autor, a la base de las necesidades humanas se encontraban las necesidades fisiológicas, de alimentación, seguidas por las necesidades de seguridad. Maslow planteó que sólo cuando el ser humano tenía alimento podía pensar en conseguir seguridad y sólo cuando viviera seguro, aparecían las necesidades de amor y pertenencia. Un peldaño más arriba de la pirámide de las necesidades humanas propuesta por Maslow, se encontraría la necesidad de estima, tanto propia (autoestima) como estima de otros, y al final, en la cima de la pirámide, las necesidades de autorrealización. Es así como, generalmente, las familias en riesgo social se encuentran atentas a satisfacer las necesidades más básicas, por lo que los hijos reciben menos atención en sus necesidades emocionales.

En la interacción cotidiana, se entremezclan diferentes niveles de conflicto (conyugal, parental, fraterno) pasándose de uno a otro sin lograr resolver ninguno de ellos. Es frecuente el conflicto de pareja, en el cual se ven involucrados los hijos. Se observa un debilitamiento de las figuras parentales, a través del desprestigio mutuo, el desacuerdo y la inconsistencia en el manejo de límites.

Gómez, Muñoz y Haz (2007) plantean el concepto de Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social, y distinguen cuatro ejes descriptivos como una forma de abordar sus principales características: (1) Polisintomatología y crisis recurrentes; (2) Desorganización; (3) Abandono de las Funciones Parentales; y (4) Aislamiento.

Con relación al primer eje, los autores plantean que estas familias no presentan un síntoma particular sino una cadena de problemas y factores de estrés, entre los que mencionan negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias y depresión. En consecuencia con esto, Sharlin y Shamai (1995, en Gómez, Muñoz y Haz 2007) han planteado que estas familias deberían conceptualizarse como familias multiestresadas, donde los problemas presentados son de gran complejidad y gravedad, y generalmente se presentan en más de un miembro del grupo familiar. Además, existirían crisis individuales y familiares recurrentes, por lo general ligadas a situaciones que viven estas familias frecuentemente, tales como: cesantía, enfermedades crónicas, marginación

social, necesidad de adaptarse a contextos violentos o estresantes, violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia, entre otros.

Respecto al segundo eje, los autores enfatizan la desorganización en dos aspectos: una estructura caótica y una comunicación disfuncional. La estructura muchas veces es dispersa, donde se observan numerosas rupturas y reconstituciones que generan genogramas complejos y a veces confusos. Es común que se den conflictos en el desarrollo de los roles y la delimitación de los subsistemas; los límites son difusos y se producen dificultades en la diferenciación, lo que facilita la transmisión transgeneracional de los patrones de desorganización y multi- problematicidad (Hurst, Sawatsky y Pare 1996, en Gómez Muñoz y Haz 2007). La jerarquía suele ser caótica, y las reglas están reducidas al mínimo, no hay rutinas claras ni consensos respecto a lo que se permite y lo que no al interior de la familia.

El segundo aspecto de la desorganización, tiene que ver con las dificultades en la comunicación. La comunicación resulta caótica y empobrecida, los aspectos verbales y no verbales suelen ser incongruentes, y se observa falta de empatía en los mensajes comunicacionales. Como el lenguaje ha perdido su capacidad mediadora se instalan los golpes y gritos, o la autoagresión y autodestrucción, el *acting out* como solución y descarga de la tensión acumulada.

Con relación a las Funciones Parentales, Barudy y Dantagnan (2005), han planteado tres habilidades parentales básicas: la nutriente, la socializadora y la educativa. El debilitamiento de la función nutriente (“proporcionar los aportes necesarios para asegurar la vida y el crecimiento de los hijos”, Barudy 2005, pág. 83) en estas familias, especialmente de tipo emocional, obstaculiza el desarrollo de un apego seguro y lleva a un riesgo significativamente mayor de padecer diversos trastornos biopsicosociales (Glaser, 2002 en Gómez, Muñoz y Haz 2007), tales como: baja autoestima, ansiedad, estrés, oposicionismo, comportamientos antisociales, agresividad y/o aislamiento social, bajo desempeño y ausentismo escolar, entre otros. El debilitamiento de las funciones socializadoras (“permitir a los hijos el desarrollo de un autoconcepto o identidad”, Barudy 2005, pág. 85) y educativas (“garantizar el aprendizaje de los modelos de conducta necesarios para que sus hijos e hijas sean capaces de convivir, primero en la familia y luego en la sociedad, respetándose a sí mismos y a los demás”, Barudy 2005, pág. 85) altera en los niños y niñas su capacidad de inserción y adaptación social, al no facilitar la internalización de normas y valores culturales.

Por último, el cuarto eje tiene que ver con el aislamiento, y se refiere al distanciamiento físico y emocional de la familia extensa y la red de apoyo social e institucional. Esto deja a las familias sin soporte frente a las crisis que atraviesan, lo que influye en la gravedad y multiplicidad de síntomas que presentan. Históricamente, las redes

de apoyo han sido asociadas a numerosos factores protectores (Sluzki, 1996 en Gómez, Muñoz y Haz 2007).

Las familias Multiproblemáticas no son exclusivas de un entorno de pobreza y privación, de hecho, pueden encontrarse en cualquier contexto social, cultural y económico; sin embargo, si a la condición de multiproblemática se le agrega la “pobreza dura” los efectos perjudiciales para sus miembros se vuelven más inmodificables. Los efectos indirectos de la pobreza que potencian el desarrollo de dinámicas negligentes y/o maltratadoras, incluyen historias de traumatismo y privación, condiciones de adversidad crónicas, aislamiento social, monoparentalidad, embarazos adolescentes, mayor cantidad de variables de estrés parental y vivir en comunidades que son peligrosas, violentas y que carecen del capital social necesario para apoyar la crianza de los hijos. Dada esta dinámica, que incluye un funcionamiento inadecuado, carencias de recursos y condiciones de vida adversas, las familias multiproblemáticas en riesgo social muchas veces terminan por involucrarse con agentes de control externos, lo que disminuye aún más sus competencias y habilidades de enfrentamiento.

Vega (1997) ha propuesto un modo de enfrentar el trabajo con estas familias centrado en tres aspectos básicos que ayudan a fortalecer las intervenciones.

Lo primero es desarrollar la intervención desde una mirada constructivista de la realidad humana, donde se acepten como válidas las construcciones sociales propias de la comunidad en que se desenvuelven las familias, que no es lo mismo que asumir que “todo vale” pero tampoco es un enfoque objetivista. Si el profesional es capaz de desarrollar una actitud de respeto e interés por este marco, gana en apertura y empatía y se facilita la posibilidad de manejar las disonancias que puedan existir respecto a su propio trasfondo sociocultural.

Lo segundo es asumir una visión global multidimensional o ecosistémica, donde se entienden las causalidades circulares y la complejidad de los fenómenos, de modo de buscar conexiones y relaciones más allá de las comprensiones reduccionistas de un problema. Esta visión permite entender la interdependencia entre los diversos actores implicados en el proceso de ayuda a una familia y el lugar que ocupa el profesional o el equipo tratante, de modo de no generar cadenas inoperantes de intervenciones incongruentes entre sí y de carácter crónico. Es fundamental no aislar las intervenciones, sino tener un marco amplio de comprensión y acción que desencadene una potenciación interaccional.

Por último, Vega plantea la necesidad de entender los cambios como procesos discontinuos, en oposición a un cambio lineal, gradual, progresivo y acumulativo. Es

importante aprender a reconocer y valorar los cambios mínimos, dado que por las características de estas familias, éstos pueden ser imperceptibles.

Estrategias de Intervención:

Para abordar la complejidad de estas familias, existen estrategias inespecíficas transversales, tales como la empatía y el genuino interés y apoyo a la familia, además de tener esperanza en el cambio a pesar de las dificultades que surjan en el proceso. Junto con esto, existen otras estrategias que son específicas:

- ✓ Aumentar la estructura de las intervenciones
- ✓ Implementar contratos de participación
- ✓ Aprovechar la motivación al cambio en las crisis
- ✓ Desarrollar metas de tratamiento realistas
- ✓ Evitar un enfoque de “apaga incendios”
- ✓ Derivar cuidadosamente a otros servicios
- ✓ Ayudar a la familia a valorar la intervención.

Intervención con familias multiproblemáticas

CARACTERÍSTICA	FOCO PROPUESTO A INTERVENIR	RESULTADO ESPERADO
Polisintomatología (múltiples problemas, crisis recurrentes y situación crónica de adversidad)	Resiliencia personal y familiar	Desplegar recursos y fortalezas personales y familiares (por sobre un énfasis en la patología)
Desorganización (en estructura, dinámica y comunicación)	Organización familiar	Lograr una mejor organización familiar
Abandono de las funciones parentales	Apego y vinculación	Fortalecer los vínculos padre/madre-hijos(as)
Aislamiento	Red	Mayor integración a la red formal e informal
Pobreza	Necesidades básicas	Construcción de una plataforma mínima de recursos y servicios.

Contextos de intervención

CONTEXTOS DE INTERVENCIÓN						
	Asistencial	Consulta	Terapéutico	Evaluación	Control	Informativo
Palabra Clave	Ayuda	Consejo	Co- creación de alternativas	Diagnóstico	Regulación	Enseñanza
Objetivo	Justicia Social Satisfacción de necesidades básicas.	Toma de decisiones. Clarificación.	Cambio de perspectiva. Vivir de otra forma.	Habilitación Inhabilitación Delimitar áreas de Intervención	Cumplimiento de leyes Protección de derechos	Aprender
Metodología	Asistencialismo Intervención de red.	Consejería	Psicoterapia	Psicodiagnóstico Peritaje forense Evaluación social	Intervención coactiva	Psicoeducación Socioeducación
Modalidad	Entrevistas Visitas domiciliarias Coordinaciones de red	Ciclo acotado de entrevistas con foco temático con un individuo o grupo	Conjunto de sesiones de terapia con individuos, familias, parejas o grupos.	Entrevistas Aplicación de pruebas Documentación	Entrevistas Visitas domiciliarias Citación a Tribunales	Talleres Charlas
Técnicas típicas	Gestión de recursos. Entrega de beneficios.	Focalización Co-reflexión Propuestas de acción	Vinculación Narraciones alternativas Prescripciones	Identificar recursos y falencias	Seguimiento Coacción	Exposición de información novedosa Compartir experiencias Modelar

A partir de lo anterior, se proponen las siguientes tareas:

TAREAS DEL ALUMNO:

1. Profundizar en la contextualización del trabajo en el CESA y en que cómo abordar estos casos. Se busca que el alumno responda a las siguientes preguntas:
 - De acuerdo a lo señalado en el texto liste algunas características tanto familiares como individuales de su paciente individual que pueden ser factores protectores de resiliencia y factores amenazantes de la resiliencia.
 - Reflexione y diseñe algunas estrategias que podrían implementarse, tanto a nivel familiar como individual, para estimular factores de resiliencia que están debilitados y fortalecer aquellos que aparecen algo más fortalecidos.
2. Revisar bibliografía al respecto y otras fuentes que Ud. considere aportativas.

TAREAS DEL COORDINADOR:

1. Recibir y corregir las preguntas contestadas por los alumnos (cada una en forma individual)

TAREAS DEL SUPERVISOR:

1. Asignar tiempo en la supervisión para que un alumno, escogido al azar, presente su trabajo y el resto de los compañeros aporte y discuta desde su propia reflexión.

Escuela de Psicología

2. PERSPECTIVA DESARROLLO:

i. INTRODUCCION

El ejercicio de la psicoterapia infanto-juvenil requiere del contexto de la psicología del desarrollo. Los profesionales que trabajan con este tipo de población saben que sus pacientes están en constante cambio. Estos cambios pueden ser en ocasiones erráticos y en otras sistemáticos. Es importante por lo tanto saber distinguir cuales cambios corresponden a un proceso natural de maduración y cuales cambios por otro lado pueden estar siendo reactivos al ambiente. Sin embargo incluso en este último caso, estas reacciones al ambiente también tomarán una fisonomía particular dependiendo del momento del desarrollo en que se encuentre el niño. Por lo tanto es importante atender las variables evolutivas en la psicoterapia infanto-juvenil dado que la misma conducta por ejemplo, negativismo, puede ser normal para niños en cierto estado del desarrollo y anormal para niños en otros estados del desarrollo. Por consiguiente en el enfrentamiento de las conductas es importante tener conocimientos de las líneas del desarrollo (físico, cognitivo, verbal, moral, social) dado que hay un inter juego dinámico entre procesos normales y anormales.

No solo las variables del desarrollo son importantes para entender la psicopatología sino que también para la utilización adecuada de las intervenciones terapéuticas. En el caso de intervenciones cognitivas conductuales el efecto terapéutico potencial va a variar dependiendo de las diferencias evolutivas en la capacidad cognitiva a través de los años.

Los adolescentes no son simplemente versiones pequeñas de los adultos, ni los niños versiones pequeñas de los adolescentes ni los pre-escolares versiones pequeñas de los niños y así sucesivamente. Hay cambios relacionados con la edad en habilidades cognitivas muy importantes que va a ayudar a los niños a lidiar con una variedad de situaciones problemas y estas mismas variables son las que deben considerarse en las intervenciones que se deciden usar. Es decir los procedimientos de tratamientos cognitivos conductual deben ajustarse al nivel del desarrollo del individuo ya sea de niños o de adolescentes.

Las diferentes teorías del desarrollo se focalizan en diferentes niveles de conducta y seleccionan diferentes áreas de contenidos. Las teorías de las etapas del desarrollo operan a un nivel bastante general y se focalizan en establecer leyes generales para grupos de individuos. Dentro de estos lineamientos teóricos más importantes son las teorías de PIAGET respecto al desarrollo de las estructuras cognitivas y las teorías de FREUD y ERIKSON respecto al desarrollo de la estructura de personalidad. Otros teóricos se focalizan más bien en adquisiciones específicas tales como reglas (la teoría de aprendizaje social y de procesamiento de información), y en conducta adaptativa (etología).

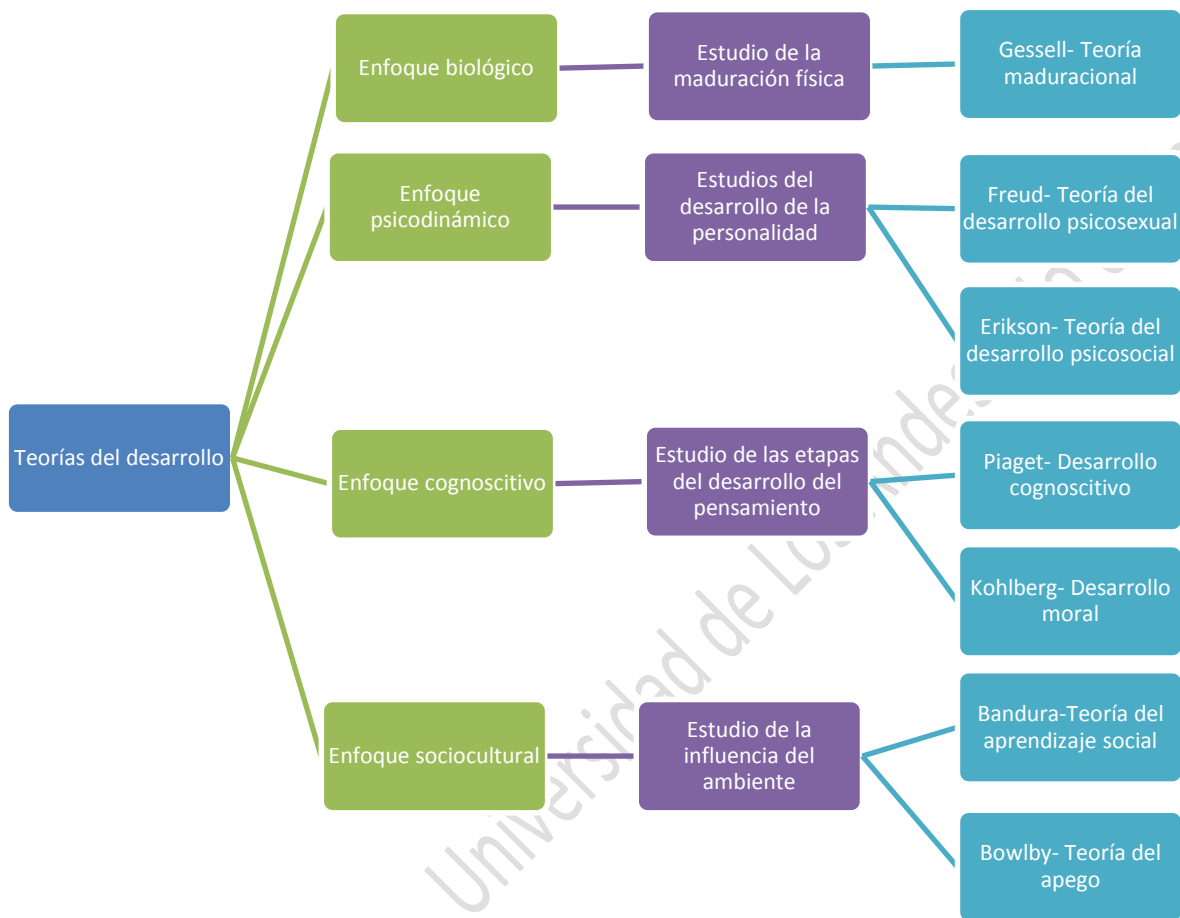
En general las teorías de las etapas del desarrollo plantean que estas etapas son discontinuas, es decir que se diferencian claramente en cuanto a lo que vino antes será diferente y de aquello que la seguirá después. Se considera que el desarrollo psicológico está en constante movimiento hacia la construcción de significados, de modo que la estructuración de la personalidad es un proceso de permanentes transformaciones y cambios.

La organización del desarrollo psicológico implica necesariamente el proceso de adaptación. La adaptación se refiere a la estabilidad en la organización de un sistema en el intercambio con su medio, y se caracteriza por la permanencia en las interacciones equilibradas con el medio en el sentido que en el proceso de intercambios se conserva a la vez la estabilidad.

El desarrollo de la formación de conocimientos se explica a través de un proceso de equilibración que conduce de ciertos estados de equilibrio a otros cualitativamente distintos, pasando por varios desequilibrios y reequilibrios que mejoran las estructuras anteriores para llegar a una adaptación más estable. Las diferencias individuales muchas veces son más bien dejadas de lado por este tipo de teorías y como resultado, el rol de la experiencia está siendo delineado por la estructura que el niño o adolescente posee.

La teoría del modelaje social (Bandura) y otras teorías basadas en la conducta por otro lado ven a la conducta como el producto de factores situacionales y personales. Los niños y adolescentes no solo generan conductas si no que categorizan evalúan y juzgan. Las variables personales que se incluyen son factores tales como la atención, retención y estrategia de codificación y también variables cognitivas (autodialógo, sistema de creencias). Los factores situacionales incluyen variables tales como tipo de tareas, variables de reforzamiento e historia y aprendizaje. Se pone un énfasis importante en el determinismo recíproco de la conducta como el producto de una interacción permanente cambiante entre la persona y los factores ambientales.

ii. PRINCIPALES TEORÍAS:



1. Desarrollo Biológico

Arnold Gesell (USA, 1880-1961) realizó los mayores aportes para iniciar el estudio de la maduración biológica. Él postula la teoría maduracional, y señala que el crecimiento del niño o su desarrollo está influenciado por dos factores o fuerzas: el ambiente y fundamentalmente, está dirigido desde dentro por la acción de los genes. Éste último proceso lo denominó como maduración.

Una característica que sobresale acerca el desarrollo maduracional es que se desarrolla en secuencias fijas, con un orden que es dirigido por un mapa genético y que no puede ser transgredido. Por ejemplo en el desarrollo del embrión primero se desarrolla el corazón, y luego se forma el sistema nervioso central.

Este desarrollo secuencial continúa de manera similar después del nacimiento. Por ejemplo: la guagua primero aprende a sentarse, luego camina, luego corre, siguiendo un

orden específico. Estas capacidades van emergiendo a través del desarrollo del sistema nervioso, el cual es dirigido por los genes.

Los niños van a variar en su nivel de desarrollo. Por ejemplo: no todos se paran y caminan al mismo tiempo. Sin embargo, todos los procesos atraviesan la misma secuencia.

Como se dijo anteriormente, los efectos de la maduración son contrastados con los del ambiente. Por ejemplo: en el desarrollo prenatal, el ambiente interno, tales como la temperatura del embrión y el oxígeno que recibe de su madre, son esenciales para el crecimiento apropiado. Los factores ambientales son vitales, pero no juegan un rol directo en el despliegue de las secuencias de las estructuras y los patrones de acción, lo cual es trabajo de los mecanismos maduracionales.

Desde que la guagua nace, se introduce en diferentes tipos de ambiente, no solo el ambiente que satisface sus necesidades físicas, sino que además existe un ambiente social y cultural que intenta inducir el comportamiento de manera apropiada. Gesell señalaba que el niño necesita claramente el ambiente social para alcanzar sus potenciales, sin embargo estas capacidades trabajan de mejor manera al estar sintonizadas con principios maduracionales internos.

Gesell estaba en contra de enseñar a un niño cosas fuera de sus tiempos de maduración. Refería que los niños se sentarán, caminarán o hablarán cuando su sistema nervioso esté lo suficientemente maduro, por lo que enseñar antes de tiempo solo generaría tensión entre el niño y sus cuidadores.

Él señaló principalmente tres principios de desarrollo:

Entrelazamiento recíproco: los humanos son contruidos de manera bilateral; poseen dos hemisferios cerebrales, dos ojos, dos manos, entre otros. Nuestras acciones también tienen una cualidad dual, por ejemplo podemos flexionar o estirar las piernas. El entrelazamiento recíproco se refiere al proceso de desarrollo en el cual dos tendencias alcanzan una organización efectiva de manera gradual, por ej. En el desarrollo de la forma de utilizar las manos, la guagua primero usa una mano, luego utiliza las dos juntas, y así sucesivamente, hasta alcanzar el uso de la mano dominante.

Gesell creía además que este principio también explicaba el desarrollo de la personalidad. Por ejemplo a los tres años y medio el niño se vuelve introvertido, volviéndose tímido e inestable. Este periodo de introversión es seguido por un cambio a la extroversión a los cuatro años, y estas dos tendencias finalmente se vuelven integradas y balanceadas a los cinco años. Estos ciclos que comienzan en la infancia continúan por lo menos hasta los 16 años.

Asimetría Funcional: a través del proceso de entrelazamiento recíproco se intenta equilibrar la dualidad que se da naturalmente. Sin embargo, inusualmente se logra un equilibrio perfecto o simetría. De hecho, algún grado de asimetría el altamente funcional, donde el ser humano es altamente efectivo al enfrentar el mundo desde algún ángulo, favoreciendo una mano, un ojo, etc.

Auto-regulación: Gesell creía que los mecanismos intrínsecos de desarrollo son tan poderosos que el organismo puede, hasta un nivel considerable, regular su propio desarrollo.

El siguiente cuadro resume los principales cambios observados a nivel físico y motriz a través del desarrollo:

Etapa	Peso y estatura	Características físicas	Desarrollo motor
Preescolar:			
3 años	Crecimiento lento y parejo. Altura aumenta de 5 a 7,6 cm. por año. Promedio altura es de 96,5 a 101,6 cm. en total desde que nació hasta los 3 años.	Mayor cantidad de grasa que músculo, espalda recta, piernas endebles. Sostienen mayor cantidad de peso en parte superior del cuerpo. Por esto pierden equilibrio con mayor facilidad.	Camina con las piernas separadas y vacilante. Su conducta motora gruesa comienza a dar señales de automaticidad (realizar conductas motoras sin necesariamente tener que pensar en ellas). Aprenden a comer solos. Se ve si es diestro o zurdo.
4 años	Peso promedio: 14,5-18,2 Kg. Altura promedio: 101,6-114 cms.		Camina derecho. Salta en un pie, saltan objetos y caen con los dos pies. Se mueven todo el tiempo. Tiran objetos. Construyen torres de 10 o más bloques. Copian formas básicas. Aumenta motricidad fina. Puede realizar dos acciones a la vez.

5 años	Peso promedio: 15-20 Kg.	Tamaño cabeza aproximado al tamaño adulto.	Caminan y saltan hacia atrás. Suben y bajan escaleras alternando los pies. Saltan en un pie alternando los pies. Pueden atajar una pelota. Pueden copiar modelos con cubos. Andan en bicicleta. Dominan bien uso del lápiz. Comienzan a utilizar tijeras, no del todo bien.
	Miden 106,7-116 cms.	5 años y medio: comienza primer cambio configuración corporal: cuello se alarga y robustece, caja torácica se aplana, aumenta la amplitud de hombros.	
6 años	Mujeres miden 105-115 cms.	Cuerpo crece rápidamente en brazos y piernas. Etapa de crecimiento rápido. Se sigue dando el primer cambio configuración.	Se gana control sobre movimientos motores, movimientos más precisos. Se mueven constantemente. Coordinación ojo mano, pintan, dibujan y colorean, escriben
	Hombres: 110-117,5 cms.	Pierden dientes de leche y salen dientes definitivos. Mujeres tienden a perder dientes antes que hombres.	letras y números con diferente grado de precisión según interés, doblan y cortan papel en forma simple, aprenden a amarrar sus zapatos.
Escolar	Peso mujer: 19-22 kg.		
	Peso hombre: 17-21 kg.		
6-10 años	Sube 3 kg. por año.	6 años inicio de la dentición permanente, Primer cambio de configuración: mayor desarrollo muscular, disminuye porcentaje de grasa. Predominan	Conducta controlada por el pensamiento. Aumenta coordinación motora. Niño comienza a hacer movimientos más finos.

		extremidades que se alargan, apariencia de mayor esbeltez. Tórax plano, se desarrolla tronco, cuello se alarga, aparece curvatura fisiológica de la espalda.	
10-15 años	Segundo cambio configuracional: gran crecimiento en altura (8-10 cms. por año) asincrónicamente (estirón puberal), primero crecen extremidades, tronco corto y estrecho (disarmonía pubescente)	10 años y medio en niñas: crecimiento pezones, redondeamiento caderas, crecimiento vello pubiano y axilar. 11 años niños: se agrandan testículos, alarga el escroto, aparición de vello en genitales.	Disarmonía corporal se traduce en disarmonía motora: desequilibrio de gestos, descomposición de movimientos, tropiezan con propias piernas, no saben dónde colocar manos. Movimientos impetuosos, incontenidos, rebeldes o torpes, rígidos, distraídos.
15-16 años	Ritmo acelerado de crecimiento. Crecimiento tronco y desaceleración crecimiento extremidades.	Se esperan indicadores de madurez sexual. Mujeres: se espera que ya se haya dado primera menstruación. Hombres: se espera que se haya dado la primera polución. Fin: alcanzar capacidad de reproducción. Se espera que físico se	

		haga más similar al adulto.	
17-18 años	Armonía corporal, moderación de crecimiento en cuanto a la altura, desaceleración de crecimiento de tronco y extremidades. Proceso de engrosamiento restablece la armonía corporal.	Termina segundo cambio configuración corporal.	Fatiga y desgano por agotamiento orgánico provocado por el crecimiento desarrollado en la pubertad y por la energía que continua consumiendo el proceso de engrosamiento.

2. Desarrollo psicológico:

a. Teoría del desarrollo Psicosexual de Freud

Sigmund Freud (1856-1939) plantea que la pulsión sexual o libido, junto con la necesidad de auto-conservación, constituyen los grandes motores del desarrollo la personalidad y son activos durante la infancia. Las primeras etapas son esencialmente autoeróticas, lo contrario de la sexualidad adulta que es heteroerótica.

El concepto de sexo de Freud era muy amplio, ya que no solo incluye la relación sexual, sino que prácticamente cualquier cosa que produzca placer corporal. En particular, en la infancia, las sensaciones sexuales son generales y difusas y pueden estar incluidas en actividades tales como succionar por placer, masturbación, el deseo de mostrar el propio cuerpo o mirar el cuerpo de los otros, excreción o retención anal, movimientos del cuerpo, tal como mecerse, y hasta actos de crueldad como pellizcar o morder.

Freud tenía dos razones principales para considerar tales actividades diversas como sexuales. Primero, al parecer los niños sentían placer a través de éstas, por ej. Las guaguas disfrutaban el succionar aunque no tengan hambre; succionan sus manos, dedos y otros objetos porque les produce sensaciones placenteras en las membranas mucosas de la boca. Segundo, Freud considera muchas actividades de la infancia como sexuales debido a que más adelante re-emergen en la actividad sexual adulta. La mayoría de los adultos se besan (succionar), miran, se exhiben, o abrazan antes o durante una relación sexual. Algunas veces, en el caso de las llamadas “perversiones”, los adultos alcanzan el orgasmo a través

de solamente actividades sexuales de la infancia (sin la relación sexual). Los adultos neuróticos también retienen deseos sexuales infantiles, pero sienten tanta culpa y vergüenza que los reprimen.

En la teoría de Freud, el término para la energía sexual general es libido, y cualquier parte del cuerpo donde esta energía tiene un foco es llamada zona erógena. Casi cualquier parte del cuerpo se puede convertir en una zona erógena, pero durante la niñez las tres más importantes zonas son la boca, el ano y el área genital. Estas zonas se vuelven el centro del interés sexual en el niño en etapas secuenciales específicas. El primer centro de interés del niño es la boca (etapa oral), seguida por el ano (etapa anal), y finalmente por la región genital (etapa fálica). Freud pensó que esta secuencia es gobernada por un proceso maduracional (por factores biológicos innatos). Al mismo tiempo, las experiencias sociales del niño también toman un rol decisivo en el desarrollo. Por ejemplo, un niño que experimenta altos montos de frustración en la etapa oral puede desarrollar preocupaciones duraderas con cosas que tienen que ver con la boca.

Desde el nacimiento hasta el periodo de latencia (6-12 años) se van uniendo un conjunto de pulsiones. En la etapa de latencia las pulsiones sexuales entran en suspensión, para ser reanimadas y reunidas en la pubertad, al servicio de la unión genital con fines reproductivos.

En cada etapa aparecen estímulos orgánicos que se organizan en la mente para formar deseos específicos que posteriormente son reprimidos para dar paso a la etapa siguiente. Las etapas del desarrollo psicosexual están biológicamente determinadas y en el desarrollo cada nueva etapa substituye a la anterior que es reprimida.

Se describen las siguientes etapas:

Periodo	Zona erógena	Etapas	Fuente de placer libidinal	Conflicto	Resolución
0-2 años	Boca	Oral	Incorporar, morder	Destete	Independencia, Emerge el yo
2-4 años	Ano	Anal	Expulsión, retención	Entrenamiento de control de esfínter	Auto-control
4-6 años	Genital	Fálica	Masturbación	Complejo de Edipo	Identificación con el padre del mismo sexo: Emerge súper yo.
6-12 años	-	Latencia	-	-	-

12 adultez	-	Genital	Genital	Estimulación sexual	Tabú del incesto, frustración de impulsos genitales	Selección de pareja heterosexual.
---------------	---	---------	---------	---------------------	---	-----------------------------------

Complejo de Edipo:

Crisis edípica en el hombre:

Comienza cuando el niño comienza a tomar interés en su pene, un órgano que para él es fácilmente excitable y rico en sensaciones. Él compara su pene con otros hombres o animales, e intenta observar los órganos sexuales en niñas y mujeres. También puede disfrutar el exhibirse y se imagina el rol que actuará como adulto y persona sexual. Comienza a experimentar fantasías en que es un hombre heroico y agresivo, dirigiendo frecuentemente sus intenciones hacia su primer objeto de amor, su madre. Puede comenzar a besar a su madre de manera agresiva, o que quiere dormir con ella de noche, o imaginarse el casarse con ella. Él no concibe todavía la relación sexual per se, sin embargo se pregunta que podría hacer con ella. Sin embargo, el niño se da cuenta que estos planes y experimentos ambiciosos son considerados excesivos e impropios. Aprende que no puede, después de todo, casarse con su madre o jugar sexualmente con ella. Incluso no puede tocar, abrazar o dormir con su madre tanto como le gustaría, debido a que ahora es “un niño grande”. Al mismo tiempo nota que su padre puede hacer todo lo que quiere, ya que puede besar y abrazar a su madre a su voluntad, duerme con su madre toda la noche, etc. y con esto se da el complejo de Edipo: el niño ve a su padre como rival en cuanto a los afectos de su madre.

Sin embargo, el niño no solo se siente celoso de su padre, sino que además ama a su padre y lo necesita, por lo que le asustan los deseos de destrucción hacia él. También ve la posibilidad de ser “castrado” por su padre, ya que al compararse con las mujeres, piensa que fueron castradas y que lo mismo le pasará a él. Por esto su rival toma una dimensión más peligrosa y debe escapar de toda esta situación. Lo más frecuente es que el niño resuelva este conflicto a través de una serie de mecanismos de defensa. Se defiende de los deseos incestuosos hacia su madre a través de la *represión*, enterrando los deseos hacia ella en su inconsciente. Todavía ama a su madre, pero de una manera aceptada socialmente, es decir utiliza la *sublimación*. Por otro lado, supera la rivalidad con su padre reprimiendo sus deseos hostiles y aumentando la *identificación* con él, volviéndose más como su padre. Finalmente internaliza su *súper yo*, es decir adopta las prohibiciones morales de sus padres como propias, y de esta manera establece un “policía” interno que protege contra impulsos

peligrosos y deseos. Ahora es capaz de criticarse a si mismo y posee una fortaleza interna contra sus impulsos prohibidos.

En la niña la constatación de su inferioridad la lleva a romper su relación libidinal con la madre, a la que consideran responsable de su situación y buscan al padre con la fantasía de obtener un hijo que las compense por su desventaja. En la medida en que dirige su atención erótica hacia el padre, entra en conflicto con la madre y esto la lleva a reprimir sus aspiraciones al igual que ocurre en el hombre. Estos aspectos de la sexualidad infantil también son reprimidos. Freud lo llamó Complejo de Electra.

Fijación y regresión:

Según Freud, es posible desarrollar una fijación en cualquier etapa del desarrollo psicosexual. Esto significa que se mantienen preocupaciones de los placeres y temáticas de la etapa anterior, sin importar que tan lejos se ha avanzado en las etapas del desarrollo. Por ejemplo, si hay una fijación en la etapa oral, la persona se puede encontrar continuamente preocupada por la comida, o encuentran más cómodo trabajar al succionar o morder un lápiz, u objetos, o es adicta a fumar, o beber en parte por el placer oral involucrado. Los psicoanalistas creen que las fijaciones son producidas por una excesiva gratificación o excesiva frustración en la etapa en cuestión. Por ej. La guagua que recibe una alimentación prolongada y muy satisfactoria puede seguir buscando placer oral. Al mismo tiempo, una guagua que recibe muchas frustraciones y privaciones en esta etapa, puede actuar como si no está dispuesto a rendirse en las satisfacciones orales o actuar como si hubiera un peligro persistente de que las necesidades orales no serán satisfechas. Esta persona puede, por ejemplo, volverse ansiosa cuando la comida no se sirve en el horario establecido y devorar la comida como si fuera a desaparecer en cualquier momento. Al parecer las frustraciones severas producen una fijación mayor que la excesiva satisfacción.

Otro término utilizado es la Regresión, que se refiere por ejemplo a una persona que muestra algunos rasgos orales, sin embargo cuando experimenta frustraciones regresa a fijaciones orales. Por ejemplo un niño que es privado de los afectos de sus padres debido al nacimiento de un hermano puede comenzar nuevamente a chupar su dedo, conducta que ya había sido superada. Otro ejemplo es una adolescente que comienza a comer en exceso luego de una ruptura amorosa.

La tendencia a regresar está determinada por la fortaleza de la fijación en la niñez y la magnitud de la frustración vivenciada. Este tipo de regresiones le ocurre a gente “normal” y no son patológicas. Sin embargo, Freud creía que los conceptos de fijación y regresión pueden clarificar trastornos emocionales más serios. Por ejemplo, un esquizofrénico suele aislarse de los demás y tiene ideas grandiosas sobre su propia importancia, puede pensar

que es Dios y que sus ideas afectan todo el mundo. En estos casos la persona puede tener una regresión completa a la etapa de narcisismo primario, donde la libido es investida únicamente en el self, y los límites entre el self y el resto del mundo vuelven a ser inestables.

Abraham (1924) señaló que también se evidencia una regresión a la etapa oral en los casos de depresión severa, donde frecuentemente se dan debido a la pérdida de un ser querido, y un síntoma común es el reusarse a comer. Quizás estos pacientes se están castigando porque sienten de manera inconsciente que fue su propia agresividad oral la que destruyó el objeto amado.

Etapas	Satisfacción	Frustración	Rasgos
Oral	Persona con confianza en sí misma, capaz de compartir, autonomía, intercambio de dar y recibir.	Actitudes pesimistas, desconfianza, pena, exigencia, siempre disconforme, dificultad para asimilar y adquirir lo que le dan, dificultad en el contacto, dependientes, relaciones ambivalentes (te quiero si me das, te odio si no)	Depresivos. Súper yo: culpa, auto-reproches, deber ser, autoexigentes y exigentes con los demás, castigador. Yo: dependientes, poco sentido del humor. Ello: agresión exagerada, bulimia, anorexia, adicciones, verborrea (no psicótica), demandan que el otro lo escuche mucho, succionan al otro agrediéndolo, exigentes, tartamudez (necesidad de ser escuchado).
Anal	Persona capaz de planificar, organizar, postergar, manejar las situaciones.	Obsesivos, ideas fijas, temática anal compulsiva, rituales, disminución del deseo sexual, impotencia, asco, perversiones	Avaros, detallistas, minuciosos, exactos, retentivos. Pocas palabras (retentivo), muchas palabras (evacuativo) Disociación ideo- afectiva para controlar <u>Expulsivos</u> : evacuan lo malo, violentos, escupir, ofender. <u>Retentivo</u> : atormentar a los otros moralmente, someter. Tríada de rasgos anales; tendencia a la testarudez, exagerada tendencia al orden y la limpieza y preocupación por cuidar las posesiones (tacañería).
Fálica	Identificación con el padre	Dificultad identidad sexual	Hombres:

del mismo
sexo.

Actitud pasiva frente al padre: Se produce una identificación femenina; el padre no es rival.

Identificación con el agresor: transformarse en un hombre agresivo y violento como su propio padre.

Madres que seducen o gratifican el deseo edípico: se puede dar identificación con la madre.

Fetichismo: cuando se tienen relaciones sexuales por temor a la castración.

Mujeres: rasgos de carácter fálico: tendencia a la pseudo- hipersexualidad, apariencia muy sensual pero inhibidas en la práctica, exhibicionistas, dependientes del objeto.

b. Erikson: Teoría de desarrollo psicosocial

Erik Homburger Erikson (1902-1994) sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado. Sin embargo, en vez de centrarse en el desarrollo cognitivo, él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. A partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales elaboradas por Freud, Erikson planteó la **teoría del desarrollo psicosocial**, en la que enfatizó los aspectos sociales de las etapas planteadas por Freud en cuatro aspectos principales:

1. Incrementó el **entendimiento del 'yo'** como una fuerza intensa, vital y positiva, como una capacidad organizadora del individuo con poder de reconciliar las fuerzas sintónicas y las distónicas, así como de solucionar las crisis que surgen del contexto genético, cultural e histórico de cada individuo.
2. Integró, a las etapas de desarrollo psicosexual descritas por Freud, **la dimensión social** y el desarrollo psicosocial.
3. Extendió el concepto de **desarrollo de la personalidad** para el ciclo completo de la vida, de la infancia a la vejez.
4. Exploró el **impacto de la cultura**, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad.

Erikson planteó que el individuo a medida que crece, va pasando por diferentes estadios, que lo llevan al **desarrollo de su conciencia, y que esto lo hace por mediación de la interacción social**. A diferencia de Freud, él creía que las personas son seres activos

buscando adaptarse a su ambiente, más que pasivos esclavos de sus impulsos. Definió ocho estadios a lo largo de la vida de una persona, y en cada una de ellos el ser humano desarrolla una serie de **competencias** determinadas. De acuerdo a la teoría de Erikson, en cada estadio el individuo debe resolver un **conflicto**, que es lo que permite su desarrollo. Cuando la persona resuelve cada uno de los conflictos en forma adecuada, crece psicológicamente, encontrando un **gran potencial para el crecimiento**, pero cuando el sujeto no logra la resolución adecuada del conflicto correspondiente, es posible que construya también un gran potencial para el fracaso.

Si en cada etapa de la vida la persona ha adquirido la competencia que corresponde, esa persona sentirá una sensación de dominio, que según Erikson, se denomina **fuerza del ego**. La persona que ha adquirido la competencia saldrá con una sensación de suficiencia, que le ayudará a resolver los retos que tendrá que superar en la siguiente etapa de su vida, e irá conformando una personalidad sana que le permitirá interactuar en forma acertada con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito un estadio puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Sin embargo, de acuerdo a los planteamientos de Erikson, una etapa mal resuelta puede resolverse con éxito en el futuro.

Escuela de Psicología, Universidad

ESTADIO (EDAD)	CRISIS PSICOSOCIAL	RELACIONES SIGNIFICATIVAS	MODALIDADES PSICOSOCIALES	VIRTUDES PSICOSOCIALES	MALADAPTACIONES
I Infante (0-18 meses)	Confianza v/s Desconfianza: Se crean vínculos afectivos que dan sensación de confianza básica	Madre	Coger y dar en respuesta	Esperanza Fe	Distorsión sensorial y desvanecimiento.
II Bebé (18 meses-3)	Autonomía v/s Vergüenza y Duda: Exploración del mundo, desarrollo del cuerpo, control fisiológico. Desde un sentido de autocontrol viene un sentimiento de orgullo.	Padres	Mantener y dejar ir	Voluntad Determinación	Impulsividad y Compulsión.
III Preescolar (3-5)	Iniciativa v/s Culpa: Desarrollo de la creatividad, se manipula el entorno, el niño tiene más energía. Se comprende más, y es capaz de compartir obligaciones y desempeños.	Familia	Ir más allá, jugar.	Propósito Coraje	Crueldad e Inhibición.
IV Escolar (5-13)	Laboriosidad v/s Inferioridad: Comienza la vida en sociedad con los	Vecindario y Escuela	Completar. Hacer cosas juntos.	Competencia	Vultuosidad Unilateral e Inercia.

	pares, se tiene una conciencia. El niño es orgulloso de sus actos, y sabe que puede ganar reconocimiento por la producción de cosas.				
--	--	--	--	--	--

ESTADIO (EDAD)	CRISIS PSICOSOCIAL	RELACIONES SIGNIFICATIVAS	MODALIDADES PSICOSOCIALES	VIRTUDES PSICOSOCIALES	MALADAPTACIONES
V Adolescencia (13-21)	Búsqueda v/s Difusión de Identidad: Se busca la identidad propia y de cómo se es visto por los otros.	Grupos, modelos de roles	Ser uno mismo. Compartir ser uno mismo.	Fidelidad Lealtad	Fanatismo y Repudio.
VI Adulto joven (21-40)	Intimidad v/s Aislamiento: Se busca estar cerca de los otros, lograr una intimidad.	Colegas, amigos.	Perderse y hallarse a uno mismo en otro.	Amor	Promiscuidad y Exclusividad.
VII Adulto medio (40-60)	Generatividad v/s Estancamiento: Surge la preocupación por la siguiente generación. Se busca el establecimiento y la	Hogar, compañeros de trabajo	Lograr ser Cuidar de	Cuidado	Sobretensión y Rechazo

	guía de las generaciones futuras.				
VIII Vejez (60- adelante)	Integridad v/s Desesperación: se reflexiona sobre el pasado, existe un sentimiento de inutilidad, aparecen enfermedades.	Los humanos o los "míos"	Ser, a través de haber sido. Enfrentar el no ser.	Sabiduría	Presunción y Desesperanza.

c. Bowlby: Teoría del apego

Los seres humanos traemos en nuestra carga filogenética una disposición a establecer apego; característica que se observa en muchas especies desde las aves hasta los seres humanos. Este concepto fue primeramente estudiado por los etólogos y a partir del inglés John Bowlby (1907-1990) comienza también a considerarse importante en la conducta humana.

Bowlby tenía especial preocupación por los disturbios observados en niños que se criaron en instituciones. El encontró que frecuentemente estos niños mostraron una gran cantidad de problemas emocionales incluyendo una inhabilidad para formar relaciones íntimas y duraderas con otros. Para Bowlby estos niños eran incapaces de amar porque habían perdido la oportunidad de formar un apego sólido con una figura materna temprana en su vida. Bowlby también observó síntomas similares en niño que habiendo crecido en hogares normales habían sufrido prolongadas separaciones. Pareciera que estos niños entonces evitaban hacer lazos humanos cercanos. Estas observaciones convencieron a Bowlby de que no podría entenderse el desarrollo humano sin poner atención en el lazo o ligazón madre hijo.

Bowlby planteó que el desarrollo del apego en los niños también sigue cierto curso. El usó términos etológicos tales como instinto e imprinting para intentar mostrar que estos conceptos también se aplican a la conducta humana de una manera general. Como producto de la evolución los niños humanos tienen una necesidad instintiva de estar cerca de sus padres, aquellos que ellos han “impreso”. La humanidad no habría sobrevivido sin esta capacidad. En algún sentido él puede sentir que si pierde el contacto con sus padres puede morir.

El sistema de apego no sólo posee la finalidad de proteger a los recién nacidos frente al peligro y amenazas del medio, si no que permite un desarrollo equilibrado de todo el aparato mental y social. El concepto de apego es distinto al de vínculo, este último se refiere a una relación única y significativa emocional entre dos personas; un lazo afectivo entre dos seres.

Para Bowlby el establecimiento de relaciones amorosas tempranas permiten con figura un patrón vincular seguro en los primeros años de vida y sería uno de los principales factores en la estructuración de una personalidad madura o bien integrada. Este patrón vincular seguro sería un factor de protección para futuras situaciones de riesgo, estresores o experiencias traumáticas (se relaciona con la resiliencia).

Factores que incidirían en el desarrollo de los primeros vínculos serían factores o variables de la madre (habilidades básicas de maternazgo) y desde el niño mismo (habilidades temperamentales).

Habría una secuencia esperada en el desarrollo del apego que esta descrita en fases como lo son las fase inicial de apego indiferenciado o indiscriminado, la fase 2 de establecimiento de una relación de apego específica, desarrollo de apegos múltiples o generalización del apego.(fase tres apego intenso y búsqueda de proximidad), y la fase cuatro que iría de los 3 años hasta el fin de la niñez) esta fase 4 que se conoce como conducta de colaboración (Partnership).

Etapas en el desarrollo de apego (Bowlby, Ainsworth)

Etapas	Características
Etapas I (0-2/3 meses): Orientación y señales sin discriminación de la figura.	Preferencia por las personas en general, sin capacidad de discriminar entre ellas.
Etapas II (2/3 meses 6/7 meses): Orientación y señales dirigidas hacia una o más personas conocidas.	Continúa la preferencia por las personas y se hace patente la preferencia por las personas conocidas.
Etapas III (6/7 meses 2/3 años): Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada por medio de la locomoción y de señales.	Establecimiento del vínculo con una figura determinada que se manifiesta en las conductas dirigidas a mantener la proximidad. Miedo ante personas extrañas.
Etapas IV (2/3 años en adelante: Formación de una pareja con corrección de objetivos)	El vínculo continua existiendo, pero van desapareciendo las conductas exteriorizadas de apego que se sustituyen por las simbólicas. Las capacidades cognitivas del niño le permiten comprender los sentimientos y motivaciones de su figura de apego.

(Tomado de R. Moreno Pag.27.)

Posteriormente Mary Ainsworth (USA, 1913-1999) estudió más en profundidad los estilos o patrones de apego. Ella estaba interesada en la teoría psicológica de William Blatz que describía cómo los padres podían o no podían proveer a los niños de seguridad. Ella distinguió tres grupos de niños en cuanto al apego temprano: los fuertemente protegidos por sus figuras de vinculación, (quienes se apegan de manera segura); aquellos no protegidos quienes se apegan en forma insegura y los sin apego. Diferenció y caracterizó

tres patrones principales de apego observables hacia el primer año de vida de las guaguas que serían el apego seguro, el apego inseguro evitativo y apego resistente o ambivalente.

Mary Main (USA, 1943) más tarde describió un cuarto tipo de apego; el apego inseguro o desorganizado.

Características de los principales estilos de apego infantil

ESTILO DE APEGO	CONDUCTA INFANTIL	CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR
Evitativo Tipo A	Apenas expresa afecto o tensión en presencia de la madre. Explora el nuevo entorno sin contar con ella. No protesta ni muestra inquietud ante la separación. Distanciamiento y evitación en el reencuentro.	Conductas de rechazo; rigidez; hostilidad; aversión al contacto.
Seguro Tipo B	Exploración activa e interacción positiva en presencia de la figura de apego. Protesta por la separación con disminución de la exploración. Búsqueda de proximidad e interacción en el reencuentro, lo que le permite volver a la exploración.	Disponibilidad; receptividad; calidez.
Ansioso-ambivalente Tipo C	Poco interés en la exploración incluso en presencia de la madre. Se manifiesta muy molesto ante la separación. Enfado, resistencia activa al contacto físico y ambivalencia ante el regreso. La presencia de la madre no parece consolarle.	Insensibilidad; intrusividad; inconsistencia.
Desorganizado-desorientado Tipo D	Gran confusión y desorganización conductual.	Inconsistencia, depresión, provocan miedo.

(Tomado de R. Moreno 2010 pág.29.)

Bowlby y Ainsworth pueden considerarse dentro de la tradición etológica por cuanto ellos intentaron aplicar conceptos etológicos al desarrollo humano. Como etólogos plantean que conductas instintivas tienen un componente profundamente innato, y dado

un ambiente al cual el instinto está pre-adaptado, puede emerger sin un aprendizaje muy elaborado.

d. Piaget: Desarrollo Cognitivo

Jean Piaget (1896-1980) plantea una teoría por etapas del desarrollo. Él postula que los niños pasan por una serie de estados a diferentes ritmos, por lo que no le da tanta importancia a la edad cronológica específica asociada con estos estados. Sin embargo mantiene que los niños se mueven a través de las etapas en una frecuencia invariante, en el mismo orden. Los cambios son de naturaleza evolutivas (del desarrollo) lo que no necesariamente significa ser maduracionistas en el sentido de que la secuencia de etapas está dada por los genes (al estilo de Gessell). Piaget no piensa que estos estados están genéticamente determinados si no que representan formas que van aumentando la capacidad de pensar de una manera comprehensiva. Plantea que los niños están constantemente explorando, manipulando y tratando de dar sentido al ambiente, y en este proceso construyen activamente estructuras nuevas y más elaboradas para manejarse con éste. Piaget utiliza conceptos biológicos de una manera limitada y en un sentido limitado, planteando que los recién nacidos traen reflejos que son importante como equipamiento en los primeros momentos de la vida. Postula también que hay ciertas tendencias biológicas que se encuentran en todos los organismos que serían la asimilación (que equivale a incorporar o al “comer en la digestión”), acomodación (que se refiere al cambio de las estructuras existentes para poder incorporarle información nueva) organización (que se refiere a que el ser humano está constantemente tratando de integrar sus ideas en sistemas coherentes).

Por lo tanto Piaget no piensa que las etapas “vengan” en el código genético si no que son construidos por los mismos niños pero los componentes que permiten la construcción son explicados en términos de tendencias biológicas.

En síntesis el desarrollo según Piaget no estaría gobernado por una maduración interna o una enseñanza externa. Es un proceso activo de construcción en donde los niños a través de sus propias actividades, construyen estructuras cognitivas progresivamente comprehensivas y diferenciadas:

Periodo I:

Inteligencia sensorio motor (del nacimiento a los 2 años) los recién nacidos organizan sus esquemas de acción física tales como succionar, agarrar y golpear, para lidiar con el mundo inmediato.

Periodo II

Pensamiento PRE-operacional (2 a 7 años). Los niños aprenden a pensar-a usar símbolos e imágenes internas-pero su pensamiento no es sistemático y es ilógico. Muy distinto al de los adultos.

Periodo III

Periodo de operaciones concretas (7 a 11 años). Los niños desarrollan una capacidad para pensar en forma sistemática pero solo cuando se refieren a actividades y objetos concretos.

Periodo IV

Periodo de operaciones formales (11 años a la adultez). Los jóvenes desarrollan la capacidad para pensar sistemáticamente en un plano netamente abstracto e hipotético.

Resumiendo:

Piaget desarrolla una teoría de etapas que significa que el piensa que las etapas:

1. Siguen una secuencia invariante.
2. Describen patrones cualitativamente diferentes
3. Se refieren a propiedades generales del pensamiento
4. Representan integraciones jerárquicas.
5. Son universales en el sentido que se dan en todas las culturas.

El movimiento de una etapa a otra considera el concepto biológico de maduración pero Piaget plantea que no juega un rol dominante. El ambiente también es importante pero a diferencia de los teóricos del aprendizaje no cree que el ambiente sea lo más importante. El plantea que el ambiente nutre estimula y desafía al niño pero es el niño mismo el que construye las estructuras cognitivas. ¿Cómo el niño a medida que se enfrenta al ambiente encuentra elementos que capturan su interés? Particularmente eventos moderadamente novedosos y que no corresponden a su experiencia pasada y lo desafía intentando él ajustar sus acciones. Promueve el desarrollo cognitivo no solo la experiencia nueva o interesante si no que principalmente aquella que lleva al niño a un estado de conflicto (que se relaciona con la equilibración).

Tabla de resumen de desarrollo cognitivo según Piaget

Edad (aproximada en años)	Etapas	Características distintivas de la función cognitiva
0 a 2	Sensorio motor	Preverbal: Actividad refleja conduce a la actividad con propósito. Desarrollo de la permanencia de objetivo Pensamiento rudimentario
2 a 7	Preoperacional	Prelógico: Inhabilidad para manejar con muchos aspectos de un problema en forma simultánea. Desarrollo de la función semiótica (uso de símbolos, lenguajes representacional)
7 a 12	Operaciones concretas	Lógica: La resolución de problemas se restringe a objetivos físicamente presentes y/o imaginarios. Desarrollo de operaciones lógicas (clasificación, conservación, reversibilidad)
12 +	Operaciones formales	Abstracta: Comprensión de contenidos puramente abstractos o simbólicos. Desarrollo de operaciones lógicas avanzadas (por ej. Analógicas complejas, inducción, deducción)

e. Kohlberg: teoría del desarrollo moral

Lawrence Kohlberg (1927-1987), psicólogo estadounidense, planteó que el desarrollo del juicio y del razonamiento moral del ser humano se da en cada individuo pasando por una serie de fases o etapas, organizadas en tres grandes niveles. Estas etapas son las mismas para todos y se dan en el mismo orden, creando estructuras que permitirán el paso a etapas posteriores. De acuerdo a esta teoría, no todas las etapas surgen de la maduración biológica, sino que las últimas estarían ligadas a la interacción con el ambiente. El paso de una etapa a otra se entiende aquí, como un proceso de aprendizaje irreversible, en el que se adquieren nuevas estructuras de conocimiento, valoración y acción. Estas estructuras actúan en conjunto al interior de cada etapa y dependen las unas de la puesta en marcha de las otras. Una vez alcanzada una etapa no debería haber retrocesos, pero si una etapa se alcanzó en forma deficiente, podrían actuar estructuras de etapas anteriores, y dar la impresión de un retroceso en el funcionamiento del individuo.

De acuerdo a los planteamientos de Kohlberg, el sujeto atraviesa **tres niveles**, a los que llamó **preconvencional, convencional y postconvencional**. Convencional significa aquí someterse a reglas, expectativas y convenciones de la sociedad y de la autoridad, y defenderlas precisamente porque son reglas, expectativas o convenciones de la sociedad. En el **nivel preconvencional** los individuos no han llegado todavía a entender las normas sociales convencionales. Si se respetan las normas es por evitar el castigo de la autoridad. El **nivel convencional** está caracterizado por la conformidad y el mantenimiento de las normas y acuerdos de los grupos más próximos y de la sociedad, porque esto preserva nuestra propia imagen y el buen funcionamiento de la colectividad. En el **postconvencional**, los individuos entienden y aceptan en general las normas de la sociedad en la medida en que éstas se basan en principios morales generales (como el respeto a la vida, o a la dignidad de las personas). Si estos principios entran en conflicto con las normas de la sociedad, el individuo postconvencional juzgará y actuará por principios más que por convenciones sociales. Cada uno de esos niveles contiene dos estadios. Los estadios son estructuras cognitivas que determinan las maneras de reunir y procesar información por parte del sujeto. En el paso de un estadio o de un nivel a otro resultan fundamentales, por un lado, el progreso de la inteligencia y de las operaciones lógicas y, por otro, la perspectiva social desde la que percibimos lo que está bien y las razones para actuar correctamente. Podemos decir que la inteligencia funciona como un factor limitador del desarrollo moral: a bajo nivel intelectual, bajo nivel de razonamiento moral; pero un alto nivel intelectual no implica un nivel moral necesariamente alto. Dicho de otra forma, la inteligencia es un factor necesario pero no suficiente para el desarrollo moral. También el desarrollo de la habilidad de adoptar roles, perspectivas o puntos de vista de otras personas es otra condición necesaria pero no suficiente.

Kohlberg pensó que todas las etapas que él descubrió constituían una sucesión única por la que han de pasar todas las personas. Por su carácter estructural, los estadios son universales. Ahora bien, esto no implica que todas las personas lleguen a los estadios superiores. Más aún, son muy pocos los individuos que, según Kohlberg, alcanzan el nivel postconvencional, y menos aun los que llegan al estadio 6. Las etapas y estadios están ordenados jerárquicamente, de manera que podemos decir que el nivel postconvencional es superior a los otros dos. Kohlberg postuló la existencia de una creciente reversibilidad, prescriptividad y universalidad en los juicios morales a medida que se asciende en la secuencia de estadios. Se entiende por reversibilidad la exigencia de que el agente moral esté dispuesto a aceptar su juicio o decisión cuando permuta su posición con cualquier otro sujeto que intervenga o esté afectado por la situación. La prescriptividad es el requisito de que una persona actúe de acuerdo con los principios morales que acepta. Finalmente, la universalidad consiste en hacer coherentemente juicios morales similares sobre aquellas acciones que no difieran en aspectos moralmente relevantes. Según Kohlberg las personas

construimos los principios morales evolutivamente, en una especie de proceso en espiral en el que los principios o procedimientos para juzgar son tentativamente aplicados a los problemas morales. Cuando existe una discrepancia entre el principio y nuestras intuiciones, podemos reformular el principio o nuestra intuición moral, si es que pensamos que ésta última era errónea, hasta que alcanzamos un “equilibrio reflexivo” (Rawls) entre nuestros principios y nuestras intuiciones morales sobre casos concretos (Kohlberg, 1992, 297).

De lo dicho más arriba se deduce que Kohlberg consideraba que es más probable que los sujetos de estadios más altos actúen en consecuencia porque su juicio de responsabilidad tiende a ser consistente con su elección de deber. En cambio, los de los estadios más bajos tienden a atribuir la responsabilidad de la acción a la autoridad.

NIVEL I: MORAL PRECONVENCIONAL (4-10 años)	ETAPA 1: EL CASTIGO Y LA OBEDIENCIA (HETERONOMIA)	El punto de vista en esta etapa es el egocéntrico, no se reconocen los intereses de los otros como diferentes a los propios. Las acciones se consideran sólo físicamente, no se consideran las intenciones, y se confunde la perspectiva de la autoridad con la propia.	Lo justo es la obediencia ciega a la norma, evitar los castigos y no causar daños materiales a personas o cosas.	Las razones para hacer lo justo son evitar el castigo y el poder superior de las autoridades.
	ETAPA 2: EL PROPÓSITO Y EL INTERCAMBIO (INDIVIDUALISMO)	La perspectiva característica de esta etapa es el individualismo concreto. Se desligan los intereses de la autoridad y los propios, y se reconoce que todos los individuos tienen intereses que pueden no coincidir. De esto se deduce que lo justo es relativo, ya que está ligado a los intereses personales, y que es necesario un intercambio con los otros para conseguir que los propios intereses se satisfagan.	Lo justo en esta etapa es seguir la norma sólo cuando beneficia a alguien, actuar a favor de los intereses propios y dejar que los demás lo hagan también.	La razón para hacer lo justo es satisfacer las propias necesidades en un mundo donde se tiene que reconocer que los demás también tienen sus propios intereses y necesidades.

NIVEL II: MORAL CONVENCIONAL (10 – 13 años)	ETAPA 3: EXPECTATIVAS, RELACIONES Y CONFORMIDAD INTERPERSONAL (MUTUALIDAD)	La perspectiva de esta etapa consiste en ponerse en el lugar del otro: es el punto de vista del individuo en relación con otros individuos. Se destacan los sentimientos, acuerdos y expectativas compartidas, pero no se llega aún a una generalización del sistema.	Lo justo es vivir de acuerdo con lo que las personas cercanas a uno mismo esperan. Ser bueno significa tener buenos motivos y preocuparse por los demás, también significa tener relaciones mutuas de confianza, lealtad, respeto y gratitud.	La razón para hacer lo justo es la necesidad que se siente de ser una buena persona ante sí mismo y ante los demás, preocuparse de los demás, y la consideración de que, si uno se pone en el lugar del otro, quisiera que los demás se portaran bien.
	ETAPA 4: SISTEMA SOCIAL Y CONSCIENCIA (LEY Y ORDEN)	El punto de vista desde el cual el individuo ejerce su moral es el del sistema social. Desde ahí se definen los papeles individuales y las reglas de comportamiento. Se logra diferenciar los acuerdos y motivos interpersonales del punto de vista de la sociedad que se toma como referencia.	Lo justo es cumplir los deberes que previamente se han aceptado ante el grupo. Las leyes deben cumplirse, salvo si entran en conflicto con otro deberes sociales establecidos. También se considera como parte de lo justo la contribución a la sociedad, grupo o instituciones.	Las razones para hacer lo que está bien es evitar la disolución del sistema y mantener el funcionamiento de las instituciones. Se cumple con las obligaciones aceptadas manteniendo el autorrespeto.

NIVEL III: MORAL POSTCONVENCIONAL O BASADA EN PRINCIPIOS (13- edad adulta temprana o nunca)	ETAPA 5: DERECHOS PREVIOS Y CONTRATO SOCIAL (UTILIDAD)	Aquí la perspectiva es la de una persona racional con valores y derechos anteriores a cualquier pacto o vínculo social. Se toman en consideración la perspectiva moral y la jurídica, destacándose sus diferencias y encontrándose difícil conciliarlas.	Lo justo consiste en ser consciente de la diversidad de valores y opiniones. Consiste también en respetar las reglas para asegurar la imparcialidad y el mantenimiento del contrato social. Ciertos valores y derechos, como la vida y la libertad, se ven como absolutos y deben respetarse en cualquier sociedad, a pesar incluso, de la opinión mayoritaria.	La motivación para hacer lo justo es la obligación de respetar el pacto social para cumplir y hacer cumplir las leyes en beneficio propio y de los demás, protegiendo los derechos propios y ajenos. Se considera la necesidad de hacer el mayor bien para el mayor número de personas.
	ETAPA 6: PRINCIPIOS ETICOS UNIVERSALES (AUTONOMÍA)	Aquí se alcanza una perspectiva propiamente moral de la que se derivan los acuerdos sociales. El punto de vista es racional: las personas deben ser tratadas como fines en sí mismas y no como medios para conseguir ninguna ventaja individual o social.	Lo justo es seguir los principios éticos universales que se descubren por el uso de la razón. Las leyes particulares y los acuerdos son válidos porque se basan en esos principios, y si fueran en contra de ellos, lo que se debe seguir son los principios. Los principio fundamentales son la igualdad y el respeto a su dignidad de derechos de los seres humanos	La razón para hacer lo justo es que, racionalmente se ve la validez de los principios y se llega a un compromiso con ellos. Por eso en esta etapa se habla de Autonomía Moral.

f. Teoría del aprendizaje social de Bandura

Bandura (Ucraniano Canadiense, 1925) reconoce que las habilidades cognitivas plantean límites, en aquello que los niños pueden aprender pero él no está de acuerdo con que estas habilidades pertenecen a estructuras propias de cada etapa. El más bien piensa que la cognición consiste en una cantidad de habilidades aisladas específicas.

Bandura es mucho más ambientalista. Es decir, la mente está estructurada por el ambiente, los modelos y las prácticas de entrenamiento social. Recordemos que Piaget plantea que los niños aprenden mucho por sí mismos desde un interés intrínseco en el mundo los niños son especialmente curiosos respecto de los estímulos que son moderadamente novedosos es decir que aquellos no encajan claramente en sus estructuras cognitivas existentes. Y en este proceso de construir sus estructuras cognitivas, su pensamiento sufre una serie de transformaciones amplias llamadas estados. Bandura en cambio no es que niegue completamente lo anterior, si no que plantea su determinismo recíproco entre individuo, conducta y ambiente. El duda que los niños aprendan mucho por sí mismo por un interés intrínseco en los eventos novedoso. Si así fuera los niños estarían permanentemente aprendiendo todo el tiempo lo que no es el caso. Más bien cuando se pretende que un niño aprenda algo hay que motivarlo y ayudarlo. El reconoce que el interés intrínseco existe pero que ocurre después de que se han logrado ciertos estándares o ciertos logros y se desarrollan sentimientos de auto eficacia.

Por lo tanto Bandura piensa que el desarrollo cognitivo más bien se refiere a la adquisición de ciertas habilidades específicas, estudiando el principalmente el proceso de socialización, (proceso por medio del cual la sociedad induce a sus miembros a comportarse de formas socialmente aceptables). Es un proceso que incluye todo tipo de conductas e incluso habilidades técnicas. Las conductas foco de socialización en todas las culturas serían las conductas agresivas y cooperativas tales como el compartir y el ayudar. Bandura centra su estudio en las conductas de agresión, roles sexuales, conducta prosocial, autoregulación, y autoeficacia.

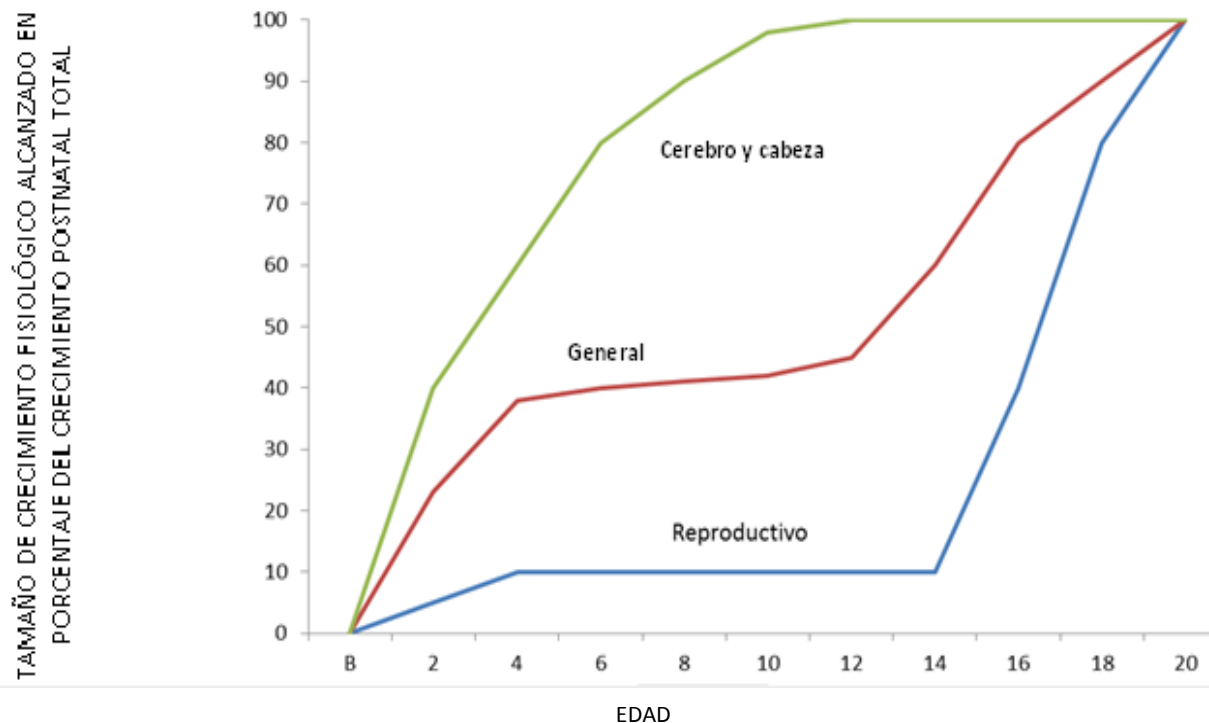
El plantea que los niños aprenden de distintos tipos de modelos y agrega también el modelo abstracto en donde se plantea que los niños inducen reglas generales o principios subyacentes a conductas particulares y luego usan estas reglas para generar nuevas conductas por su propia cuenta (por ejemplo los niños bilingües con el inglés y español, inducen que todo el lenguaje cuando se refiere al plural agrega el sonido S; entonces ellos van a usar esta regla para generar nuevas oraciones).

Al igual que Piaget, ve al niño como una agente activo: el niño infiere reglas y comprende conceptos. Sin embargo el énfasis de Bandura está puesto más bien en el

ambiente externo, especialmente los modelos, que influyen el tipo de conceptos que los niños aprenden.

En todo caso tanto Bandura como Piaget reconocen los primeros años de vida como fundamentales en la configuración de ciertos patrones bastante estables de funcionamiento psicológico.

DESARROLLO PSICOLÓGICO	FREUD	Oral Anal Fálica Latencia Genital				
	ERIKSON	Confianza vs desconfianza Autonomía v/s vergüenza y duda Iniciativa v/s culpa Industria v/s inferioridad Identidad v/s confusión de rol				
	PIAGET	Sensorio-motor Pre-operacional Operaciones concretas Operaciones formales				
	KOHLBERG	Pre-Convencional Convencional Post-convencional				
	Bowlby	Desarrollo del apego				



Preguntas para el alumno:

A partir de su paciente complete la siguiente guía:

Nombre paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad (año, meses): _____

¿Qué preguntas crees que es necesario indagar en su paciente a partir de su etapa del desarrollo biológico?

¿Qué preguntas crees que es necesario indagar en su paciente en relación al desarrollo cognitivo?

¿Qué preguntas crees que es necesario indagar en su paciente en relación al desarrollo social?

¿Qué preguntas crees que es necesario indagar en su paciente en relación al desarrollo moral?

¿Qué preguntas crees que es necesario indagar en su paciente en relación al desarrollo afectivo?

¿Qué preguntas crees que es necesario indagar en su paciente en relación al desarrollo psicosexual?

¿Qué otras preguntas sería necesario preguntar en relación a su desarrollo en general?

TAREA ALUMNO:

Que alumno revise el capítulo, complemente con otra bibliografía y conteste las preguntas según el caso asignado.

Profundizar en la relación entre la importancia de la psicología del desarrollo la psicopatología y la psicoterapia. Se busca que el alumno responda a las siguientes preguntas:

- Desde su punto de vista, ¿la conducta anormal en los niños se distingue por aspectos cualitativos o cuantitativo? Justifique respuesta.
- ¿Como incorporaría Ud. a la luz de la psicología del desarrollo, el lenguaje verbal a la psicoterapia infanto-juvenil. Justifique su respuesta?

Revisar bibliografía al respecto y otras fuentes que Ud. considere aportativas.

TAREA COORDINADOR:

Incorporar en la entrevista las preguntas propuestas por el alumno.

Recibir y corregir las preguntas contestadas por los alumnos (cada una en forma individual)

TAREA SUPERVISOR:

Asignar tiempo y estimular discusión para revisar el que cada alumna elija 1 o 2 preguntas fundamental en su caso y las justifique.

Asignar tiempo en la supervisión para que un alumno, escogido al azar, presente sus respuestas y el resto de los compañeros aporte y discuta desde su propia reflexión.

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No.

3. PSICOPATOLOGÍA INFANTIL JUVENIL DSM-V

Dra. Nancy Torrejón

Psicopatología Infanto Juvenil DSM-5:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) integran los criterios diagnósticos comúnmente utilizados en la práctica psiquiátrica, pero debido a que el DSM-IV-TR era insuficiente para el trabajo clínico actual, el Congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana ha hecho público el DSM- 5, que incluye modificaciones a algunos aspectos de la psiquiatría infantil, ya que muchos de los trastornos que estaban en el capítulo de alteraciones de comienzo en la infancia, la niñez y la adolescencia pasan a otros capítulos, se añaden nuevos criterios diagnósticos o se introducen nuevos términos, de modo que resulta muy importante dar a conocer a los profesionales que evalúan a niños los cambios en la nomenclatura y la clasificación a los que se verán enfrentados.

El DSM-5 está organizado en tres secciones. La Sección I está dirigida a proporcionar pautas para el uso clínico y forense del manual. La Sección II incluye los criterios y códigos diagnósticos de los diferentes trastornos y, por último, la Sección III recoge medidas dimensionales para la evaluación de los síntomas, criterios sobre la formulación cultural de los trastornos y una propuesta alternativa sobre la conceptualización de los trastornos de personalidad, así como una descripción de las condiciones clínicas que están actualmente en estudio.

Cambios en la organización de los trastornos:

A nivel estructural y organizativo, los cambios más destacables en el DSM-5 son la eliminación del sistema multiaxial y la reorganización de los capítulos. Las modificaciones habidas respecto al DSM-IV-TR figuran descritas en tabla nº 2.

El DSM-5, como las ediciones anteriores de este manual, está basado en el modelo categorial, que implica que cada categoría diagnóstica es diferente de la salud y del resto

de las categorías diagnósticas. Sin embargo, al ser conscientes sus autores de las limitaciones del sistema categorial, incorporan, hasta cierto punto, un enfoque más dimensional que en las ediciones anteriores. Así, por ejemplo, se analiza la severidad mayor o menor de los síntomas (leve, moderado y severo) en diversos cuadros clínicos (el trastorno depresivo mayor o los trastornos adictivos y relacionados con sustancias).

Se ha eliminado el sistema multiaxial porque generaba distinciones artificiales y era poco utilizado. Por ello, todas las categorías diagnósticas de los Ejes I y II del DSM-IV-TR están incluidas en la misma sección (Sección II) en el DSM-5, con anotaciones separadas en cada categoría para las condiciones médicas asociadas (antiguo Eje III), para los factores psicosociales y ambientales (antiguo Eje IV) y para la discapacidad, entendida esta como daño en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas significativas de la vida cotidiana (antiguo Eje V).

La organización global de los capítulos (y la específica de cada capítulo) tiene más en consideración el ciclo vital que en las ediciones anteriores del DSM. Así, los cuadros clínicos que se manifiestan en las primeras fases evolutivas (como, por ejemplo, los trastornos del neurodesarrollo) figuran al principio del manual; los trastornos que habitualmente aparecen en la adolescencia y en la edad adulta joven (entre otros, los trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria o los trastornos del espectro de la esquizofrenia) se encuentran descritos en la parte central; y, por último, los trastornos asociados a la vejez (trastornos neurocognitivos) se hallan al final (tabla nº1). Asimismo en cada capítulo se describe la presentación de los cuadros clínicos, cuando es preciso, en diferentes grupos de edad (por ejemplo, en el trastorno de estrés postraumático o en los trastornos del sueño).

A continuación se enumeran los cambios más importantes en los trastornos principales manifestados en la infancia según las diferentes metaestructuras propuestas para el DSM-5.

Trastornos del Neurodesarrollo:

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de condiciones que se inician en el periodo del desarrollo. Típicamente se manifiestan temprano en el desarrollo, por lo general antes de que el niño ingrese al colegio, y se caracterizan porque generan deterioro del funcionamiento general.

En el grupo de trastornos del neurodesarrollo se incluyen varios: trastornos del desarrollo intelectual, trastornos de la comunicación, trastornos específicos del aprendizaje, trastornos del espectro autista, trastornos motores y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Los **Trastornos del desarrollo intelectual** abarcan tres categorías diagnósticas, que son la discapacidad intelectual, el retraso general del desarrollo y la discapacidad intelectual no especificada.

En cuanto a la **discapacidad intelectual**, una de las mayores modificaciones es el cambio del término retraso mental, que se venía usando desde 1961, por el de discapacidad cognitiva o intelectual, por considerarse que aquel no describe exactamente las dificultades que se presentan y además, aunque el valor del coeficiente intelectual (CI) medido por las pruebas estandarizadas sigue siendo útil desde el punto de vista legal y de psiquiatría forense, en esta clasificación se da más peso al funcionamiento con base en tres dominios: el **conceptual**, que se refiere a todas las habilidades necesarias para el aprendizaje de la lectura, la escritura, las matemáticas, la memoria, capacidad para la resolución de problemas y el afrontamiento de situaciones nuevas; el **social**, que se refiere a la capacidad para generar empatía, el juicio social, las habilidades de comunicación interpersonal y para mantener amistades; y el **práctico**, que se refiere al autocuidado, la responsabilidad con el trabajo, el manejo del dinero, la creatividad y la organización de las tareas. El grado de gravedad se define con base en el funcionamiento adaptativo que determina el nivel de soporte requerido.

Los términos retraso general del desarrollo y discapacidad intelectual no especificada se reservan para los casos en que no es posible ubicar a los pacientes en el diagnóstico de discapacidad intelectual, ya sea por su corta edad o por la presencia de

trastornos asociados que no permiten realizar las pruebas (ceguera, sordera, incapacidad motora, problemas graves de comportamiento o trastorno mental), y se enfatiza que ambos deben ser diagnósticos temporales que se debe reevaluar con el tiempo.

En cuanto a los **Trastornos de la comunicación**, hay varios cambios importantes tanto en la denominación como en la clasificación y se introduce una nueva categoría, el trastorno pragmático de la comunicación.

Los diagnósticos anteriormente descritos separadamente como trastornos expresivos y los trastornos mixtos del lenguaje quedan reducidos a una sola categoría llamada trastornos del lenguaje.

Los trastornos anteriormente conocidos como trastornos fonológicos cambian su nombre a trastornos de los sonidos del habla, y el tartamudeo cambia a trastorno de la fluencia. Aunque sin grandes variaciones en los criterios diagnósticos, se hace énfasis en la necesidad de evaluar correctamente la presencia de otras condiciones asociadas.

Lo más llamativo de los trastornos de la comunicación es la nueva categoría «trastorno pragmático de la comunicación» (trastorno de la comunicación social), que demuestra la importancia del uso adecuado del lenguaje en el contexto social, cobra importancia la evaluación de las reglas en la comunicación verbal y no verbal y el cambio del lenguaje acorde a la situación; raramente se hace el diagnóstico antes de los 4 años debido a que antes de esa edad no se ha desarrollado un lenguaje suficiente para detectar falencias sin atribuirlos a un déficit cognitivo o estructura. La mayor ventaja de esta categoría es que permitirá ubicar a los niños que, aparte de las dificultades en el lenguaje, muestren dificultades sociales sin cumplir criterios de trastorno del espectro autista.

En cuanto a los **Trastornos del aprendizaje**, se abandona la clasificación de los trastornos del aprendizaje de la lectura (dislexia), la escritura (disgrafía) o las matemáticas (discalculia) como trastornos individuales e independientes y se reúnen en un único término, «trastorno específico del aprendizaje».

Los **Trastornos del espectro autista (TEA)** son un amplio y heterogéneo grupo de síntomas que típicamente se desarrollan durante los primeros 3 años de vida. Se

caracterizan por una tríada de déficit del lenguaje y la comunicación, habilidades sociales y repertorio conductual con intereses inusuales. Aunque la presentación clínica varía entre los distintos diagnósticos, todos muestran características de la tríada clásica y hasta el 75% presenta discapacidad intelectual. Según el DSM-5, los individuos con un TEA deben presentar síntomas desde temprano en la infancia, aun si solo se los reconoce tiempo después, lo que permite diagnosticar a las personas que solo manifiestan los síntomas cuando las exigencias sociales exceden su capacidad. A diferencia del DSM-IV, cuyos criterios se centraban en la identificación de niños en edad escolar, este cambio del DSM-5 es útil para la identificación del trastorno en niños mayores.

El DSM-5 no tiene una escala general de gravedad para el autismo, sino que su clasificación en leve, moderado o grave está dado por el nivel de soporte requerido, tal como se plantea para la discapacidad intelectual.

La naturaleza dimensional de los dos criterios conductuales del TEA y la mejor organización para las descripciones sintomáticas son excelentes características del DSM-5. Asimismo, la evaluación de las necesidades individuales de soporte es útil para los clínicos, especialmente para garantizar la atención óptima educativa, social, de salud mental y de intervenciones médicas. Una de las críticas a esta aproximación dimensional es la limitación a la investigación, debido a la gran variedad de manifestaciones clínicas, grados de gravedad, deterioro cognitivo y mecanismos biológicos implicados en el trastorno.

El trabajo clínico ha demostrado que las personas con autismo pueden tener cualquier tipo de alteración del desarrollo, psicológica o psiquiátrica (TDAH, trastornos del movimiento u otras condiciones como la esquizofrenia), pero a partir del DSM-5 es que se puede hacer los diagnósticos mencionados junto con el TEA.

Trastornos Motores

El DSM-IV-TR únicamente consideraba los diagnósticos de síndrome de Tourette y trastornos por tics pasajeros o crónicos, mientras que en el DSM-5 aparece la categoría trastornos motores, que abarca el trastorno de coordinación, el trastorno por movimientos

estereotipados y el trastorno por tics, en el que quedan incluidos el síndrome de Tourette y los trastornos por tics.

Dichos cambios suponen que el evaluador debe conocer los logros del desarrollo motor esperados para cada edad y evaluar si las características de los síntomas, la precisión y la ejecución de los movimientos son óptimas o no, para poder determinar si interfieren en el desempeño global, ya que podrían afectar tanto a las actividades del autocuidado como a los procesos lúdicos, de socialización y también al aprendizaje, porque frecuentemente se encuentra afectada la habilidad para escribir.

Por otra parte, la inclusión de los trastornos por movimientos estereotipados dirige la atención a una clase de movimientos a los que anteriormente se consideraba característicos de los TEA, pero que también pueden ocurrir de manera independiente, durante todo el día o por periodos, con lapsos libres de síntomas, cuya frecuencia en general aumenta cuando se está con estrés, cansancio, excitación o aburrimiento, y se debe especificar si los movimientos generan conductas autolesivas o se asocian a una condición médica como el síndrome Lesch-Nyhan, otros trastornos del neurodesarrollo o factores ambientales; además, se debe clasificar la gravedad de los síntomas en leves, moderados o graves cuando se requieran medidas para evitar el daño. Se debe diferenciarlos cuidadosamente de los trastornos por tics, que se presentan con mayor frecuencia en ojos, cabeza y hombros y son más variables en su presentación (rápidos, breves y fluctuantes), y también de los movimientos estereotipados del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), en el que el paciente tiene urgencia por realizarlos según ciertas reglas como en la tricotilomanía y excoiación cutánea.

En cuanto al **TDAH**, en el DSM-5 el requisito en el criterio A de tener al menos seis síntomas de inatención y/o seis síntomas de hiperactividad-impulsividad para los niños cambia en el caso de los adolescentes y adultos, que pueden tener al menos cinco síntomas. Este cambio permite incluir en el diagnóstico algunos adultos a los que se clasificaba como TDAH en remisión parcial o TDAH no especificado y no recibían tratamiento.

Algo positivo y muy conveniente en el criterio A es la presentación de ejemplos específicos para el ciclo vital (escolares, adolescentes y adultos).

El cambio en el criterio de edad a la aparición de los síntomas < 7 años como se tenía en el DSM-IV-TR por «aparición de los síntomas antes de los 12 años» en el DSM-5 resulta ser un acierto, en especial para los casos de TDAH con predominio de inatención, en los cuales los síntomas se evidencian en los primeros grados escolares.

En el texto del DSM-5 se explica la variabilidad de los síntomas y la gravedad según el contexto. Es decir, que los síntomas del TDAH pueden ser mínimos o incluso estar ausentes cuando el individuo recibe refuerzos frecuentes por el comportamiento adecuado cuando está en supervisión estrecha, en un ambiente novedoso y atractivo para el paciente, en una actividad de especial interés, tiene un estímulo externo constante o está interactuando en situaciones de uno a uno.

Con respecto al criterio E del DSM-5, el TEA ya no es criterio de exclusión para el diagnóstico de TDAH y ahora puede estudiarse, diagnosticarse y tratarse la comorbilidad entre ambos trastornos.

Es posible que los cambios planteados en el DSM-5 para el diagnóstico de TDAH faciliten que: *a)* más adultos y adolescentes sean incluidos en los estudios de seguimiento y se pueda comprender mejor la evolución del trastorno; *b)* que se incluyan algunos casos de TDAH inatento que no eran diagnosticados por la falta de claridad de los síntomas antes de los 7 años; *c)* que se pueda verificar en cada etapa de la vida la presencia o ausencia de los síntomas al tener una lista de ejemplos de la psicopatología del TDAH (especialmente en adultos), y *d)* que algunos sujetos con TEA reciban diagnóstico y tratamiento para conductas asociadas como el déficit de atención y de hiperactividad.

Trastornos disruptivos, del control-impulsos y disociales

El **trastorno oposicional desafiante** (TOD), conocido también como trastorno negativista y desafiante, se caracteriza por un patrón de conductas en las cuales el menor se opone a seguir las reglas, instrucciones o peticiones del adulto, las argumenta o llega a desafiar al adulto. Son conductas que se presentan en la interacción con los demás. En la

nueva versión del DSM no se considera criterio las conductas desafiantes que ocurren en la interacción con algún hermano.

Para el criterio A, se presenta una lista de ocho ítems, dividida en tres subgrupos: ánimo irritable/malhumorado, comportamiento argumentativo/desafiante y el vengativo. Es posible que en el futuro se estudie la utilidad de los subgrupos y su implicación para el pronóstico y el tratamiento.

Otro de los cambios que propone el DSM-5 es la clasificación de gravedad, la cual se plantea según el número de lugares donde se presentan las conductas o síntomas: leve (un lugar), moderado (dos lugares) y grave (tres o más). El TOD en general se presenta en un lugar en la mayoría de los casos, y los síntomas pueden ser tan graves que ocasionen la expulsión de la institución. De esta manera, es importante cuestionar este especificador, pues no necesariamente la gravedad se relaciona con el número de lugares.

En el **trastorno explosivo intermitente** (TEI), la característica principal es los episodios desproporcionados de agresión, también conocidos como arrebatos. El criterio A del DSM IVTR —«Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a la destrucción de la propiedad»— se describe más ampliamente en el DSM-5, y se consideran dos posibilidades para el criterio A según la conducta y su frecuencia. El principal cambio es el tipo de arrebatos o brotes de agresión que se debe considerar: se requería agresión física en el DSM-IV-TR, pero para el DSM-5 se cumple el criterio si se presenta agresión verbal y física (así no cause heridas o destrucción).

El **trastorno disocial de la conducta** (TDC) pasa a la metaestructura trastornos disruptivos, del control-impulsos y los disociales.

Los criterios de TDC del DSM-5 no cambian con respecto al DSM-IV-TR en la mayoría de los ítems, pero sí se añaden unas características importantes de especificadores que afectan al curso y el pronóstico de este diagnóstico. Los dos nuevos especificadores son para calificar la presencia o ausencia de los rasgos emocionales «endurecidos» (sin emociones) y otro para especificar la gravedad del TDC.

La propuesta es un acierto en cuanto a la delimitación de dos tipos de TDC que ameritan posiblemente abordajes y tratamientos diferentes.

Trastornos afectivos

En el DSM-5 se separan los trastornos afectivos y quedan según el orden de aparición: trastornos bipolares y trastornos relacionados, posteriormente los trastornos depresivos y de ansiedad y, en dos nuevos capítulos como categorías diferentes, el TOC y trastornos relacionados y los trastornos relacionados con trauma y factores de estrés.

Entre los **trastornos depresivos**, aparece como nuevo diagnóstico el síndrome de desregulación destructiva del estado de ánimo como traducción oficial en el DSM-5 en español, pero se le ha dado varios nombres (como síndrome de disregulación emocional, síndrome de desregulación afectiva) y también se ha considerado su traducción literal del inglés como trastorno de regulación alterada del ánimo y conducta disruptiva (*disruptive mood dysregulation disorder*) junto con el trastorno depresivo persistente (antes distimia y trastorno depresivo crónico) y el trastorno disfórico premenstrual.

El **Síndrome de desregulación destructiva del estado de ánimo** incluye a niños de entre 6 y 18 años y se caracteriza por irritabilidad extrema y episodios graves de descontrol de la conducta. La prevalencia en el momento no es clara, se estima que es de un 2–5% y mayor en escolares varones que en mujeres. A pesar del consenso para el diagnóstico, queda abierta la puerta para continuar los estudios en adolescentes y aclarar las características propias de la irritabilidad del trastorno (episódica frente a crónica), ya que su manifestación también es frecuente en otras enfermedades como el trastorno depresivo mayor, el TDAH y los trastornos de conducta.

Cambia el término distimia por el de **trastornos depresivos persistentes**, manteniéndose el criterio de duración de 1 año para niños. El **síndrome disfórico premenstrual**, que antes aparecía ubicado en la sección B del DSM, ahora aparece como una categoría de los trastornos depresivos, dada la evidencia de la respuesta al tratamiento específico en este tipo de síntomas.

El capítulo de **trastornos de ansiedad** está elaborado de modo que se mencionan las diferentes entidades según su edad de aparición, cambio que favorece el desarrollo de

estudios adecuados sobre el curso natural de la enfermedad, predictores pronósticos y estrategias de prevención.

Entre los criterios de duración para establecer el diagnóstico, hay flexibilización de la duración de los síntomas y permite que en niños no tengan que durar 6 meses exactamente como en el **trastorno de ansiedad de separación y en el mutismo selectivo**.

En **agorafobia, pánico y fobias**, desaparece el apartado en que las personas mayores de 18 años deberían reconocer que la ansiedad es excesiva o poco razonable, se deja la medición al médico tratante y el tiempo de duración se generaliza para todos a 6 meses, con el fin de evitar el sobrediagnóstico de estas enfermedades.

En el **trastorno de ansiedad por separación**, se mantienen los síntomas pero cambia el criterio de la edad, pues puede presentarse a lo largo de la vida; frente a la separación de las figuras significativas (no únicamente de los padres), la duración establecida es de 4 semanas en el niño y 6 en los adultos.

El término **trastorno de ansiedad social** reemplaza el término fobia social y puede darse en varias situaciones sociales en que la persona se expone a la evaluación de otros. Para el diagnóstico la gravedad es un criterio clínico. En niños, nerviosismo, no sentirse capaz de hablar en situaciones sociales frente a conocidos o extraños, se elimina el término generalizado y cambia a ansiedad de desempeño, con lo que queda claro que se debe circunscribir a la situación específica en que esta se presenta y se pierde de esta manera la sobrestimación del daño o menoscabo que se deba sufrir para obtener un diagnóstico.

Para el **trastorno de ansiedad generalizada**, como en todos los trastornos mencionados, se mantiene en niños el criterio de mínimo 6 meses de duración para hacer el diagnóstico. Hay controversia en la interferencia y la incapacidad que puede tener un niño con síntomas claros de ansiedad generalizada durante 6 meses, por lo que diferentes grupos científicos continúan proponiendo disminuir el tiempo necesario para el diagnóstico y evitar que continúe en la categoría de «no especificado», que genera limitaciones en el abordaje terapéutico y pronóstico.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)- Trastornos alimentarios y de la ingestión

Con la eliminación de la sección de trastornos mentales de inicio exclusivo en la infancia y la niñez temprana en el DSM-5, desaparece la categorización de los TCA en función de la edad a la aparición de los síntomas. Se retienen las categorías diagnósticas relacionadas con el acto de comer y alimentarse que no están asociadas a distorsiones cognitivas alrededor de la figura y el peso corporal y suelen comenzar a edades tempranas, con algunas modificaciones en los criterios clínicos y de duración, sin circunscribir su existencia a esta etapa del ciclo vital. Pica, rumiación y trastornos de la ingesta o *feeding disorders*, ahora denominados trastornos evitativos/restrictivos de la ingesta (ARFID, por sus siglas en inglés), se agrupan con la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno de Atracones (TA) y TCA no especificado (NOES) bajo un único capítulo: «Trastornos alimentarios y de la ingestión», que hace posible diagnosticarlos a cualquier edad.

Este cambio concuerda con el curso clínico, ya que a pesar de su inicio predominante a edades tempranas, los estudios y la experiencia muestran que pueden aparecer en cualquier momento de la vida y suelen tener un patrón persistente o recurrente en algunos grupos vulnerables, como los pacientes con discapacidades intelectuales y del desarrollo.

Respecto a la AN, el criterio alusivo al peso corporal se modificó en función de la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física. Aunque se establecieron especificadores de gravedad a partir de parámetros de delgadez establecidos por la OMS con base en el índice de masa corporal (IMC) en adultos y sus respectivos percentiles, la definición es más amplia y permite la determinación del bajo peso en cada caso particular.

La amenorrea se ha eliminado y se han preservado los criterios psicológicos relacionados con la influencia indebida del peso y la figura en la autoevaluación y con el rechazo a mantener o ganar peso, con la inclusión de criterios basados en la observación. En cuanto a los episodios de atracones y conductas compensatorias en BN, se mantuvo el criterio de duración de 6 meses y se disminuyó el de frecuencia de tres a dos veces por semana, con lo que aumenta la probabilidad de diagnosticar BN y se reduce la de TCA NOES.

La definición de los atracones se ha mantenido intacta respecto al DSM-IV-TR. El TA se incorporó como una nueva categoría diagnóstica, con una duración mínima de 3 meses y una frecuencia de atracones de dos veces por semana.

Se incluye una categoría residual, denominada «Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificado», para las presentaciones clínicas que no reúnen los criterios de AN, BN, TA, pica, rumiación y ARFID, pero que generan malestar importante o deterioro funcional en las áreas familiar, laboral u ocupacional. Hacen parte de dicha categoría la AN atípica, la BN de baja frecuencia o duración limitada, el TA de baja frecuencia o duración limitada, el trastorno por purgas y el síndrome de ingestión nocturna de alimentos.

Se incluyeron especificadores de gravedad para TA y BN según la frecuencia de los episodios de atracones y conductas compensatorias respectivamente y se definieron especificadores de curso para todos los trastornos de remisión parcial y total, sin definir un límite de tiempo exacto.

Clasificación de los trastornos recogidos en el DSM-5 (tabla nº 1)

Trastornos del neurodesarrollo
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos bipolares y relacionados
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados
Trastornos relacionados con traumas y estresores
Trastornos disociativos
Trastornos de síntomas somáticos
Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria
Trastornos de la eliminación
Trastornos del sueño
Disfunciones sexuales

Disforia de género
Trastornos disruptivos del control de impulsos y conductuales
Trastornos adictivos y de consumo de sustancias
Trastornos neurocognitivos
Trastornos de personalidad
Trastornos parafilicos
Otros trastornos

Cambios más importantes del DSM-IV-TR al DSM-5 (tabla nº 2)

DSM-IV-TR	DSM-5
TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, NIÑEZ O ADOLESCENCIA - Retraso mental - Trastornos del aprendizaje Trastorno de la lectura Trastorno de la expresión escrita Trastorno del cálculo Trastorno del aprendizaje no especificado - Trastorno de las habilidades motoras Trastorno del desarrollo de la coordinación - Trastorno de tics Trastorno de la Tourette Trastorno de tics motores o vocales crónicos Trastorno de tics transitorios Trastorno de tics no especificado - Trastornos de la comunicación	TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO - Discapacidades intelectuales Discapacidad intelectual Retraso global del desarrollo Discapacidad intelectual no especificada - Trastorno específico del aprendizaje - Trastornos motores Trastorno del desarrollo de la coordinación Trastorno de movimientos estereotipados Trastorno de tics Trastorno de la Tourette Trastorno de tics motores o vocales crónicos Trastorno de tics transitorios Trastorno de tics no especificado - Trastornos de la comunicación Trastorno del lenguaje

Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo Trastorno del lenguaje expresivo Trastorno fonológico Tartamudeo Trastorno de comunicación no especificado - Trastornos generalizados del desarrollo Trastorno autista Trastorno de Rett Trastorno desintegrativo infantil Trastorno de Asperger TGD no especificado - Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador Trastorno por déficit atencional Trastorno de conducta Trastorno oposicionista desafiante Trastorno de comportamiento perturbador no especificado - Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez - Trastornos de la eliminación - Otros trastornos de la infancia, niñez o adolescencia: ansiedad de separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno de movimientos estereotipados	Trastorno del habla Trastorno de la fluencia de inicio en la infancia Trastorno de la comunicación pragmática Trastorno de la comunicación no especificado - Trastornos del espectro autista - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos	- Delirium - Trastornos neurocognitivos severos y leves
Trastornos mentales debidos a enfermedad	- Otros trastornos mentales
Trastornos relacionados con sustancias - Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso)	Trastornos adictivos y relacionados con sustancias

- Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación y abstinencia) Alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos	- Alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnótico y ansiolíticos, estimulantes, tabaco. Trastornos no relacionados con sustancias: trastorno del juego
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos del estado de ánimo	Trastornos bipolares y relacionados
	Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad	Trastornos de ansiedad
	Trastorno obsesivo compulsivo
	Trastornos relacionados con el trauma y con el estrés - Trastorno de estrés agudo - Trastorno de estrés postraumático - Trastornos adaptativos - Trastorno reactivo de la vinculación - Trastorno del comportamiento social desinhibido
Trastornos somatomorfos	Trastornos con síntomas somáticos y relacionados - Trastorno con síntomas somáticos - Ansiedad por la enfermedad - Trastorno de conversión - Factores psicológicos que afectan a condiciones médicas - Trastornos facticios
Trastornos facticios	
Trastornos disociativos	Trastornos disociativos
Trastornos sexuales y de la identidad sexual	Disfunciones sexuales
- Trastorno sexuales - Parafilias - Trastornos de la identidad sexual	Trastornos parafilicos
	Disforia de género
Trastornos de la conducta alimentaria - Anorexia - Bulimia - TCA noes	Trastornos de la alimentación y conducta alimentaria - Anorexia - Bulimia - Trastorno de atracón - Pica - Rumiación - Trastorno evitativo restrictivo de la ingesta
	Trastornos de la excreción - Enuresis - Encopresis

	Trastorno de la excreción no especificado
Trastornos del sueño	Trastornos del sueño
	Trastornos del control de los impulsos, disruptivos y de conducta - Trastorno explosivo intermitente - Cleptomanía - Piromanía - Trastorno negativista desafiante - Trastorno de conducta - Trastorno de personalidad antisocial
Trastornos adaptativos	
Trastornos de personalidad - Grupo A - Grupo B - Grupo C	Trastornos de personalidad - Grupo A - Grupo B - Grupo C

B. Proceso psicodiagnóstico:

a. EL DIAGNOSTICO EN PSICOLOGIA INFANTO JUVENIL:

Según Aretio, Müller y Mateluna (2003) el psicodiagnóstico en niños y adolescentes presenta varias particularidades que lo hacen diferente y más complejo que en adultos. De partida la interacción psicológica se amplía y complejiza por la participación directa de otras personas en el proceso, especialmente los padres además de otros como profesores etc. Esto significa que las resonancias afectivas (o fenómenos transferenciales) también se vuelven más complejas, lo que requiere mayor atención y manejo del evaluador para utilizar esta información en beneficio del proceso psicodiagnóstico.

Todo lo anterior implica que no se atiende a un consultante, sino que a un sistema, lo que debe considerarse a la hora de la comprensión, conceptualización, manejo y toma de decisiones. Con respecto a esto último, en psicología infanto juvenil, con frecuencia los resultados del proceso psicodiagnóstico pueden significar efectos concretos para la vida del niño (desde cambio de colegio a cambio de cuidador en los casos más complejos), cuestiones que pasan por los adultos y ante lo cual muchas veces los pacientes tienen poco que decir.

Otro aspecto bastante más frecuente en el psicodiagnóstico infantojuvenil, es la necesidad y conveniencia de trabajo interdisciplinario y en equipo (coordinado), en donde no necesariamente todos los integrantes del equipo deben manejar la misma información (por ejemplo la información que debe manejar el psiquiatra no es la misma que debe manejar el colegio).

¿Qué vamos a entender por diagnóstico?

Antes de entrar en la discusión respecto de la diversidad de miradas frente al diagnóstico infantojuvenil e independiente de la postura que se tenga al respecto, el diagnóstico cumple algunos fines importantes dentro del proceso psicoterapéutico.

- 1) Elaborar un diagnóstico y pronóstico, incluyendo tanto los recursos, aspectos adaptativos, como déficits y aspectos patológicos.
- 2) Constituye un medio de comunicación profesional entre el clínico y el paciente y/o sistema consultante

- 3) Es esencial para diseñar y evaluar el tratamiento psicoterapéutico
- 4) A partir de lo anterior, ayuda a seleccionar una estrategia psicoterapéutica
- 5) Tiene también fines de investigación

Podemos entender el concepto de diagnóstico psicológico en niños y adolescentes como el resultado al que llega un profesional de la psicología tras haber realizado diversas pruebas psicológicas y valorado las características del contexto familiar y escolar, mediante las cuales puede distinguir entre otros varios posibles diagnósticos, el que corresponde al caso en estudio. Este diagnóstico lo hace un profesional psicólogo (a) clínico (a) con formación en evaluación y diagnóstico infantojuvenil.

En este proceso el profesional se encuentra con el paciente para conocerlo y evaluar psicológicamente sus recursos, potencialidades y dificultades de modo de obtener una comprensión integrada de su funcionamiento cognitivo, afectivo-social y personal. Lo que se busca es poder describir, explicar y eventualmente comprender el funcionamiento psicológico del paciente. En este acercamiento, que es de duración limitada, se utilizan técnicas de evaluación psicológica especialmente diseñadas, que son el instrumento de trabajo más confiable y válido que dispone el psicólogo como profesional (cuya manufactura metodológica varía dependiendo del tipo de pruebas que se usan, información que el psicólogo también debe manejar de modo de poder estimar la seguridad de sus juicios). Los instrumentos utilizados van desde la entrevista clínica, test psicométricos, inventarios objetivos, pruebas proyectivas, juego, etc. Es importante tener en cuenta que ninguno de estos instrumentos es infalible por sí solo, por lo que deben complementarse. Mientras más muestras de conducta se obtengan, más significativo será el diagnóstico al cual se llegue.

El diagnóstico psicológico no es lo mismo que el diagnóstico psiquiátrico, al menos desde la conceptualización cognitiva conductual sistémica. El diagnóstico psiquiátrico descansa en un modelo médico biológico de enfermedad. El diagnóstico psicológico, si bien acepta e integra la variable biológica, intenta una comprensión más integrada del problema del paciente, considerando el interjuego de variables biológicas, conductuales, cognitivas, afectivas y ambientales.

Desde el punto de vista cognitivo conductual, se prefiere o se privilegia un diagnóstico descriptivo por sobre el hacerlo en base a categorías generales, dado que, especialmente en el caso de la población infantojuvenil, se “homogeniza” a individuos diferentes, se rotula y/o se estigmatiza al paciente, y finalmente aporta poco al tratamiento psicológico (desde el diagnóstico).

Según Rutter (1981, en Lahey y Kazdin 1983) la aproximación básica para clasificar los desórdenes debería ser descriptiva y ateórica, categorizando los desórdenes y no al niño,. Por lo tanto debe basarse en hechos y no en conceptos, estar definida en términos observables y operacionales específicos para cada paciente en particular. Así la “categorización psicológica” aporta al tratamiento al permitir describir la conducta, qué podría estar gatillándola y qué la mantiene.

Considerando lo anterior, es posible entonces reducir cierta subjetividad o arbitrariedad que puede presentar el enjuiciamiento del caso. Tal reducción de arbitrariedad es aún más posible si se incorporan además las directrices que entrega Graham a la hora de decidir si la conducta que estamos evaluando es “normal o anormal”. Este autor , citado por Finch, Nelson y Ott (1993), argumenta que en todo proceso de decisión diagnóstica infantojuvenil hay que considerar que la desviación de la norma implica un buen conocimiento del desarrollo normal, la consideración del setting social y cultural donde el niño está inserto, y el grado en que el niño, la familia y la sociedad más general que rodea al niño se vea afectada por las conductas que exhibe el niño.

PROCESO PSICODIAGNOSTICO:

Independiente del modelo teórico que oriente el diagnóstico, desde un punto de vista descriptivo el proceso diagnóstico puede dividirse en cuatro etapas distinguibles (Aretio, Müller y Mateluna 2003):

1) ENTREVISTA INICIAL (que comprende a su vez tres momentos):

Presentación mutua y encuadre inicial (más directiva); Profundización de los motivos de consulta (menos directiva), Aclaración de dudas, preguntas de datos más precisos, exploración de expectativas y explicación de los pasos que vendrán a continuación (más directivo)) Al final de la primera entrevista el psicólogo (a) deberá ser capaz de formularse algunas hipótesis preliminares o iniciales que faciliten la siguiente etapa (pero siempre abierto al cambio).

2) PLANIFICACION DEL PSICODIAGNOSTICO Y APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLOGICAS.

Según las hipótesis iniciales se seleccionan diferentes pruebas, aunque siempre teniendo en consideración que el diagnóstico es más útil cuando se considera la persona global.

3) ELABORACION DE MATERIAL RECOPIADO QUE FINALIZA CON UN INFORME

En este punto es donde se realiza principalmente la conceptualización del caso (que se verá con detalle más adelante).

4) CIERRE DEL PROCESO CON LA ENTREVISTA DE DEVOLUCION.

Esta entrevista implica tener claro la conceptualización del caso que es la racionalidad que se adopta para comprender el caso que se compartirá con el consultante (los padres la mayoría de las veces), y que debe responder el motivo de consulta.

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No Copiar

b. PRE ENTREVISTA TELEFÓNICA

En el Centro de Salud de la Universidad de los Andes se realiza la siguiente pre-entrevista telefónica:

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____	
FECHA: _____	HORA: _____

PREENTREVISTA TELEFÓNICA

FECHA: ____/____/____

Presentación: “sr (ita, a) _____. Mi nombre es (nombre profesional/ alumno que realiza el llamado) la estoy llamando desde la Unidad de Salud Mental de.....(**HACER REFERENCIA AL CAMPO CLÍNICO CORRESPONDIENTE**). Usted quedó registrado en la lista de espera solicitando una hora de atención con el equipo de Salud Mental, por esta razón me gustaría comentarle sobre el funcionamiento de nuestra Unidad y hacerle algunas preguntas ¿Puede hablar en este momento?”.

1) Entregar información sobre el Funcionamiento de la USM

“Quisiera contarle que trabajamos como un Equipo, que está integrado por distintos profesionales de la Salud Mental; Psiquiatras y Psicólogos, quienes son docentes de la Universidad de los Andes, que tienen a su cargo alumnos en práctica de psicología y médicos residentes de psiquiatría. Es decir, en este centro se realizan actividades docentes, asistenciales y de investigación. Es importante que usted sepa que en esta Unidad hay ciertos problemas que no tratamos. Por ejemplo: (**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA USM**).”

- Violencia Intrafamiliar.
- Abuso sexual.
- Abuso de sustancias y adicciones.
- Conductas antisociales como robo, daño a la propiedad, agresiones a otras personas, etc.
- Estar involucrado en algún proceso o sentencia judicial.
- Trastornos alimenticios.
- Planificación e intentos suicidas actual.
- Solicitud de permiso para porte de armas.

El motivo por el cual Ud. solicitó una atención con nosotros, ¿tiene relación con alguno de los problemas que le acabo de mencionar?

Si: ☐ (DERIVAR, EXCLUSIÓN)
(anexo catastro de centros de la Comuna).

No: ☐ (SEGUIR A PUNTO 2)

2) Preguntas:

(SI ES MENOR DE 18 AÑOS, LA PRE-ENTREVISTA SE REALIZA AL CUIDADOR PRINCIPAL)

"Ahora me gustaría hacerle algunas breves preguntas"

a. Identificación del paciente:

Nombre (paciente): _____ Edad: _____

Confirmar contactos: FONO FIJO: _____ FONO CELULAR: _____

Rut: _____ Fecha nacimiento: _____

Dirección: _____

(SI ES MENOR DE 18 AÑOS, SOLICITAR NOMBRE DEL CUIDADOR PRINCIPAL)

Nombre de cuidador (o quien asiste a la entrevista junto al paciente en caso de ser menor de edad): _____

b. Descripción del problema:

¿Por qué pidió hora? o ¿Descripción del motivo de consulta: ¿qué le ocurre?

3) Si el paciente cumple con criterios de inclusión

Su citación es el día _____, a las _____ hrs (Indicar la hora) con el Psicólogo /Psiquiatra (Indicar nombre) _____ del equipo:

1. INFANTO-JUVENIL
2. ADULTO
3. STAFF PSICOLÓGICO
4. BECADOS

☐
☐
☐
☐

} Atención con equipo de práctica ir a 4)

4) En caso que la atención sea en equipo de alumnos comentar

En la primera atención psicológica, se le realizará una entrevista en una sala de espejo, donde parte del equipo estará con Ud (o Ustedes) y otra parte estará detrás del espejo.

5) Informar respecto a eventual inasistencia

En caso que Ud. no asista a la cita acordada, no se podrá agendar otra hora. Cualquier inconveniente que Ud. tenga para venir, por favor avisar con al menos 48 horas de anticipación al teléfono 225891141 (EN CASO DEL CESA), o el 226222640 (EN CASO DEL POLICLÍNICO EL SALTO).

Muchas gracias.

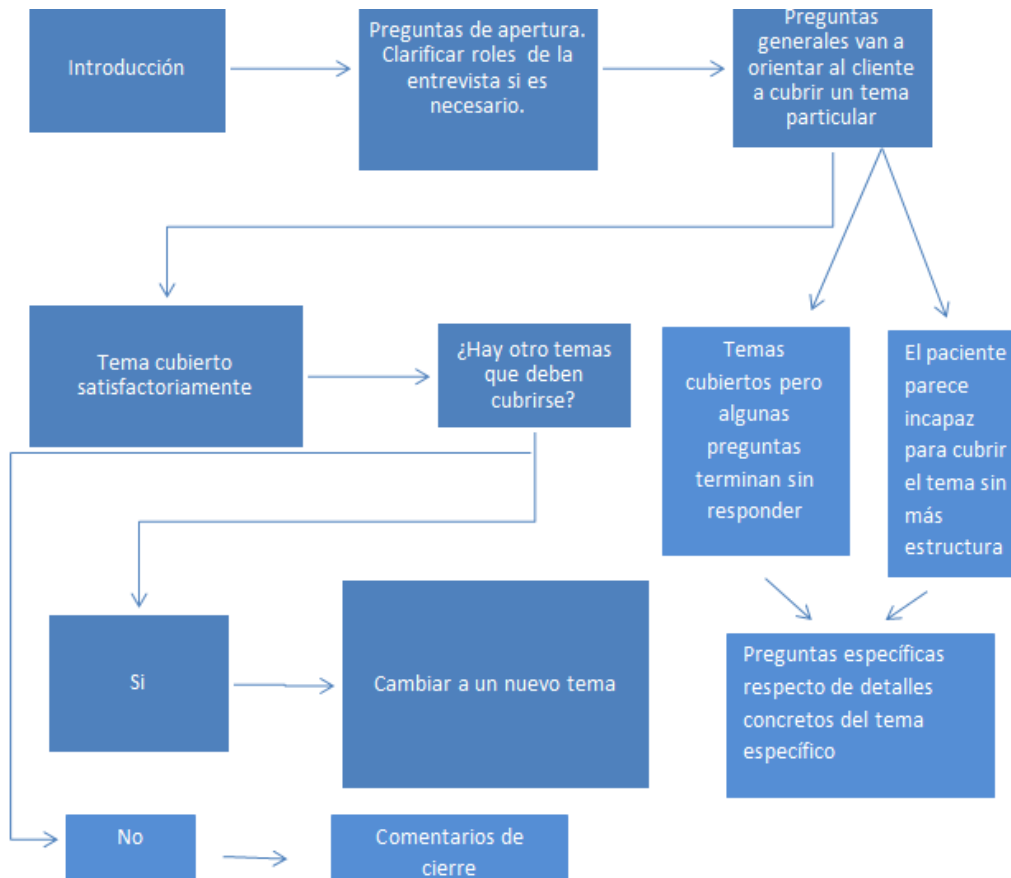
Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No copiar

c. PRIMERA ENTREVISTA:

Modelo tradicional de Entrevista

En el caso de seguir el modelo tradicional de entrevista a los padres habría que conseguir los siguientes datos:

Flujograma de la entrevista diagnóstica



Algunas pautas sugeridas para la entrevista son las siguientes:

Entrevista Recepción Niños

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escolaridad: _____ Colegio: _____
Referido por: _____
Motivo de consulta: _____

Descripción del problema: (Quejas principales, duración, frecuencia, intensidad).

Evolución (Circunstancia de aparición, aumento, disminución).

Tratamientos anteriores y/o soluciones intentadas:

Explicaciones de los padres respecto al origen y mantención del problema:

Explicaciones del niño:

Expectativas respecto a la atención:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre:

Madre:

Hermanos:

Otros significativos:

Mórbidos:

ANTECEDENTES PERSONALES:

Embarazo y parto:

Periodo de recién nacido:

Término o prematuro:

Peso:

Muy llorón:

 Cólicos

 Ciclos estables o no:

Fácil o difícil:

Alergias:

Salud general:

Desarrollo psicomotor:

Lenguaje:

Marcha y coordinación:

Aprendizaje de otros hábitos: (succión, alimentación, sueño, etc...)

FICHA MÉDICA:

Enfermedades:

Hospitalizaciones:

Golpes, pérdida de conocimiento (tiempo), vómitos, otros síntomas:

Convulsiones con fiebre alta:

Mareos:

Dolores de cabeza:

Fatigas:

Problemas sensoriales:

Malformaciones corporales menores:

(Pie plano, estrabismo, dientes)

Desarrollo social:

Reacción a las primeras separaciones de los adultos:

Actitud ante los extraños:

Relación con pares:

Relación con otros sexo:

Es aceptado o no (como lo siente el niño):

Líder (positivo o negativo)

Actitud ante la autoridad:

Aceptación de normas:

Comportamiento en hábitos y conductas esperadas para la edad:

Historia escolar:

Otras conductas desadaptativas actuales:

Temeroso:

Cambios de ánimo frecuentes y exagerados:

Hiperactivo:

Lateado permanentemente:

Desatento exageradamente:

Impulsivo:

Peleador:

Agresivo

Dependiente:

Independiente:

Tímido o inhibido:

Dolores frecuentes: _____

Llora frecuentemente: _____

Poca tolerancia a la frustración: _____

Enuresis: _____ Encopresis: _____

Alteraciones del sueño: _____

Alteraciones de la alimentación: _____

Tics: _____

Tartamudeo: _____

Obsesiones: _____

Miedos: _____

Otros: _____

Descripción del niño por parte de la madre:

Descripción del niño por parte del padre:

Impresión clínica o hipótesis diagnóstica:

Actividades a realizar:

PREGUNTAS SUGERIDAS PARA UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Colegio:

- En qué curso estás
- Cuál es tu mejor ramo. El peor ramo
- Eres mejor en ramos en que hay que imaginar y pensar o en aquellos en que hay que memorizar
- Haz repetido curso alguna vez
- Observaciones:

Relaciones interpersonales (familia)

- Quién vive contigo en casa
- Cómo te llevas con tus hermanos
- Cuando tienes un problema a quién se lo cuentas
- Esta persona te ayuda con tu problema
- Quién es la persona con la que más te avienes en tu familia
- Quién es la que te da más problemas. Cuéntame un poco
- Cómo te llevas con tu mamá/papá

Dependencia/independencia con miembros de la familia

- Te dicen tus padres lo que debes hacer o puedes tomar tus propias decisiones
- Cuáles son las reglas de la casa respecto de traer amigos, salir, etc.
- Has estado alguna vez fuera de la casa (campamentos, casa de amigos)
- Cómo te has sentido estando lejos
- Qué pasa en la casa cuando haces algo mal o quiebras las reglas

Relaciones interpersonales: otros adultos:

- Qué tipo de relaciones tienes con otros adultos fuera de la familia (profesor, entrenador, consejero) y dentro de la familia (abuelos, tíos)

- Hay alguno que tu admires especialmente

Relaciones interpersonales: pares:

- Tienes amigos
- La mayoría de tus amigos son de tu edad
- Tienes mejor amigo (a)
- Qué tipo de cosas hacen juntos
- Hace cuánto tiempo que son amigos
- Por qué escogiste a él (ella) como mejor amigo (a)
- Tú haces lo que la mayoría de los niños quiere hacer, o te gusta hacer lo que tu quieres
- Qué pasa cuando no puedes hacer las cosas a tu manera
- Cómo te sientes cuando algo bueno (malo) le sucede a algún amigo

Planes futuros

- Qué te gustaría hacer cuando crecieras
- Por qué piensas que eso te va a gustar
- Conoces algunas profesiones (nombre)
- Cuán buenas son tus habilidades de llegar a ser (lo que nombró)
- Has tenido alguna vez un trabajo de verano o similar
- Qué hiciste con la plata que ganaste

Concepto de identidad sexual y conducta

- Cuáles son las ventajas de ser hombre (mujer), cuáles son las desventajas
- Te gusta ser hombre (mujer)
- Supón que podrías empezar todo de nuevo, te gustaría volver a ser hombre (mujer)

Autoconcepto

- Si yo le preguntara a tus padres qué piensan de ti qué crees que dirían (a profesores)
- Supón que le preguntara a tus amigos
- Si tu pudieras cambiar cualquier cosa tuya, qué cambiarías
- Cómo te comparas a ti mismo con tus amigos (deportes, físico, inteligencia, personalidad)
- Te gusta la manera cómo eres

Conciencia

- Cuál ha sido tu mejor acción
- Cuál es la peor cosa que alguna vez has hecho

- Alguna vez te metiste en problemas, cómo te sentiste
- Alguna vez has tomado algo que no te pertenece. ¿por qué, qué pasó, cómo te sentiste?
- Cómo te sientes cuando haces algo que tú sabes que está mal. Lo vuelves a hacer

Estados afectivos: general

- Cómo te sientes las mayor parte del tiempo (feliz- triste)
- Cómo te sientes ahora comparado con cómo te sientes generalmente
- Qué tipo de cosas te ponen feliz- triste
- Qué cosas son las que más te entretienen hacer
- Cuál ha sido la época más feliz de tu vida.

Estados afectivos: ansiedad

- Qué cosas te ponen nervioso
- Cuál es la cosa que más te ha asustado. Qué pasa cuando te asustas de esa manera.
- Cuando estás asustado te pasa que no puedes dormir o tienes dolor de cabeza
- Te sientes a veces asustado sin tener razón alguna. Cómo se siente eso

Estados afectivos: depresión

- Cuál es la cosa más triste que te ha pasado
- Normalmente te sientes triste aunque no haya razón. Cuéntame un poco de eso
- Piensas normalmente en la muerte. Has pensado alguna vez en matarte
- Has tratado de hacerlo alguna vez
- Cuando te sientes triste, dura muchos días seguidos. Cuántos días
- Cuando te sientes triste te ocurre que no puedes dormir, no puedes comer. Dura esto muchos días seguidos. Cuántos días
- Alguna vez sientes lo opuesto, así como que estás en la cima del mundo sin razón alguna. Cuéntame de eso (duración, severidad, otros síntomas descriptivos)

Estados afectivos: rabia

- Qué haces cuando realmente quieres algo y no te resulta a tu manera
- Normalmente “explotas” (perder la paciencia fácilmente)
- Qué tipo de cosas te ponen nervioso
- Normalmente te metes en peleas. Con quién. Peleas solo o en grupo.

Juicio de realidad:

- Piensas que hay gente que puede predecir el futuro
- Crees en la percepción extrasensorial (ESP) Has experimentado algo parecido. Alguna gente cuando está nerviosa tiene experiencias divertidas. Te ha pasado alguna vez oír voces dentro/fuera de ti. Estabas completamente despierto. Qué decían (frecuencia, severidad). Qué piensas que fue.
- Algunos niños me han contado que piensan que sus mentes están controladas por alguien o algo. Otros creen que alguien los mira o les habla sin que en realidad sea cierto. Te ha pasado algo de esto a ti.

Fantasía:

- Tienes mucha imaginación (una imaginación activa)
- Cuando estás aburrido en el colegio y mirando por la ventana para afuera en qué estás pensando
- Sueñas mucho. Cuán seguido sueñas tú
- La mayoría de los sueños son buenos o malos sueños
- Cuéntame un sueño que recuerdes
- Has tenido o tienes un amigo imaginario. Cuéntame de él (o ella)
- Tienes un diario de vida o un diario donde escribes tus pensamientos secretos
- Cómo piensas que será el futuro
- Qué piensas que le pasa a la gente después de que muere

Pasatiempo/Talentos

- Practicas algún deporte. Cómo eres para los deportes
- Tienes hobbies. Cuáles
- Tienes algún talento especial (dibujar, música, etc.)
-

La información obtenida en esta entrevista se puede resumir en los siguientes apartados que finalmente constituyen el examen mental:

ENTREVISTA CLÍNICA

I) Apariencia física:

- a) Atractivo general
- b) Características físicas
- c) Madurez física

- d) Desviaciones observables de su desarrollo físico
- e) Diferenciación sexual
- f) Peinado y vestido

II) Conducta motora y discurso:

- a) Actividad motora
- b) Coordinación motora
- c) Presencia de patrones motores, hábitos y maneras inusuales
- d) Discurso

III) Relación durante la entrevista:

- a) Calidad de la relación juzgada a partir de la conducta no verbal
- b) Calidad de la relación juzgada a partir de la conducta verbal
- c) Interacción social

IV) Afecto:

- a) Afecto inapropiado
- b) Constricción del afecto
- c) Exaltación del afecto
- d) Afecto depresivo
- e) Afecto lábil
- f) Afecto sobre-ansioso
- g) Afecto rabioso
- h) Afecto histriónico

V) Lenguaje y pensamiento:

- a) Inteligencia general
- b) Funciones cognitivas
- c) Test de realidad externa
- d) Uso de lenguaje
- e) Procesos de pensamiento
- f) Lapso de atención

VI) Estados sentimentales:

- a) Depresión
- b) Elación
- c) Disturbio del ánimo

- d) Miedo
- e) Ansiedad
- f) Irritabilidad
- g) Impulsividad

VII) Relaciones interpersonales:

- a) Relaciones interpersonales del niño con su familia
- b) Relaciones del niño con otras figuras de autoridad adultas
- c) Relaciones con pares
- d) Relaciones con mascotas
- e) Modos de interacción con otros
- f) Conducta agresiva
- g) Conducta sexual

VIII) Representación simbólica:

- a) Fantasía
- b) Sueños

IX) Autoconcepto:

- a) Falta de satisfacción con el self
- b) Comparación del self con pares
- c) Comparación del self y self ideal

X) Conciencia moral y juicio:

- a) Déficit en el desarrollo de la conciencia moral
- b) Conducta antisocial

XI) Nivel general de adaptación:

- a) Características de personalidad
- b) Mecanismos de defensa
- c) Soluciones maladaptativas para manejar la ansiedad

A continuación se presenta otro modelo de entrevista infantil menos estructurada:

FICHA DE ENTREVISTA INFANTIL

1) ¿Qué te gusta del colegio?

2) ¿Qué no te gusta del colegio?

3) ¿Qué te gustaría cambiar del colegio?

4) ¿Qué otras actividades te gusta hacer?

5) ¿Tienes algún talento especial?

6) ¿Qué te gusta de tu familia?

7) ¿Qué no te gusta de tu familia?

8) ¿Qué te gustaría cambiar de tu familia?

9) ¿Cuándo tienes un problema a quién se lo cuentas, te ayuda con el problema (de quién eres más regalón)?

10) ¿Cómo te sientes cuando estás lejos de tu casa (familia)

11) ¿Quién tiene más paciencia en la casa?

12) ¿Qué pasa en la casa cuando haces algo mal o quiebras las reglas?

13) ¿A qué te gusta jugar cuando con tus amigos?

14) ¿Por qué escogiste a esas personas como amigos?

15) ¿Qué te gustaría hacer cuando crecieras?

16) ¿Si ganaras mucha plata, qué te gustaría hacer con ella?

17) ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de ser hombre/mujer?

18) Si yo le preguntara a tus padres ¿cómo eres tú?, ¿Qué crees que dirían? (amigos, profesores)

19) Nadie es perfecto, todos tenemos cosas que nos gustan de nosotros mismos y cosas que no nos gustan. Si pudieras cambiar cualquier cosa tuya, ¿qué cambiarías, qué no cambiarías?

20) ¿alguna vez te arrepentiste mucho de algo que hiciste?

21) Todo el mundo a veces está contento, a veces triste, a veces rabioso...¿qué te hace feliz (te pone contento), triste (da pena), enoja (da rabia), asusta (da miedo)?

22) ¿cómo te sientes la mayoría del tiempo?

23) Normalmente ¿te sientes triste, aunque no haya razón? Cuéntame un poco de eso

24) ¿Piensas mucho en la muerte?

25) ¿Qué haces cuando algo no resulta como querías? ¿Explotas con facilidad?

26) ¿Te metes en peleas?

27) Cuando estás aburrido o sin nada que hacer ¿En qué te pones a pensar?

28) ¿Sueñas despierto?

29) ¿Sueñas en la noche?

30) ¿Tus sueños son buenos o malos?

31) Supongamos que te encuentras con un genio y le tuvieras que pedir tres deseos
¿Cuáles serían?

32) Supongamos que puedes hacer un viaje y te puedes llevar a solo una persona ¿A
quién llevarías?

33) Si pudieras elegir una edad, ¿Qué edad te gustaría tener, te gustaría ser menor o
mayor?, ¿por qué?

34) Supongamos que todos nos hemos transformado en animales, ¿Qué animal te
gustaría ser?

Primera Entrevista con Niños:

Desde el abordaje de la clínica infanto juvenil, el encuadre de la terapia en general, y de la primera entrevista en específico, es flexible y se define de acuerdo a las particularidades de cada caso. En la primera entrevista telefónica, se reciben algunos datos generales que sirven de información para determinar el encuadre de la primera sesión. Por lo general, en el primer contacto recolectamos información acerca de:

1. Quién los envía: puede ser la institución escolar, decisión de la familia, o eventualmente el mismo niño o adolescente puede solicitarlo.
2. Quién realiza la solicitud: madre, padre o algún familiar.
3. Edad del niño.
4. Motivo de consulta.

Una vez que conocemos estos cuatro elementos tenemos los criterios para valorar la oportunidad y el formato de la primera entrevista. En este primero momento se toman decisiones acerca de a quién ver primero y dentro de qué encuadre, lo que genera una forma específica de aproximación al caso, influyendo desde ya en el tratamiento. Las posibilidades abarcan desde el formato clásico de entrevistar a los padres primero, pasando por diferentes opciones: el niño primero, el niño junto con los padres, vinculares padre/hijo/a o madre/hijo/a y hasta la familia completa en la primera entrevista.

En la primera infancia y hasta la edad escolar el formato clásico es lo usual; luego, en algunos casos –trastornos de conducta de mediana gravedad con fracaso escolar o problemas de disciplina, adolescentes o niños negativistas, sospecha de abuso sexual-, conviene hacer lo contrario y entrevistar primero al niño. Así, a través del procedimiento mismo se metacomunica que el niño tiene un lugar donde se reconocen sus preocupaciones; muchas veces, los niños y/o adolescentes suponen –con razón- que los adultos establecemos alianzas entre nosotros, de modo que poniéndolos en un primer lugar se trabaja en contra de estos supuestos y se favorece que el niño quiera participar en la terapia y pueda asumir sus dificultades.

Las consultas con niños pequeños en general se abordan con la secuencia más clásica; en la primera entrevista asisten los padres solos y después se inicia el diagnóstico con el niño. Sin embargo, cuando la consulta la realiza uno de los padres -y los padres están separados- es importante indagar el grado de conocimiento y acuerdo del otro padre acerca del inicio de un tratamiento para su hijo, así como la relación de parentalidad que existe entre ellos. Si la relación es buena y ambos están de acuerdo con la consulta, se puede citar a la primera entrevista a los dos padres. Pero, si la relación de parentalidad es conflictiva, puede ocurrir que los padres no tengan la disponibilidad de asistir a una sesión conjunta, por lo que se hacen dos primeras entrevistas separadas. También puede ocurrir que el padre/madre que no solicita la consulta no esté enterado de la misma, pero si es un padre/madre presente en la vida del niño, es importante abordar con el consultante la necesidad de contactarse con él e incorporarlo al trabajo. En estos casos el padre/ madre que no está solicitando la atención, puede sentirse arrastrado a un procedimiento que no decidió, de manera que por el sólo hecho de no ser tenido en cuenta desde el comienzo puede no prestarse a colaborar ni participar. Es por esto que, en los casos de comenzar un

tratamiento con un niño con padres separados, resulta prioritario conocer la visión y disponibilidad de ambos padres respecto a la terapia, y desde la primera entrevista ser ecuanímenes en los espacios que se les ofrece a cada uno. En ocasiones, cuando la separación es muy conflictiva, el padre/madre que solicita la consulta pretende que el niño/niña no tenga nada que ver con el otro progenitor, y al comentar la necesidad de contar con ambos padres desiste de la consulta. Es por esto que es tan importante valorar la singularidad de cada caso: no hay reglas claras. Se pueden plantear modalidades preferenciales para proceder, pero no hay una regla única para conducir el contacto inicial de modo de favorecer, sin dudas, la consulta.

Diferentes autores, desde el enfoque sistémico, han abordado la definición del encuadre de la primera entrevista de distintas maneras:

- ⇒ Los terapeutas que prefieren realizar la primera entrevista sólo con los padres, plantean que esto permite que los padres se expresen libremente, planteen temores, dificultades y expectativas. Además, les permite trabajar juntos el modo de incluir a los niños en el resto de la terapia, ya que muchas veces los padres no saben cómo abordar con sus hijos la necesidad de iniciar un proceso de psicoterapia.
- ⇒ Los que prefieren hacerla en conjunto, plantean que esto permite que el terapeuta conozca directamente al niño y no la visión de los padres de él. Luego, el terapeuta puede diseñar y acordar el encuadre más adecuado, considerando al niño como uno de los elementos más importantes.
- ⇒ Cuando se prefiere hacer la primera entrevista con toda la familia, se busca conocer las interacciones y las personas más relevantes que se encuentran involucradas en el problema. Es un momento muy importante, ya que en ella se comienzan a establecer los lazos de la relación de ayuda entre el terapeuta y la familia, y es paradigmático para la comprensión de un enfoque relacional. De este modo el terapeuta consigue información que le permitirá la definición del encuadre más adecuado para trabajar.

Respecto a la pregunta, de quién define cuál será el encuadre para la primera entrevista, los terapeutas plantean diversas visiones, siendo común que declaren dejar esa decisión en los propios padres o la familia. Crean que si los padres solicitan una primera entrevista solos, es porque deben tener buenas razones para querer que así sea o para desear que el niño no esté presente. Otros consideran, que es el niño y sus características conocidas en el primer contacto telefónico, lo que hace tomar una decisión u otra.

El objetivo central de esta primera entrevista es establecer un contexto de entera confianza y de colaboración recíproca desde el inicio de la relación. Este contexto será el sustrato sobre el que se construya un proceso de ayuda válido. Una vez creado el contexto,

la información que en él se recoja no sólo servirá para la realización de un diagnóstico profesional, sino que dicha información permitirá a la familia conocerse a sí misma, contemplando formas alternativas de relacionarse, siendo ésta la guía del cambio de la estructura familiar.

Cuando la entrevista se hace con la familia o con los padres y el niño, es necesario atender a los aspectos relacionales que ahí se ponen en juego y que nos entregan información acerca del modo de funcionar de la familia: los roles, las alianzas, las visiones de cada uno, entre otras. Atender a las **pautas de relación** que se pueden observar en la sesión; esto además de entregar información útil al momento de conceptualizar el diagnóstico, permite distinguir los modos relacionales de la familia y no replicarlos en la relación terapéutica, convirtiéndose el terapeuta en un adulto más que hace lo mismo que sus padres o familiares. Por ejemplo, si un niño no quiere hablar acerca de sí mismo, no caer en intentar “hacerlo hablar”, sino más bien preguntarse qué razones tiene el niño para estar en esa postura y qué necesidades tienen los padres de que él hable.

Se propone el planteamiento de preguntas abiertas, que permitan la observación de los aspectos relacionales; el terapeuta puede decir ¿qué les ocurre para estar aquí? Y en la respuesta debe observar:

- Quién responde primero.
- Si sólo habla esa persona.
- Si hay alguien más que opina.
- Quién permanece siempre callado.
- Si las versiones que se dan coinciden.
- Si hay enfrentamientos entre los miembros de la familia y qué motivos los provocan.

Seguramente, el niño que sufre el problema no participará en el relato. Es entonces cuando el terapeuta genera un espacio para él, ya que seguramente no dispone de forma natural de ese espacio en la familia o en la relación paterno/materno – filial, o no sabe utilizarlo.

Cuando la entrevista es con adultos y niños en el mismo espacio, aumenta la complejidad en términos de lograr la real participación de todos los presentes en la sesión. Los adultos y los niños tienen formas diferentes de comportarse y comunicarse, siendo el modo de comunicarse de los niños más concreto mientras más pequeños son. Los modos de comunicación más infantiles son principalmente no verbales, predominando la acción,

la emoción, el presente, lo lúdico, la fantasía y lo espontáneo, por lo que para lograr la real participación de los niños es importante ofrecer un espacio lúdico y motivante, donde el niño pueda moverse y jugar para expresarse. Los adultos, en cambio, se comunican principalmente de forma verbal, y están interesados en entregar la mayor cantidad de información que permita al terapeuta conocer su visión del problema que los trae a consultar.

El desafío del terapeuta es lograr que las diferentes generaciones se sientan cómodos en la sesión, desde los estilos relacionales y comunicacionales de cada uno. Para esto, el terapeuta debería estar atento a algunos mínimos necesarios:

- ⇒ Generar una conexión activa entre los niños y los adultos, para lo que el terapeuta necesita lograr un diálogo intergeneracional, esto es, instalarse en los modos de comunicación correspondientes a la edad del niño a la vez que relacionarse con los adultos presentes (Carrasco, E. 2002).
- ⇒ En una entrevista con niños, los contenidos deben estar definidos de acuerdo a la edad mínima de quienes están presentes en la sesión, considerando que todos deben estar en condiciones de entender la totalidad de lo que ocurre en ese espacio, y que los niños registran el clima emocional que se comparte en la entrevista.
- ⇒ Visibilizar las necesidades y sentimientos del niño.
- ⇒ Ser empático y validar al niño.
- ⇒ Proteger al niño de situaciones conflictivas.
- ⇒ Tomar en cuenta la forma de hablar del niño.
- ⇒ Dominar técnicas lúdicas que faciliten la participación del niño.
- ⇒ Pedir a los niños descripciones, pero no juicios que puedan perjudicar su relación con los padres.
- ⇒ Estar en sintonía con las emociones del niño.

La tarea principal de esta forma de entrevista es la activación de mecanismos comunicativos directos entre los miembros de la familia; con esto la familia ocupará el lugar central del diálogo. El profesional pide opinión a las personas; pero el foco de atención ha pasado de la definición del problema a las relaciones interfamiliares por un lado, y a la familia como sistema y su situación problema, por otro. El objetivo es la exploración de la estructura interna de la familia. Esto permite sacar a la luz las reglas que la mantienen, los canales de comunicación, la flexibilidad o no del sistema familiar, las funciones de cada uno con respecto al sistema total, etc. Variables todas ellas que conjuntamente conforman la estructura, estructura que probablemente ayuda en la mantención de una conducta perturbada.

Otro aspecto importante que es necesario tener presente al entrevistar a la familia o al niño con sus padres, tiene que ver con el establecimiento de alianzas; es muy fácil verse involucrado en la propia dinámica familiar y en su fuerte estructura. Puede ser que algún miembro intente establecer alianza con nosotros, sin ser consciente de ello por nuestra parte. J. Bermang al respecto afirma: «debemos estar muy atentos a las manipulaciones y alianzas que quiera establecer con nosotros algún miembro de la familia, ya que, significativamente, atenta en contra de otra persona de la familia. Podemos, por tanto, ser manipulados, con la misma fuerza que mantiene la rigidez del sistema». En el trabajo con niños esto es importante durante todo el proceso, pero tiene su inicio en el momento de conocer a los consultantes y definir un modo de comprender el problema. Si el terapeuta establece alianza con los padres, es difícil que el niño sienta que puede encontrar en la terapia un espacio de ayuda y acogida, por el contrario, puede sentir que el terapeuta es un adulto más que le va a indicar el modo en el que debe actuar. Por otro lado, si el terapeuta se alía con el niño, los padres pueden sentirse atacados o descalificados en su rol de padres y desertar de la intervención al corto plazo. Es por esto que resulta muy importante que el terapeuta pueda estar consciente de sus emociones respecto al problema y de sus identificaciones con unos u otros miembros del sistema, para poder regularlo en el marco de la ayuda terapéutica. Se ha observado que el terapeuta tiende a identificarse con los miembros de la familia que se acercan más a su grupo etareo o a su situación familiar; es decir, los terapeutas que son padres tienden a aliarse con los padres y los que aún están viviendo su rol de hijos (por ejemplo terapeutas jóvenes, recién egresados) se identifican más con los niños y critican a los padres.

En un comienzo se hablaba de la necesidad que el terapeuta asumiera una posición neutra; sin embargo, entendiendo que el terapeuta es una persona con su propia historia, creencias, cultura, etc. Hoy se habla más bien de la necesidad de conseguir multiparcialidades, es decir, de establecer alianza en diferentes momentos con los diferentes miembros de la familia, cuidando de no aferrarse exclusivamente a los planteamientos de unos en contra de los otros.

A modo de resumen, podemos plantear los logros que debieran conseguirse en esta primera entrevista, entendida como el punto de arranque de un proceso, no como un hecho puntual aislado:

- Que la familia se sienta cómoda.
- Conseguir empatizar con todos.
- Disminuir los temores y las ansiedades.
- Conocerse todos.

- Averiguar la visión que tiene la familia del problema.
- Posición de la familia ante el problema.
- Conocer la estructura familiar como Alianzas, comunicación, función de síntoma, reglas familiares.
- Conocer las esperanzas que tiene la familia.
- Establecer un contrato terapéutico.

Sugerencias para esta primera entrevista:

- ⇒ Comunicar nuestro nombre y aprender el de cada uno de ellos, estableciendo de antemano contacto con cada persona en igualdad de condiciones.
- ⇒ No hacer ninguna interpretación por nuestra parte del problema; aceptar lo que la familia dice. Sólo se podrá pedir aclaraciones de algo no entendido, pidiendo que lo repitan.
- ⇒ No se debe brindar consejo a nadie aunque lo pida. Con esto evitaremos las alianzas con algún miembro según la percepción de los demás.
- ⇒ No se deben pedir sentimientos explícitos de alguien con relación a los demás.
- ⇒ Conviene adoptar una postura de comprensión y de interés total a lo que la familia expone. No dejando que nada ni nadie distraiga nuestra atención cuando alguien habla.
- ⇒ Es preciso alentar a las personas calladas a que den su opinión, no dejar nunca que nadie hable por otra persona.
- ⇒ Si alguien interrumpe, veremos de lo que se trata, por si es de gran interés; pero pronto se le cortará, diciéndole que él tendrá tiempo de expresarse, que no es necesario interrumpir a los demás.
- ⇒ El diálogo espontáneo entre dos personas debe ser acallado, ya que nos puede desvirtuar nuestro propósito. El terapeuta ha de ser quien dirige la sesión, dejando claro cuál es su papel preciso en ella.

En relación al capítulo se otorgan las siguientes tareas:

TAREAS ALUMNO:

De acuerdo a su caso planifique:

- Qué tipo de entrevista realizaría y por qué (fundamente)

- Qué preguntas consideraría.

TAREA COORDINADOR:

- Llevar a cabo la entrevista en sesión con el paciente.

TAREA SUPERVISOR:

- Que el alumno presente su entrevista a realizar.
- Discutir con el alumno que preguntas le parece relevante hacer y profundizar en cada caso.

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No Copiar

d. EVALUACIÓN PSICODIAGNÓSTICA:

La evaluación psicológica involucra tres tareas:

1. Aplicar el o los test al paciente
2. Estudiar e interpretar los resultados
3. Escribir un informe

Depende de la prueba y del propósito de la evaluación el cómo son realizadas estas tareas (Choca, Denburg, 1996).

En relación al primer punto los test psicológicos se han vuelto la mayor fuente de información objetiva y sustancial sobre las habilidades personales y el rendimiento del sujeto. El proceso técnico de administrar un instrumento psicológico relevante requiere de un proceso complejo de integrar y entender los resultados de todos los componentes del test formal o instrumento de medición. Cuando este proceso se complementa con otros aspectos de la evaluación, tal como la realización de la anamnesis, entrevistas con el niño, padres y profesores y observación de la conducta del niño, tiende a ser más acertado, completando el proceso de evaluación.

Teniendo en cuenta los aspectos biológicos y sociales del desarrollo del niño, los cuales son elementos esenciales del proceso de evaluación, el psicólogo intenta delinear el patrón único del niño de fortalezas y debilidades en el desarrollo académico, de inteligencia y de personalidad. El identificar y entender estos patrones nos permite tener una respuesta clara de la pregunta de derivación y nos guía para desarrollar un tratamiento práctico o estrategias de intervención. Para poder alcanzar tales metas se han construido test estandarizados para medir una amplia variedad de características psicológicas.

El foco de la evaluación psicológica está en cumplir el objetivo de formar un diagnóstico claro y entendimiento de la conducta del niño, su desarrollo y habilidades y logros de aprendizaje en general. Se quiere lograr comprobar o rechazar las hipótesis iniciales que nos hacemos acerca el problema del niño por el cual viene a consultar (Gabel, Oster, Butnik, 1986)

Una vez que el test es administrado y puntuado, según las reglas del manual apropiado para cada test, puede ser interpretado. Estas interpretaciones pueden ser realizadas en los siguientes niveles:

1. Respuestas individuales: por ejemplo, el hecho de que el paciente no pueda decir cuáles son los presidentes de Chile significa que tiene problemas en la memoria.

2. Puntuación en los test o un grupo de respuestas individuales: por ejemplo, una puntuación baja obtenida en semejanzas del WISC-III puede ser interpretada como una inhabilidad para comprender similitudes y diferencias entre los objetos.
3. Fortalezas y debilidades (o áreas problemáticas): por ejemplo, se puede pensar que un paciente tiene problemas en el pensamiento abstracto porque tiene bajos puntajes en semejanzas, no comprende el significado de situaciones sociales particulares (bajo puntaje en comprensión, WISC-III) y le cuesta deducir un test de ensayo y error.
4. Perfil o formulación diagnóstica: representa un conjunto de áreas problemáticas, por ejemplo, se puede pensar que un paciente tiene esquizofrenia porque muestra pobre contacto con la realidad, posee ideas paranoides con sus compañeros de trabajo, demuestra una desorganización en el pensamiento y está preocupado por ideas religiosas.
5. Formulación etiológica u otras interpretaciones hechas a la base de supuestos relacionados a perfiles anteriores o un conjunto de áreas problemáticas: por ej. El paciente desarrolló un trastorno de personalidad evitativo como resultado de experimentar rechazo de parte del padre, junto con una madre inefectiva. Este desorden de personalidad ha preparado al paciente muy pobremente para las demandas de la vida adulta, por lo que utiliza defensas psicóticas cuando no se siente capaz de separarse de su familia en la adultez joven.

La confianza con la cual los psicólogos pueden hablar acerca de un dato generalmente es más alta al agrupar puntajes de test (ítems 3 y 4 de arriba). La interpretación de un solo ítem, por ejemplo, debe ser realizada con cautela, y debe ser interpretada típicamente solo en el contexto de otro dato que lo apoye. Esto es debido a que un solo ítem no es muy confiable (por ejemplo, pudo haber respondido erróneamente por distracción, o por algún factor exógeno, más que por falta de habilidades.) (Choca, Denburg, 1996)

A continuación, se revisarán las principales pruebas aplicadas en la evaluación infanto-juvenil:

I. Pruebas de evaluación cognitiva:

i. Test de inteligencia de Wechsler para niños:

La escala de inteligencia de niños de Wechsler ha ido evolucionando a lo largo de los años. Su primera versión fue denominada Wechsler-Bellevue.

Wechsler señala que la inteligencia es una entidad *global*, porque “caracteriza la conducta del individuo como un todo” (Wechsler 2010, pág. 2). Además refería que la

inteligencia es *específica* porque “se compone de elementos o habilidades que son diferentes unos de otros” (pág. 2). A partir de esta visión acerca de la inteligencia es que basó su test. Por medio de su experiencia clínica, él seleccionó y desarrolló subtests destinados a poner de relieve los aspectos cognitivos de la inteligencia que consideró más importante medir: comprensión verbal, razonamiento abstracto, organización perceptual, razonamiento cuantitativo, memoria y velocidad de procesamiento. Las teorías y medidas de inteligencia más modernas han confirmado que estos aspectos reflejan áreas importantes de la habilidad cognitiva.

Según las investigaciones (Carroll, 1993,1997; Horn, 1991) la inteligencia se compone de habilidades específicas que se agruparían en dominios de habilidad cognitiva de nivel superior. Las funciones cognitivas están interrelacionadas, tanto funcional como neurológicamente, lo cual hace difícil medir un dominio puro de funcionamiento cognitivo. En relación al orden y agrupamiento de los diversos sub-tests y escalas Wechsler señaló (1958): “los subtests son diferentes medidas de inteligencia, no medidas de diferentes tipos de inteligencia”. Por esto él señalaba que su forma de agrupar el test podría ser modificado.

Durante los últimos 60 años, las escalas de inteligencia de Wechsler han sido actualizadas de manera frecuente para incorporar los avances en la evaluación intelectual y para reflejar las necesidades de la sociedad que va en constante cambio.

En la escala de inteligencia de niños de Wechsler (WISC, 1939) se adaptaron los siguientes subtests de la escala de inteligencia Wechsler- Bellevue para poder ser aplicables a los niños: Información, aritmética, semejanzas, vocabulario, retención de dígitos, comprensión, completamiento de figuras, ordenamiento de historias, construcción con cubos, composición de objetos y claves. Se incorporó el test Laberintos, que fue creado especialmente para el WISC, quedando en total 12 subtests. Estos tests fueron organizados en dos escalas: verbal y de ejecución, que arrojaban puntuaciones de CI verbal (CIV) y CI de ejecución (CIE) y CI de la escala completa (CIEC).

A continuación, en la escala para niños- Revisada (WISC-R, 1974) los 12 subtests de la primera edición se mantuvieron, al igual que los CI anteriores, sin embargo se modificó el rango de edad de 5-15 años a 6-16 años.

La escala de inteligencia para niños- Tercera Edición (WISC-III, 1991) continuaron con los subtests anteriores y se introdujo uno nuevo: Búsqueda de Símbolos, para medir la velocidad de procesamiento. Además de las puntuaciones tradicionales (CIV, CIM, CIEC) se incorporaron cuatro puntuaciones índices nuevas para evaluar dominios más concretos de funciones cognitivas: Índice de comprensión verbal (ICV), índice de Organización Perceptiva (IOP), Índice de Ausencia de Distractibilidad (IAD), Índice de Velocidad de Procesamiento

(IVP). El índice de comprensión verbal mide conceptualización, conocimiento y expresión verbal. El factor ausencia de distractibilidad mide capacidad numérica y procesamiento secuencial. El factor de organización perceptual mide pensamiento no verbal y coordinación visomotora y el factor velocidad de procesamiento mide la velocidad de la respuesta.

El WISC-IV (2010) posee una medición del funcionamiento intelectual general (CIT). Posee cuatro puntuaciones índices, denominadas compuestas. No utiliza la puntuación de CI verbal ni de ejecución, realizando una nueva estructura basada en los avances teóricos más actuales y fundamentándose en la investigación clínica y en los resultados de análisis factoriales. Las cuatro puntuaciones índices del WISC-IV son similares a los del WISC-III y WAIS-III. Estas son: Índice de Comprensión Verbal (ICV), Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP), Índice de Memoria Operativa (IMO) e Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP). Posee pruebas nuevas las cuales son: adivinanzas, letras y números, conceptos, matrices y animales. En relación a la versión anterior, el WISC-IV no utiliza las pruebas de ordenamiento de historias, ni ensamblaje, ni laberintos.

Los subtest principales que utiliza son construcción con cubos, semejanzas, retención de dígitos, conceptos, claves, vocabulario, letras y números, matrices, comprensión y búsqueda de símbolos. Los subtests optativos, son completamiento de figuras, animales, información, aritmética y adivinanzas.

Comparaciones entre la escala verbal y de ejecución WISC-III

La escala verbal recurre a la experiencia acumulada del niño, es un índice de capacidad y comprensión verbales y un reflejo de la inteligencia cristalizada que se entiende como la inteligencia que se va consolidando a lo largo del tiempo, por medio de la experiencia. Se ha definido como la capacidad para recordar y emplear la información aprendida por lo que depende de la educación.

La escala de ejecución depende de la capacidad del niño para resolver problemas inmediatos. Los reactivos de la escala requieren que el niño aplique habilidades previamente aprendidas a una serie de exigencias novedosas. Es un índice de capacidad no verbal y organización perceptual y un reflejo de la inteligencia fluida, que se entiende como la flexibilidad del pensamiento, la cual va disminuyendo con el tiempo, ésta se refiere a la capacidad de aplicar las habilidades intelectuales a nuevas situaciones: comprende el proceso de percepción de relaciones, la formación de conceptos, el razonamiento y la abstracción. Ésta depende del desarrollo neurológico y por ende, se ve afectada por procesos de deterioro y enfermedades.

En general, tal vez no existen pruebas puras de la capacidad no verbal, ya que las pruebas de ejecución requieren codificarse o comunicarse por medios verbales.

Formulación de hipótesis acerca de las discrepancias entre la escala verbal y de ejecución

Una diferencia significativa puede indicar:

- Pautas de interés
- Estilo cognitivo
- Deficiencias o fortalezas en el procesamiento de información
- Deficiencias y fortalezas en las formas de expresión
- Deficiencias o fortalezas en la capacidad para trabajar bajo presión de tiempo
- Deficiencias temporales
- Lesión cerebral
- Psicopatología
- Problemas conductuales, como motivación limitada o rebeldía
- Un ambiente en el hogar o la escuela en el cual el idioma o los materiales difieren de los que se emplean por lo común en esa cultura.

Se requiere evaluar el desempeño completo, la historia clínica, y la información sobre los antecedentes del niño para llegar a una hipótesis más razonable que explique una diferencia significativa entre las puntuaciones en la escala verbal y de ejecución.

E.	Mide	Da información sobre	Influye
Total	Es la mejor medida de la capacidad cognitiva	La inteligencia en general, la aptitud académica y el grado de preparación para dominar un programa de estudios escolar.	La motivación, interés, oportunidades culturales, dotación natural, integridad neurológica, lapso de atención, capacidad para procesar la información verbal, capacidad para procesar la información visual y capacidad psicomotora.
Verbal	Medida de la comprensión verbal.	Habilidades verbales e información para la solución de nuevos problemas, la capacidad para procesar la información verbal y de pensar con palabras. Informa sobre procesamiento lingüístico, razonamiento, atención, aprendizaje verbal y memoria.	Motivación, interés, oportunidades culturales, dotación natural, lapso de atención y capacidad para procesar información verbal.
Manual	Medida de la organización perceptual.	Comprende la capacidad para pensar en imágenes visuales y manipularlas con soltura y velocidad relativa, razonar sin el uso de palabras, e interpretar con rapidez el material visual. Informa sobre las capacidades de procesamiento visual, planeación y organización, atención, aprendizaje no verbal y memoria.	Motivación, intereses, oportunidades culturales, dotación natural, lapso de atención, capacidad para procesar información visual y capacidad psicomotora.

S.P

Mide

Influye

Información	La cantidad de conocimientos objetivos que ha adquirido el niño de su ambiente. Informa acerca de la variedad de conocimientos objetivos y la memoria a largo plazo.	Oportunidades culturales, intereses externos, riqueza del ambiente temprano, lectura y aprendizaje escolar.
Semejanzas	Capacidad del niño para elegir y expresar verbalmente las relaciones adecuadas entre dos objetos o conceptos. Informa acerca de la formación de conceptos verbales y la memoria a largo plazo del niño.	Oportunidades culturales, intereses, hábitos de lectura y aprendizaje escolar.
Aritmética	Capacidad del niño para la aritmética mental. Informa acerca de la capacidad de razonamiento numérico, concentración, atención y memoria a corto y a largo plazo.	Actitud del niño hacia la escuela y su nivel de ansiedad.
Vocabulario	Conocimiento de palabras. Informa de las habilidades verbales, desarrollo del lenguaje y memoria a largo plazo.	Oportunidades culturales, educación, hábitos de lectura y la familiaridad con el idioma español.
Comprensión	Opiniones sociales y el sentido común. Informa acerca de los conocimientos sobre normas de comportamiento convencional.	Oportunidades culturales, capacidad para evaluar y aprovechar las experiencias y sentido común.
Dígitos	Memoria a corto plazo. Informa de la capacidad de memorización, atención y concentración.	Ansiedad en el desempeño.
Complección	Capacidad para diferenciar los detalles esenciales de los superfluos. Informa acerca de la capacidad para concentrarse en el material percibido visualmente y para ver qué tan alerta está a los detalles.	Experiencias culturales y el estado de alerta a los aspectos visuales del ambiente.
Claves	Capacidad para aprender un código con rapidez. Informa acerca de la velocidad y precisión de la coordinación entre ojo y mano, la memoria visual a corto plazo, y atención.	Actividad motora y la motivación.
O. Historias	Capacidad de comprender y evaluar situaciones sociales. Informa sobre la capacidad para atender a los detalles, estado de alerta y la capacidad para planear y anticiparse a las consecuencias.	Oportunidades culturales.
Cubos	Capacidad de visualización espacial y razonamiento no verbal. Informa sobre la capacidad para analizar y sintetizar el material visoespacial y la coordinación visomotora.	Ritmo de la actividad motora.
Ensamblaje	Capacidad para sintetizar partes concretas en un todo significativo y la coordinación visomotora. Informa acerca de la capacidad de visualizar un todo a partir de sus partes, capacidad de organización, sentido de las relaciones espaciales y coordinación visomotora.	Ritmo de actividad motora, la persistencia y la experiencia con las relaciones entre las partes y el todo.

B. Símbolos	Capacidad de discriminación visual y de exploración visoperceptual en el niño. Informa acerca de la discriminación perceptual, velocidad y precisión, atención y concentración y memoria a corto plazo.	Ritmo de la actividad motora y la motivación. Tal vez también influye la flexibilidad cognitiva.
Laberintos	Capacidad de planeación y de la capacidad de organización perceptual. Informa sobre la capacidad de planeación, previsión, control visomotor, atención y concentración.	Capacidad de organización visomotora y no actuar de manera impulsiva.

Capacidades o factores sugeridos que se asocian en la subpruebas WISC-III y WAIS

- Información (I)
- Semejanzas (S)
- Aritmética (A)
- Vocabulario (V)
- Comprensión (C)
- Retención de dígitos (RD)
- Sucesión de letras y n°(LN)
- Figuras incompletas (FI)
- Ordenamiento de dibujos (OD)
- Diseño con cubos (DC)
- Ensamblaje de objetos (EO)
- Claves (CL)
- Laberintos (LAB)
- Búsqueda de símbolos (BS)
- Matrices (M)

Capacidades													
Pensamiento abstracto		S		V									M
Atención			A			RD	LN				CL		BS
Memoria auditiva			A			RD	LN						
Pensamiento categórico		S											
Sentido común					C			OD					
Concentración			A			RD	LN	FI				LAB	BS
Capacidad cristalizada	I	S		V	C								
Oportunidades culturales	I			V	C			OD					
Grado de lectura ext. ¹	I	S		V									
Facilidad con números			A			RD					CL		
Coordinación motora fina									DC	EO		LAB	BS
Capacidad fluida			A			RD		FI	OD	DC	EO	CL	BS
Ausencia distractibilidad			A			RD	LN					CL	BS
Fondo de información	I			V									
Memoria a largo plazo	I	S	A	V	C			FI					
Conocimiento matemático			A										
Razonamiento no verbal								FI	OD	DC	EO		LAB
Capacidad numérica			A			RD	LN					CL	

¹ Ext: externo

Percepción estímulos abs. ²									DC		CL	LAB	BS	M
Percepción estímulos sig. ³							FI	OD		EO				
Organización perceptual							FI	OD	DC	EO		LAB	BS	M
Capacidad planeación p. ⁴								OD				LAB		
Reproducción perceptual									DC		CL			
Síntesis perceptual								OD	DC	EO				
Capacidad de planeación								OD				LAB		
Velocidad procesamiento											CL		BS	
Velocidad psicomotora									DC	EO	CL		BS	
Riqueza ambiente tem. ⁵	I			V										
Aprendizaje escolar	I		A	V										
Secuenciación					RD	LN		OD			CL			
Memoria a corto plazo			A		RD	LN					CL		BS	
Juicio social					C			OD						
Percepción espacial							FI		DC	EO		LAB		M
Energía y persistencia s. ⁶						LN			DC	EO	CL	LAB	BS	M
Comprensión verbal	I	S		V	C									
Formación conceptos v. ⁷		S		V										
Expresión verbal		S		V	C									
Razonamiento verbal		S	A		C									
Memoria visual							FI				CL		BS	
Coordinación visomotora									DC	EO	CL	LAB	BS	
Organización visual							FI	OD						
Procesamiento visual							FI	OD	DC	EO	CL	LAB	BS	M
Memoria de trabajo			A			RD					CL			

² Abs. abstracto

³ Sig: significativo

⁴ P: perceptual

⁵ Tem: temprano

⁶ S: sostenida

⁷ V: verbales

Comparaciones de las subpruebas de la escala verbal

1. Información (I) y comprensión (C): se relaciona la cantidad de información retenida (I) y la capacidad para utilizarla (C). Información requiere conocimientos objetivos y comprensión requiere esto último junto con juicios objetivos.
 - I mayor que C (con C baja) puede señalar un conocimiento general adecuado, pero dificultades para sintetizar y emplear la información para resolver problemas que se relacionan con el mundo social.
 - I menor que C (con I baja) indicaría un conocimiento objetivo limitado, pero una buena capacidad para utilizar estos conocimientos limitados para hacer juicios adecuados.
2. Información (I) y semejanzas (S): relaciona la cantidad de información retenida (I) con la capacidad para participar en el pensamiento conceptual (S).
 - I mayor que S (con S bajo) indicaría un conocimiento general adecuado, pero dificultad para utilizar conceptualmente el conocimiento objetivo.
 - I menor que S (con I bajo) puede señalar que el razonamiento conceptual está mejor desarrollado que la comprensión de los conocimientos generales o que la exposición a estos es deficiente.
3. Comprensión (C) y aritmética (A): requieren capacidad de razonamiento.
 - C mayor que A (con A bajo) puede señalar que la capacidad de razonamiento es adecuada en situaciones sociales, pero no en aquellas relacionadas con los números.
 - C menor que A (con C baja) puede señalar que la capacidad de razonamiento es mejor en tareas de matemáticas que en entornos sociales.
4. Retención de dígitos (RD) y aritmética (A): requieren facilidad con los números y capacidad para el recuerdo inmediato. Comparar ambas subpruebas puede proporcionar un índice del equilibrio relativo entre la atención a corto plazo (RD) y la concentración a largo plazo (A), o en la memoria a corto y largo plazo.
 - RD alta y A baja puede señalar que la atención está mejor desarrollada que la concentración o que la memoria a corto plazo está mejor desarrollada que la de largo plazo.
 - RD baja y A alta indicaría que la concentración está mejor desarrollada que la atención o que la memoria a largo plazo está mejor desarrollada que la de corto plazo.
5. Semejanzas (S) y comprensión (C): suponen habilidades de conceptualización. Semejanzas requiere una respuesta de una sola palabra y comprensión exige una respuesta elaborada que interrelaciona una serie de ideas (conocida como pensamiento proposicional).
 - S alta y C baja puede señalar un buen pensamiento abstracto, pero dificultad para aplicar la capacidad de conceptualización para resolver problemas en el mundo social. Puede señalar, además, una deficiencia verbal-expresiva que supone pensamiento proposicional.
 - S baja y C alta puede señalar una deficiencia en la formación de conceptos verbales en comparación con la capacidad para conceptualizar el mundo real.
6. Semejanzas (S) y aritmética (A): requieren pensamiento conceptual, S para manejar el material verbal, y A para los símbolos numéricos.

- S alto y A bajo indicarían que el pensamiento conceptual se desarrolla mejor con el material verbal que con los símbolos numéricos.
- S bajo y A alto puede señalar que el pensamiento conceptual se desarrolla mejor con los símbolos numéricos que con el material verbal.
- 7. Semejanzas (S) y vocabulario (V): miden el nivel de pensamiento abstracto y la capacidad para formar conceptos, pero S es mejor medida de estas capacidades.
 - S alto y V bajo puede señalar una buena capacidad para pensar de manera abstracta, pero una capacidad limitada para entender o expresar el significado de las palabras individuales.
 - S bajo y V alto indicaría una dificultad para formar conceptos abstractos, pero una buena capacidad para entender o expresar el significado de las palabras individuales.
- 8. Dígitos en orden directo (RD-D) y dígitos en orden inverso (RD-I): ambos comprenden memoria a corto plazo y atención. Sin embargo RD-I comprende procesos de atención más complejos y requiere memoria de trabajo.
 - RD-D alto y RD-I bajo (diferencia de 3 o más puntos de puntuación natural) puede indicar que el niño no hizo el esfuerzo extra necesario para dominar la tarea más difícil, que es recordar los dígitos en orden inverso. Otra posibilidad es que indique una buena memoria auditiva secuencial, pero una memoria de trabajo deficiente.
 - RD-D baja y RD-I alta puede indicar que el niño percibe esta última como un reto más que como una tarea que comprende la mera repetición de números. Otra posibilidad es que indique una mala memoria auditiva secuencial, pero una buena memoria de trabajo.
- 9. Semejanzas (S) y retención de dígitos (RD):
 - S alta y RD baja puede reflejar una buena capacidad para conceptuar, pero una capacidad deficiente de memorización auditiva de dígitos.
 - S baja y RD alta puede señalar una mala capacidad para conceptuar, pero una buena capacidad de memorización auditiva de dígitos.

Comparaciones de las subpruebas de la escala verbal y de ejecución

1. Semejanzas (S) y diseño con cubos (DC): reflejan la capacidad de razonamiento abstracto. Requieren la abstracción de relaciones entre los reactivos estímulo.
 - S alto y DC bajo puede señalar que la capacidad de razonamiento abstracto es mejor con los estímulos verbales que con los no verbales.
 - S bajo y DC alto indicaría que la capacidad de razonamiento abstracto es mejor con los estímulos no verbales que con los verbales.
2. Ordenamiento de dibujos (OD) y comprensión (C): contienen estímulos relacionados con la interacción social. Se compara el conocimiento de las convenciones sociales (C) con la capacidad para anticipar y planear en un contexto social (OD).
 - OD alta y C baja puede señalar una sensibilidad a los matices interpersonales, pero indiferencia ante las convenciones sociales. También puede reflejar juicios adecuados, pero un lenguaje expresivo deficiente. O bien, puede señalar una mejor capacidad para utilizar las claves visuales que las verbales en situaciones sociales.

- OD baja y C alta puede indicar que existe una comprensión en abstracto de las situaciones sociales, pero dificultades para decidir lo que significan tales situaciones o bien, que acciones emprender una vez que se está involucrado en las situaciones. También puede señalar una mejor capacidad para utilizar las claves verbales que las visuales en situaciones sociales.
- 3. Figuras incompletas (FI) y aritmética (A): implican concentración. En figuras incompletas la concentración está en forma exteriorizada (un estímulo visual), mientras que en aritmética está en forma interiorizada (rastro en la memoria).
 - FI alta y A baja puede señalar una atención adecuada de los detalles visuales, pero no a los estímulos auditivos.
 - FI baja y A alta puede señalar una concentración adecuada en los estímulos auditivos, pero falta de atención a los detalles visuales.

Comparaciones de las subpruebas de las escalas de ejecución

1. Figuras incompletas (FI) y ordenamiento de dibujos (OD): proporciona una estimación de la atención de los detalles (FI) en comparación con la organización de los mismos (OD). Ambos consisten en percibir los detalles, pero OD requiere también hacer un ordenamiento lógico, o establecer una secuencia.
 - FI alto y OD bajo puede señalar que la percepción de los detalles está mejor desarrollada para las tareas que no exigen establecer secuencias que para aquellas que requieren organización.
 - FI baja y OD alta puede señalar que la percepción de los detalles no está tan bien desarrollada para las tareas que no exigen establecer secuencias como para aquellas que requieren organización.
2. Figuras incompletas (FI) y diseño con cubos (DC): se relaciona la visopercepción (FI) con la coordinación visual, motora y espacial (DC).
 - FI alta y DC baja puede señalar una adecuada capacidad visoperceptual no espacial, pero una capacidad visoespacial inadecuada.
 - FI baja y DC alta puede señalar una inadecuada capacidad visoperceptual no espacial, pero una capacidad visoespacial adecuada.
3. Ensamblaje de objetos (EO) y ordenamiento de dibujos (OD): relaciona el razonamiento inductivo (EO) con el establecimiento de secuencias (OD). Ambas requieren sintetizar en un todo sin que haya un modelo, pero OD también supone establecimiento de secuencias.
 - EO alta y OD baja indicaría que las habilidades de razonamiento visual inductivo están mejor desarrolladas que aquellas para establecer secuencias visuales.
 - EO baja y OD alta señalaría que las habilidades de razonamiento visual inductivo no están tan bien desarrolladas como aquellas para establecer secuencias visuales.
4. Claves (CL) y búsqueda de símbolos (BS): son dos subpruebas con estímulos perceptuales abstractos que incluyen discriminación perceptual, velocidad y precisión y atención y concentración. Sin embargo, BS requiere mayor flexibilidad cognitiva y CL exige una mejor integración perceptual motriz. BS comprende: a) la exploración de un campo visual más pequeño; b) una duración más breve de la memoria de trabajo visual; c) un proceso de toma de decisión más sencillo; d) una

respuesta motora más simple; e) una menor recodificación verbal; y f) menos distracciones por completar de arriba hacia abajo.

- CL alta y BS baja señalaría un mejor desempeño en una tarea visomotora cuando los estímulos no requieren un cambio constante entre símbolos.
- CL baja y BS alta indicaría un mejor desempeño en una tarea visomotora que requiere un cambio constante entre símbolos que en una en la cual los símbolos están fijos. También podría señalar una deficiente integración perceptual motora cuando una tarea necesita algo más que dibujar una línea recta.

Comparación de tres subpruebas o más

1. Diseño con cubos (DC), ensamblaje de objetos (EO) y laberintos (LAB): requieren coordinación visomotora y planeación; comprenden una actividad motriz orientada a la organización perceptual. En DC el niño recurre a la organización visual en un proceso de análisis y síntesis. En EO se utiliza la organización visual para disponer las partes en un esquema significativo. Se puede formar un concepto mental del todo a partir de las partes, por no tener un diseño completo. En cambio en DC se le proporciona al niño un dibujo del diseño completo. En LAB se utiliza la organización visual para planear y prever.
 - DC alto y LAB bajo puede señalar que las habilidades de organización visual que comprenden análisis y síntesis están mejor desarrolladas que las que suponen planeación y previsión. También puede indicar un control visomotor deficiente, debido a que los cubos son más fáciles de manipular que un lápiz.
 - DC bajo y LAB alto puede señalar que las habilidades de organización visual de análisis y síntesis no están tan bien desarrolladas como las que suponen planeación.
 - EO alto y DC bajo puede señalar que las habilidades de razonamiento inductivo no verbal (trabajar de las partes hacia el todo) están mejor desarrolladas que aquellas de razonamiento deductivo no verbal (trabajar del todo hacia las partes). Quizás indique dificultades para interpretar las relaciones entre figura y fondo.
 - EO bajo y DC alto puede señalar que las habilidades de razonamiento inductivo no verbal no están tan bien desarrolladas como aquellas de razonamiento deductivo no verbal o que existe una deficiencia en la ideación necesaria para formarse una representación visual de los objetos.
2. Vocabulario (V), información (I) y comprensión (C): todas comprenden procesamiento, pero en contextos diferentes.
 - V, I altas, y C baja puede señalar una incapacidad para utilizar la capacidad verbal y los conocimientos generales en las situaciones de la vida y, por ende, tal vez indique un juicio deficiente.
 - V, I bajas y C alta puede señalar una formación de concepto limitada, excepto cuando la capacidad de conceptualización se aplica para resolver problemas en el mundo social.
 - V, C altas, e I baja quizás señale una buena formación de conceptos y capacidad para resolver problemas en el mundo social, pero conocimientos generales limitados.

- V, C bajas e I alta puede señalar que el almacenamiento de información general del niño no está respaldado por un vocabulario profundo o que tiene una incapacidad para resolver problemas en el mundo social.
- 3. Información (I), aritmética (A) y comprensión (C) en comparación con semejanza (S), vocabulario (V) y retención de dígitos (RD): se contrastan subpruebas que tienen preguntas verbales relativamente largas (I, A C) con aquellas con preguntas verbales cortas (S, V, RD).
 - I, A, C altas y S, V, RD bajas pueden sugerir que el niño tiene una mejor ejecución cuando los estímulos verbales son largos que cuando son cortos. El sujeto puede hacer un mayor esfuerzo en atender al material verbal que tiene una duración relativamente larga. Esto también puede reflejar la capacidad del niño para beneficiarse de las sugerencias contextuales contenidas en las preguntas largas.
 - I, A, C bajas y S, V, RD altas pueden sugerir que la persona presenta mejor ejecución con estímulos verbales cortos que cuando estos son largos. El niño puede hacer un mayor esfuerzo para atender al material verbal que tiene una duración relativamente corta. Éste patrón quizás también indique un déficit en la recepción auditiva, que se asocia con obtener significado del lenguaje hablado.
- 4. Semejanzas (S), vocabulario (V) y comprensión (C) en comparación con información (I), aritmética (A) y retención de dígitos (RD): se diferencian las subpruebas que requieren una buena cantidad de expresión verbal (S, V y C) de aquellas que necesitan de relativamente poca expresión verbal (I, A, y RD).
 - S, V, C altas e I, A, RD bajas sugieren que el niño tiene mejor desempeño cuando las tareas requieren una buena cantidad de expresión verbal que cuando se necesita una expresión verbal más o menos breve. Puede ser que el sujeto haga un esfuerzo adicional en situaciones que requieran expresión verbal, pero no en aquellas en las que participa la expresión verbal mínima.
 - S, V, C bajas y I, A, RD altas pueden sugerir que el niño presenta mejor ejecución cuando las tareas requieren expresión verbal relativamente breve que cuando necesitan de una buena cantidad de expresión verbal. Puede ser que la persona pueda hacer un mejor esfuerzo solo cuando las tareas requieran de esfuerzo verbal mínimo. Esto puede vincularse con problemas de comunicación o timidez asociados con hablar en oraciones de relativa extensión.
- 5. Figuras incompletas (FI), ordenamiento de dibujos (OD) y ensamblaje de objetos (EO) en comparación con diseño con cubos (DC), claves (C) y búsqueda de símbolos (BS): se diferencian subpruebas que contienen estímulos perceptuales relativamente significativos (FI, OD, EO) de aquellas que tienen estímulos perceptuales más o menos abstractos (DC, CL, BS).
 - FI, OD, EO altas y DC, CL y BS bajas puede sugerir que el niño tiene mejor ejecución cuando los estímulos visuales poseen significado que cuando son abstractos.
 - FI, OD, EO bajas y DC, CL y BS altos tal vez refleje que el sujeto presenta mejor ejecución cuando los estímulos visuales son abstractos que cuando son concretos.
- 6. Figuras incompletas (FI) y ordenamiento de dibujos (OD) en comparación con diseño con cubos (DC), ensamblaje de objetos (EO), claves (CL) y laberintos (LAB): implican organización perceptual (excepto CL, y BS) y velocidad. Se distinguen las pruebas

que detectan principalmente la organización perceptual (FI, OD) de aquellas que implican organización perceptual y coordinación visomotora (DC, EO, CL, LAB).

- FI, OD altas y DC, EO, CL y LAB bajas quizás sugieran que el niño tiene mejor ejecución cuando la tarea solo requiere organización perceptual que si participan organización perceptual y coordinación visomotora.
- FI, OD bajas y DC, EO, CL y LAB altas tal vez refleje que el sujeto presenta mejor ejecución cuando las tareas requieren tanto organización perceptual como coordinación visomotora, que si se necesita sólo organización perceptual.

ii. WPPSI

Desde los 4 a los 6 años es un periodo esencial para el desarrollo intelectual en el niño. En este periodo él está expuesto por primera vez a cierta educación formal y contacto social más extenso con niños de su misma edad.

El WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) se basa en que los niños entre 4-6 años no solo poseen las potencialidades precedentes de la inteligencia, sino que éstas pueden ser evaluadas de manera sistemática a través de una batería de tests. Este test continúa con la metodología y enfoque teórico del WISC (Wechsler Intelligent Scale for Children), y como el WISC consiste en una batería de subtests, que cuando cada uno es tratado de manera separada puede ir midiendo diferentes habilidades y cuando son combinados pueden dar un puntaje compuesto, tal como la capacidad intelectual global. El test es dividido, al igual que el WISC, en escala verbal y de ejecución.

El coeficiente intelectual (CI) obtenido es una medida del potencial de inteligencia. Posee subtests verbales: información, aritmética, vocabulario, semejanzas, comprensión y oraciones (test suplementario) y subtests de ejecución: casa de animales, completación de figuras, laberintos, diseño geométrico y diseño de cubos. A diferencia del WISC, el WPPSI administra los subtest verbales y de ejecución mezclados, ya que de esa manera se mantiene el interés de la cooperación del menor. De los 11 subtests del WPPSI, ocho de ellos son reincorporados del WISC (Información, vocabulario, aritmética, semejanzas, comprensión, completación de figuras, laberintos y cubos) y tres son nuevos (oración, casa de animales y diseño geométrico)

iii. Test de Matrices progresivas de Raven

Spearman (1904) propuso llegar a una conciliación entre las discrepancias de las diferentes teorías de la inteligencia. Se encontraban las teorías Monárquicas que postulan una inteligencia en general. Las Oligárquicas, que postulan varias facultades diferenciales, y las teorías anárquicas, que proponen múltiples aptitudes independientes. Él señaló que todas las habilidades del hombre tienen un factor común y general a todas ellas (Factor G)

y un factor específico a cada una de ellas (Factor E). El factor G sería un factor cuantitativo de la inteligencia, común y fundamental en todas las funciones cognitivas en un mismo individuo y ampliamente variable de un individuo a otro.

El factor E es un factor cuantitativo, que varía intra e interindividualmente. El factor E es propio de cada habilidad particular y no depende ni se correlaciona con G, ni con los otros E. Cualitativamente el factor E sería la máquina a través de la cuál actúa y opera la energía mental (G).

Basándose en esta teoría, J.C. Raven, psicólogo Inglés, elaboró la prueba de matrices progresivas (1936). Esta prueba, el año 1956 tuvo algunas modificaciones y fue conocida como “Matrices progresivas, serie A,B,C,D,E”.

Este Test contiene 60 láminas de figuras geométricas abstractas, y está ordenada en cinco series de doce ítems cada una. Cada lámina plantea un problema de completamiento de sistema de relaciones (matrices), de complejidad creciente, que para ser solucionadas el examinado debe deducir relaciones las primeras 24 láminas, y correlaciones las últimas 36, encontrando la solución en varias alternativas que se encuentran a la base.

Las primeras 24 matrices (Series A y B) son de tipo gestáltico, es decir plantea problemas de percepción de totalidades y el sujeto debe integrar o cerrar una figura inconclusa, y por lo tanto, debe percibir semejanzas, diferencias de simetría o relacionar las partes con el todo. Las últimas 36 matrices (Serie C, D y E) son sistemas de relaciones que plantean problemas de razonamiento y exigen pensar y discernir.

Según Raven, la prueba de matrices informa acerca de “la capacidad presente en el examinado para la actividad intelectual en el sentido de su más alta claridad de pensamiento en condiciones de disponer de tiempo limitado”. Es un instrumento diseñado para “medir la capacidad intelectual para comparar, formar y razonar, con independencia de los conocimientos adquiridos” (Bernstein, 1965)

Test de Matrices progresivas para niños

En 1947 Raven construyó una escala coloreada para niños de 4 a 11 años, sujetos con serias dificultades en el lenguaje y audición y adultos deficientes, la cual fue denominada “Progressive Matrices 1947, Sets A, AB, B”. Se presentó en dos formatos: como libro y como tablero.

Raven en este test realizó 3 modificaciones con respecto al test original:

1. Reducir las matrices: Raven acortó y simplificó la prueba, suprimiendo las series C, D y E y creó una nueva serie, con dificultad intermedia entre la A y la B, la que denominó “AB”.
2. Introducción de colores: con el propósito de facilitar la comprensión de la tarea a realizar y hacer más atractivo e interesante el test.
3. Empleo de la forma de tablero.

Para examinar a grupos de techo más alto o superiores se creó “Progressive Matrices 1947, Sets I and II”.

iv. TADI: Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil

El 2009, comenzó en Chile la elaboración de un instrumento denominado “Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil” (TADI) para niñas y niños de 3 meses a 6 años. Este es construido por investigadores del Centro de Investigación Avanzada en educación de la Universidad de Chile (CIAE) y del Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP). UNICEF, auspició este proyecto facilitando la asesoría de expertos nacionales e internacionales en materia de desarrollo y evaluación infantil, además de entregar un apoyo técnico a través de los especialistas. Además cuenta con el patrocinio del Sistema de protección integral a la primera infancia “Chile Crece Contigo”. (Pardo, Gómez, Edwards, 2012).

“El proyecto de construcción de este test está inserto en un contexto nacional de larga trayectoria en el uso y elaboración de instrumentos de evaluación infantil, así como también en una sostenida preocupación por el mejoramiento de las políticas de primera infancia. Así, el TADI surge como respuesta a una necesidad ampliamente reconocida de mejorar la evaluación de desarrollo infantil a gran escala en Chile.” (Pardo, Gómez, Edwards, 2012, pág. 7).

En la actualidad, los instrumentos utilizados con el objetivo de evaluar desarrollo, tal como el TADI, son el TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años) (Haeussler, y Marchant, 2002) y el EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 1985). Estos han cumplido su propósito por más de dos décadas, por lo que se ha hecho necesario realizar un instrumento más integral y actualizado, tanto en sus contenidos, como en su rango etario (Pardo, Gómez, Edwards, 2012).

“El TADI es una escala de evaluación del desarrollo y aprendizaje que permite medir lo que los niños y las niñas saben y saben hacer, de acuerdo a varias dimensiones de su

desarrollo, comparando sus resultados con los de sus pares de la misma edad cronológica.” (Pardo, Gómez, Edwards, 2012, pág. 7).

El TADI permite discriminar cuatro niveles de desarrollo (superior, normal, en riesgo y retraso), por lo cual es útil para estar al tanto del desarrollo y aprendizaje de los niños evaluados; para medir la efectividad de programas en el desarrollo y aprendizaje de los niños; y brindar información acerca del estado del desarrollo y aprendizaje de ciertos grupos de niños, según su nivel socioeconómico, etnia, ubicación geográfica, entre otros, para la creación de políticas públicas de primera infancia (Pardo, Gómez, Edwards, 2012).

El test consideró que era importante abarcar distintas dimensiones, las cuales se han destacado en la literatura y se relacionan con lo más significativo de la experiencia en las distintas etapas de la infancia y que pueden ser intervenidas de forma temprana; se relacionan con el bienestar del niño y con periodos posteriores de su vida (valor predictivo); y son medidas en otros test semejantes (CEDEP, 2010).

Estos cuatro dominios principales son los siguientes: motor, lenguaje socioemocional y cognitivo, aunque, se considera que el desarrollo es un proceso integral, por lo que las dimensiones se relacionan entre sí.

v. Test Gestáltico Visomotor de Bender:

Laureta Bender, en el año 1932, en el hospital de Bellavue elaboró el test gestáltico visomotor, basándose en las investigaciones de Wertheimer (1932) sobre las leyes de la percepción y principios gestálticos. La prueba posee como objetivo medir de manera esencialmente cualitativa la madurez de los sujetos en cuanto a la percepción visomotora y las perturbaciones posibles en los procesos que intervienen en la reproducción gráfica.

La función gestáltica visomotora se refiere al funcionamiento del organismo integrado por la cual responde a una constelación de estímulos entregada como un todo, donde la respuesta misma es una constelación, patrón o Gestalt. Ésta función se asocia a la capacidad de lenguaje, además de asociarse a diversas funciones de la inteligencia, tales como percepción visual, habilidad motora manual, memoria, conceptos temporales y espaciales y capacidad de organización o representación. Por esto la función gestáltica visomotora se usa como índice general de maduración.

En resumen la prueba arrojaría información relevante sobre los siguientes puntos:

1. Nivel maduracional del niño: en relación a su grupo normativo (por lo tanto predicción del rendimiento académico)

2. Presencia de indicadores patológicos: Tales como indicadores de organicidad, análisis de pautas de error (funciones menos desarrolladas) y determinación de retardo mental, retraso de lenguaje u otros.

Tipos de Bender

b. Bender-Koppitz:

Elizabeth M. Koppitz elaboró un método que permite contar con un procedimiento uniforme de aplicación para niños entre 6 años, 11 meses a 10 años 8 meses. En su método cada figura se va revisando según diversos criterios, puntuando un punto si posee el criterio, y cero puntos si no lo posee. Los criterios que se van utilizando a lo largo del test son:

- Distorsión de la forma
- Rotación
- Sustitución de círculos o rayas
- Perseveración
- Falla en la utilización de partes de la figura
- Sustitución de curva por ángulos
- Adición u omisión de ángulos.

Los criterios de puntuación y tablas según la edad se encuentran en el manual.

Koppitz además encontró este instrumento útil para identificar y evaluar a niños con problemas emocionales, para esto diseñó ciertos indicadores emocionales explicados a continuación:

	Descripción	Implicación
1.-Orden Confuso	Figuras desparramadas arbitrariamente en el papel sin ninguna secuencia u orden lógico	• Pobre planificación • Incapacidad para organizar el material • Común entre los 5 y 8 años.
2.-Línea ondulada (figuras 1 y 2)	Dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos de las figuras 1 y 2. Se acredita una sola vez aun cuando aparezca en ambas figuras.	• Línea ondulada se asocia a inestabilidad de la coordinación motora y/o de la personalidad • Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales
3.-Círculos sustituidos por rayas (figura 2)	Por lo menos la mitad de los círculos están reemplazados por rayas (no puntos) de 2 mm. o más.	• Se asocia a impulsividad y con falta de interés o atención en niños pequeños.

4.-Aumento progresivo de tamaño en figuras 1, 2 y 3.	Los puntos y círculos aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos son por lo menos tres veces más grandes que los primeros. Se computa solo una vez.	• Asociado a baja tolerancia a la frustración y explosividad, sobre todo en niños mayores.
5.-Gran tamaño	Uno o más dibujos son un tercio más grandes en ambas direcciones que el de la tarjeta del estímulo. Cuando la figura consta de dos partes, ambas deben estar agrandadas. Se computa una sola vez.	• Se asocia a conducta "acting out"
6.-Tamaño pequeño	Uno o más dibujos son la mitad más pequeños que el modelo en ambas direcciones (mismas indicaciones que para el anterior)	• El micrografismo se asocia a niños con ansiedad, conducta retaida, constricción y timidez.
7.-Línea fina	El trazo es tan fino que hay que esforzarse para ver el dibujo completo.	• Asociada en niños pequeños con la timidez y el retraimiento.
8.-Repaso del dibujo o de los trazos	Todo el dibujo o parte del mismo ha sido repasado o reformado con líneas gruesas. El dibujo puede haber sido borrado y luego vuelto a dibujar o puede haber sido corregido sin ninguna borradura. Se computa una sola vez.	• Impulsividad, agresividad y conducta acting out.
9.-Segunda tentativa	El niño abandona espontáneamente un dibujo o parte de él antes de haberlo terminado y empieza a hacerlo nuevamente. Se computa solo cuando se efectúan dos dibujos distintos de una misma figura, en dos lugares diferentes de la hoja.	• Impulsividad y ansiedad
10.-Expansión	Utilización de dos o más hojas de papel para terminar las nueve figuras del Bender	• En niños pequeños se asocia a impulsividad y conducta acting out. Este indicador es normal en pre-escolares. • En escolares aparece casi exclusivamente en perturbaciones emocionales y lesión neurológica.

Koppitz plantea que los indicadores emocionales son independientes de la percepción visomotora del niño.

El número total de indicadores emocionales se relaciona con la severidad de la perturbación. Según un estudio realizado por Koppitz más de la mitad de los niños con tres indicadores emocionales estaban emocionalmente perturbados, cuatro de cada cinco niños con cuatro indicadores tenían problemas afectivos y todos los niños con cinco o más indicadores habían sido enviados a psicólogos por serios desajustes emocionales.

c. Bender Santucci:

Hilda Santucci realizó una prueba gráfica de organización perceptiva para niños de 4 a 6 años. Los diseños de los dibujos son diferentes al Bender original, siendo 9 láminas. Tenía los siguientes objetivos:

- Evaluar en los niños que tienen retraso en el habla o dificultades en los inicios de la lectura y escritura una eventual falla en la organización grafo perceptiva.
- Examinar en los niños con diagnóstico de retraso mental, si su retraso está determinado o ampliado por una deficiencia grafo-perceptiva.

d. Bender Bip:

Este test se aplica a personas mayores de 13 años de edad. El método de administración es similar al de Bender Koppitz, sin embargo se vuelven a aplicar las láminas con una hoja con interferencia luego de un intervalo de 10 minutos. Este test permite clasificar a los sujetos en tres niveles.

“A”: Sin desorden orgánico cerebral

“B”: Borderline o resultados equívocos

“C”: Desorden orgánico cerebral.

vi. TALE (Test de análisis de lectoescritura):

El TALE es “una prueba destinada a determinar los niveles generales y las características específicas de la lectura y escritura de cualquier niño en un momento dado

del proceso de adquisición de tales conductas. Ello supone la existencia de unos criterios de normalidad los más precisos posible tanto en lo que concierne a los niveles generales como en lo que afecta a las características específicas” (Toro y Cervera, 2006, pág. 49).

Posee subtest que evalúan la lectura, que está dividido en: lectura de letras tanto mayúsculas como minúsculas, lectura de sílabas, lectura de palabras, lectura de textos y comprensión lectora. Además contiene un subtest de escritura, que se subdivide en copia, dictado y escritura espontánea.

(Para más información revisar el Manual del TALE, Toro y Cervera, 2006)

vii. Test del Rio (Del Rio Language Screening Test):

Toronto y colaboradores (1975) realizaron un instrumento de evaluación, válido tanto para el inglés como el español el cual identifica rápidamente a un niño con dificultades en el lenguaje según su edad, lengua y contexto en el que vive.

Este instrumento es un test de screening, el cual consiste en cinco subtest, que pueden ser utilizados de forma separada o combinadas dependiendo de la información que se está buscando.

Posee un subtest de vocabulario, repetición de oraciones, seguir órdenes verbales y comprensión lectora.

Posee normas a partir de los 3 años, hasta los 6 años, 11 meses.

3. Pruebas de evaluación afectiva social:

En relación a la evaluación tanto del área afectiva como social, se dispone de pruebas objetivas y estandarizadas y de pruebas proyectivas. Éstas serán expuestas a continuación:

a. Pruebas proyectivas:

Algunas características de las pruebas proyectivas son las siguientes:

- Se caracterizan por aproximarse de manera global a la evaluación de la personalidad.
- Los estímulos que presentan suelen ser vagos y ambiguos: por lo tanto, como el examinado perciba el estímulo va a dar cuenta de su funcionamiento psicológico y de sus rasgos de personalidad.
- Emplean tareas no estructuradas.

- Son instrumentos encubiertos de evaluación: ya que el examinado no sabe qué significado psicológico tienen sus respuestas, por lo que éstas son variables y dependen de cada persona, lo que permite una variedad ilimitada de respuestas. Así el individuo despliega sus fantasías a través de consignas muy breves e instrucciones generales. Por ejemplo: “dibuje una familia”.
- Son útiles para mostrar aspectos encubiertos, latentes o inconscientes de la personalidad: Son pantallas para que el paciente proyecte su mundo interno. Se puede acceder a conflictos encubiertos a través de ellos, observando pensamientos, ansiedades, necesidades afectivas, entre otros.

A continuación se hará una revisión de las principales pruebas proyectivas:

i. Test de Rorschach

El test de Rorschach es un test proyectivo, creado por el psiquiatra suizo Hermann Rorschach (1884-1922). Se considera una de las pruebas más completas para evaluar el área afectiva social.

El test de Rorschach consta de diez láminas compuestas por manchas de tinta, tanto negras como policromáticas, sobre un fondo blanco. Las manchas poseen una morfología vaga por lo que resultan especialmente sugerentes. Las láminas se le presentan al paciente preguntándole qué ve en ellas y cómo y dónde manifiesta lo observado.

Se basa en la apercepción, lo cual es la interpretación dinámica y subjetiva que tiene la persona para hacer frente a estímulos inestructurados. Lo sustentan la teoría de la Gestalt y el psicoanálisis. La gestalt habla del concepto de totalidad y que el todo es más que la suma de las partes, y quiere decir que una respuesta no presenta mayor información si no es considerada dentro de un contexto. La teoría del psicoanálisis, por otro parte, relaciona la estructura psíquica (YO- ELLO- SÚPER YO) y la capacidad de proyectar, el cual es fundamental en el modo de representar el mundo externo y se utiliza para conformar la realidad de cada uno.

Los descubrimientos de Rorschach son difundidos a partir de 1930. Entre 1930 y 1960 fueron surgiendo diferentes sistemas de calificación del test, a partir de Beck, Klopfer, Piotrowsky y Rapaport, Hertz y Schafer. Todos ellos se diferenciaban en la forma de calificar e interpretar, pero todos compartían la categorización en categoría (donde lo ve, lo ve por forma, movimiento, etc.)

Exner en 1969 sistematizó los rasgos del método en un método estadístico y empíricamente utilizable, estableciendo pautas precisas y explícitas en cuanto a los procedimientos, tratando de evitar al máximo las variables introducidas por el examinador.

Todo esto ha permitido que se pueda realizar con él un análisis tanto cualitativo como cuantitativo.

ii. Test de relaciones objetales de Phillipson (TRO)

El test de relaciones objetales fue creado por Herbert Phillipson el año 1955 y traducido al español en 1965.

Phillipson sostenía “la necesidad de tener una teoría unificada que pueda integrar, describir y explicar la conducta de un determinado sujeto en situaciones variables de “relaciones interpersonales”, considerando número de personajes, distintos tipos de objetos y ambientes y el contexto emocional dado por los diferentes colores.” (Caride, 2010, pág. 12).

Para la construcción del test se basa en Jerome Bruner en el campo perceptual, Kurt Lewin en relación a que la conducta sólo puede ser entendida en cuanto al campo en el cual opera y de Melanie Klein y Douglas Fairbairn, que hablan de la teoría de las “relaciones objetales”, además de los aportes de Guntrip (1952), Kyrle (1951) y Ezriel (1950-1951), entre otros.

En relación a la teoría unificada, Phillipson se sustenta en la teoría de las relaciones objetales, la cual da fundamento a su test. Él parte de la siguiente hipótesis:

“La forma en que un individuo se relaciona con las personas y las cosas da cuenta también de su modalidad perceptiva y pone de manifiesto el intento de reconciliar dos sistemas de relaciones objetales muy amplios, que se superponen de manera variable y siempre funciona en mayor o menor grado:

1. Sistema de relaciones objetales inconscientes reprimidas, que corresponden a etapas muy tempranas y conflictivas vinculadas a la frustración.
2. Sistema de relaciones aprendidas más conscientemente, que se han ido acumulando dando prueba de su coexistencia y validez, y por lo tanto han consolidado patrones de interacción más adaptativos.” (Phillipson en Caride, 2010, pág. 12)

El comportamiento típico de una persona se basa en el intento que tiene de conciliar ambos patrones interactivos, y del equilibrio o preponderancia de cada uno de los sistemas de experiencia de relaciones objetales.

Si predomina el sistema de relaciones inconscientes resulta en el deterioro de la calidad de relación y una muy pobre interacción entre los personajes; en cambio si predomina el sistema de relaciones más conscientes se observan relaciones más flexibles e interacciones dadas en un nivel más maduro. Es decir, a través del análisis del test se observa cómo se da en la persona el equilibrio de las fuerzas y recursos del yo en las diferentes situaciones que se muestran en las láminas.

El test consiste en tres series de cuatro láminas con figuras, y una lámina en blanco. Las series son denominadas A, B y C. para más información consultar al manual del test.

iii. Test de apercepción temática (CAT)

Este test es un descendiente directo del thematic apperception test de Murray (TAT). Se aplica a niños entre 3 a 10 años y entrega una visión dinámica de los conflictos infantiles. Posee figuras con las cuales se identifican, impulsos, necesidades, ansiedades y defensas. El CAT permite explorar la relación del niño con las figuras más significativas del grupo familiar, la reacción con sus pares y con el mundo adulto.

Leopoldo Bellak, eligió una serie de situaciones conflictivas que consideró generales y básicas para el entendimiento de la dinámica y estructura de la personalidad infantil. Para esto utilizó como personajes figuras de animales, basándose en el supuesto teórico de que los niños se identificarían mejor con estos, ya que permitiría tomar mayor distancia de la posibilidad de reeditar un conflicto real, incrementando el nivel de proyección en las respuestas. Bellak junto a su esposa Sonya Sorel de Bellak construyen y publican el CAT-A en el año 1949. Para esto tuvieron el apoyo de la dibujante profesional Violeta Lamont, quien realizó una serie de dibujos de 18 láminas, que luego de un análisis exhaustivo se eligieron 10 de ellas, formando la versión definitiva del test, y realizando las pruebas de validez correspondientes.

En el año 1952 Bellak publicó el CAT-S como complemento del CAT-A. Provee una nueva serie de estímulos que pueden utilizarse para obtener las reacciones de los niños ante situaciones conflictivas comunes, aunque no tan generales como el CAT-A. El CAT-S tiende a medir más situaciones sociales.

iv. Pruebas gráficas:

Los niños suelen expresarse con mayor naturalidad y espontaneidad a través del dibujo, por lo que será un método excelente para explorar el mundo infantil.

A través de las pruebas gráficas contamos con un instrumento de comunicación, conocimiento, exploración y evaluación diagnóstica valiosa que tiene como objetivo acceder al inconsciente y consciente de una o varias personas.

A través del dibujo nos acercamos al inconsciente y al yo corporal de manera más confiable que el lenguaje verbal, el cual es un logro más tardío en el ser humano, y está más sometido al control consciente de la persona. A través de estos tests se logra observar lo más regresivo y patológico. Sin embargo, es de suma importancia utilizar las pruebas gráficas como complemento de otras pruebas, tales como el Rorschach o el TRO en adolescentes, o el CAT-A, en niños más pequeños.

Además, es esencial, tomar en cuenta ciertas variables a la hora de revisar la prueba gráfica, tal como la edad del sujeto, su nivel de madurez y desarrollo y su nivel socioeconómico-cultural.

Si bien, no hay un límite de edad, se recomienda comenzar este test a los 4-5 años aproximadamente, debido a que en ese entonces el niño tiene desarrollada cierta motricidad fina.

Cuando hay dificultades en el lenguaje, carencia cultural o incapacidad para comunicarse, se recomienda utilizar pruebas gráficas debido a que son atractivas de realizar y no requieren habilidades verbales.

Las pruebas gráficas más utilizadas son las siguientes:

- a. Prueba gráfica de la figura humana
- b. Test de la familia
- c. Test de la familia cinética (DKF)
- d. Persona bajo la lluvia
- e. House- tree- person test (HTP)

Cada una va midiendo diversas conflictivas y poseen manuales para su correcta interpretación.

i. Hora de juego

La hora de juego diagnóstica es un instrumento técnico dentro del proceso psicodiagnóstico que tiene el fin de conocer la realidad del niño que viene a consultar. En los niños la actividad lúdica es su forma de expresión propia, así como en el adulto es el lenguaje verbal. “se trata entonces de instrumentalizar sus posibilidades comunicacionales con el fin de conceptualizar luego la realidad que nos presenta” (Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal y Woscoboinik, pág. 195.)

A través del juego, el niño va mostrando variables internas de su personalidad y va reactualizando en el aquí y el ahora un conjunto de fantasías y relaciones de objeto que se sobreimpondrán al campo de estímulos, complementando siempre ésta información con datos de otros instrumentos de evaluación.

Al igual que en el dibujo, es importante tomar en cuenta las variables del desarrollo del niño en el juego, debido a que un juego de un niño de 5 años va a ser muy diferente a un juego de un niño de 8 años, y hay variables que son esperables a ciertas edades y en otras no.

Para corregir existe el “manual de evaluación de la terapia por el juego para niños” de Kenberg y Chazán (1997), donde se explica de qué manera hacer el análisis e interpretación del juego en los niños.

ii. Test de Roberto:

El doctor Hernán Montenegro, Lira y colaboradores crean este test, donde se dan preguntas abiertas para permitir que el niño proyecte sus inquietudes.

Este test se le puede presentar al niño de diferentes maneras. Por ejemplo, como un juego en el que se le dice: “Conozco a un niño llamado Roberto (o Rosita, en el caso que sea una niña) y quiero saber si tú puedes adivinar qué clase de niño (a) es y por qué actúa de la manera que lo hace. Dime lo primero que se te ocurra”.

También se le puede decir que “juntos vamos a hacer un cuento, el cuento de la vida de Roberto (Rosita). Para hacer el cuento, yo voy a decir algunas cosas que le pasan a Roberto y tú me ayudas diciéndome por qué le pasó eso”.

A continuación, se le lee al niño las diferentes afirmaciones y preguntas, anotando sus respuestas en forma literal. En caso de que se haga alguna intervención debe ser registrada (preguntas aclaratorias, detalles, etc.), al igual que la conducta observada.

Las preguntas u observaciones utilizadas son las siguientes:

1. Roberto (Rosita) no juega con los otros niños, ¿por qué?
2. A veces Roberto se despierta en medio de la noche, ¿por qué?
3. Roberto tuvo un sueño anoche, ¿qué soñó?
4. Roberto trajo ayer la libreta de notas, ¿qué pasó?
5. Roberto hizo rabiar a su mamá el otro día, ¿por qué?
6. Roberto siente que lo tratan mal a veces, ¿por qué?
7. Roberto llegó a su casa llorando el otro día ¿Qué pasó?
8. La mamá de Roberto está muy enojada por algo, ¿por qué?
9. Ayer pasó algo malo, ¿qué fue?
10. Roberto no quiere ir a la escuela, ¿por qué?
11. Hay algo de su profesor que a Roberto le gusta mucho, ¿qué es?
12. A veces Roberto se enoja en la escuela, ¿por qué?
13. Roberto tiene miedo de algo, ¿de qué tiene miedo?
14. Roberto se fue de su casa, ¿por qué?
15. Cuando el papá de Roberto llega tarde en la noche, ¿qué pasa?
16. A veces Roberto no quiere hacer lo que su mamá le dice, ¿por qué?, ¿Qué pasa entonces?
17. El profesor de Roberto quiso hablar con él después de clases. ¿Por qué? ¿Qué le dijo?
18. Hay algo que a Roberto no le gusta de su papá, ¿qué es?
19. Roberto piensa que su papá y su mamá no lo quieren, ¿por qué?
20. Roberto desearía ser grande, ¿por qué?
21. A veces Roberto pelea con sus hermanos. ¿Por qué?
22. A Roberto no le gusta un niño de su clase. ¿Por qué?
23. A veces Roberto se pone nervioso en la escuela, ¿por qué?
24. A Roberto no le gusta que lo llamen a interrogaciones delante del curso. ¿Por qué?
25. Un día Roberto y su mamá tuvieron una gran pelea. ¿Por qué fue?
26. A Roberto le desagrada algo de su profesor. ¿Qué es?
27. A veces Roberto se pone muy triste, ¿por qué?
28. Roberto casi siempre quiere estar solo. ¿Por qué?
29. Un día Roberto quiso correr lejos de la casa y que no lo encontraran. ¿Por qué?
30. Si Roberto pudiera hacer lo que quisiera, ¿qué crees tú que haría?
31. ¿Cuántos años crees tú que tiene Roberto?
32. ¿Qué es lo que Roberto desea más en el mundo?
33. Si Roberto tuviera poderes mágicos y pudiera cambiar a sus padres, ¿qué haría? ¿Cómo crees tú que los cambiaría? ¿Qué les cambiaría? ¿Por qué?
34. Si Roberto pudiera convertirse en un animal, ¿qué animal sería? ¿Por qué?

35. ¿Y qué animal no sería? ¿Por qué?

iii. Test de Angusti:

El test de Angusti fue creado por el doctor Arnd Stein, el año 1981. Consta de 14 láminas, donde se representan situaciones comunes y típicas de la infancia en Alemania. El objetivo es que el niño pueda expresar sus temores y conflictivas, a través de los temores más comunes que son expresados en las diversas láminas. El protocolo de administración posee diversas preguntas con “palabras sugestivas o claves” que permiten respuestas abiertas. Permite al niño que exprese los contenidos de sus principales temores.

En Chile está adaptado para niños de 5 a 9 años.

Las temáticas de cada lámina son las siguientes:

Lámina 1: Situación frente al irse a dormir. Evalúa la posible sensación de soledad y temores del niño al irse a dormir.

Lámina 2: Posee relación con la expresión de la agresión. Explora las posibles formas de castigo utilizadas por los progenitores en situaciones donde el niño expresa su agresión.

Lámina 3 y 4: Situaciones asociadas a la limpieza, orden y normas de conducta.

Lámina 5: Circunstancias relacionadas con la alimentación. Actitudes de los padres y reacciones de los niños frente a la experiencia de alimentación.

Lámina 6: Experiencia de irse a dormir. Explora temor al abandono y necesidades afectivas.

Lámina 7: Indaga situaciones relacionadas con los deseos insatisfechos del niño.

Lámina 8: percepción de la figura paterna. Padre como figura de autoridad.

Lámina 9: Explora normas de crianza y castigos que podrían darse frente a desobediencia vs. obediencia.

Lámina 10: Indaga los principales deseos y necesidades del niño. Se relaciona con contenidos depresivos.

Láminas 11 a 14: Explora emociones y sentimientos asociados con el rendimiento escolar y el miedo al fracaso en el colegio.

b. Escalas:

i. CDI:

Esta escala fue desarrollada por Kovacs y colaboradores (1983). Se creó esta escala a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar. Mide síntomas depresivos en niños entre 6 y 17 años. Entre los síntomas que evalúa se encuentran estado de ánimo depresivo, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima negativa (escala en anexos). Su aplicación dura entre 10 a 15 minutos. Cuando el niño es muy pequeño se le puede ir leyendo la escala para que la conteste.

Para puntuarla se sigue el siguiente criterio: la ausencia de síntomas se puntúa 0, la presencia en forma leve se puntúa 1 y la presencia en forma grave se puntúa 2. El puntaje total puede oscilar de 0 a 54 puntos.

El punto de corte es de 19, por lo que a partir de esa puntuación se puede sospechar una depresión.

ii. RCMAS

Esta escala es utilizada para medir ansiedad en niños de 1° básico a IV° Medio. Para su interpretación cada ítem debe ser contestado Si o No, siendo Si un punto y No 0 puntos. Existen 4 sub-escalas, tres de ansiedad y una de veracidad.

Stallard, Velleman, Langsford y Baldwin (2001) recomiendan como punto de corte para identificar niveles de ansiedad clínicamente significativos 19 puntos de 28.

Mientras mayor es el puntaje, mayor intensidad de la ansiedad. Las subescalas medidas son de ansiedad fisiológica, preocupación/hipersensibilidad, preocupación social/concentración y una escala de veracidad.

iv. ADHD casa y colegio

La escala ADHD (DuPaul, Powee, Anastopoulos y Reid, 1998) consiste en dos escalas autoaplicadas, versión casa y colegio, que poseen 18 ítems que reflejan criterios del DSM-IV, ambas escalas pueden ser contestadas de manera independiente por el padre o profesor.

Ambas escalas consisten en dos subescalas: inatención (9 ítems), hiperactividad-impulsividad (9 ítems). Estas escalas conforman las dos dimensiones descritas por el DSM-

IV. De estas escalas derivan tres puntuaciones, de inatención, hiperactividad-impulsividad y total. La subescala de inatención está compuesta por los ítems: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 y 17. La de hiperactividad-impulsividad está compuesta por los ítems: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16 y 18.

Los puntajes brutos son convertidos en percentiles utilizando tablas según edad y género.

iv. Escala Conners

C. Keith Conners (1969) diseñó las “escalas Conners” para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos tras recibir su tratamiento farmacológico. A continuación comenzó a ser utilizada para evaluaciones anteriores al tratamiento. Actualmente se han vuelto un instrumento para detectar la presencia de TDAH mediante las respuestas entregadas por padres y profesores.

Las escalas cuentan con dos versiones, original y abreviada, tanto para los padres como para los profesores. La versión abreviada para profesores utilizada en España es la siguiente:

Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES (C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

Para la corrección se asigna el siguiente puntaje: Nada: 0 ptos.; poco: 1 pto.; bastante: 2 ptos; y mucho: 3 ptos. Para obtener el Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad se deben sumar las puntuaciones. Una puntuación sobre los 17 ptos. en niños entre 6 y 11 años indicaría una sospecha de Déficit de atención con hiperactividad. En las niñas entre 6 y 11 años una puntuación por sobre los 12 ptos. indicaría una sospecha de déficit de atención con hiperactividad.

Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres
(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

Para niños entre 6 y 11 años una puntuación sobre 16 puntos es indicador de sospecha de déficit de atención. En niñas de esa edad el puntaje es sobre los 12 puntos.

En Chile es utilizada la siguiente escala:

1.3. ESCALA DE EVALUACION PARA PROFESORES (TEST CONNERS ABREVIADO)

Nombre del niño(a)

Información obtenida por Fecha:

GRADO DE ACTIVIDAD

	Nada 0	Un poco 1	Bastante 2	Mucho 3
1. Inquieto, hiperactivo	()	()	()	()
2. Perturba a otros niños	()	()	()	()
3. Excitable, impulsivo	()	()	()	()
4. No termina lo que comienza	()	()	()	()
5. Constantemente moviéndose en la silla	()	()	()	()
6. Desatento, fácilmente distráctil	()	()	()	()
7. Debe satisfacerse pedidos de inmediato, fácilmente frustrable	()	()	()	()
8. Lloro fácil y frecuentemente	()	()	()	()
9. Cambios de humor rápidos y drásticos	()	()	()	()
10. Pataletas, conductas explosivas e impredecibles	()	()	()	()

Otras observaciones del Profesor: use el reverso de la hoja

v. BRIEF

Escala BRIEF

La escala *BRIEF (behavior rating inventory of executive function)*, es una escala diseñada para medir la función ejecutiva en niños entre los 5 y los 18 años, el cual se aplica en el hogar y la escuela. Ésta está compuesta por dos cuestionarios, uno para padres y otro para docentes (Soprano, 2003).

Cada cuestionario contiene 86 reactivos, donde se exploran ocho áreas de la Función Ejecutiva: Inhibición, cambio (shift), control emocional, iniciativa, memoria de trabajo, organización/planificación, orden y control (monitoring) (Soprano, 2003).

Los resultados obtenidos se deben agrupar en dos índices: regulación de la conducta y meta-cognición. También arroja un índice global compuesto. La forma de corrección puede ser manual o computarizada (BRIEF-SP).

BRIEF-P

La escala BRIEF-P (Behavior rating inventory of executive function) es un modificado de la escala BRIEF para utilizarla en niños de 2 a 5 años con el fin de medir la función ejecutiva en el contexto diario (Isquith, Gioia, Espy, 2004).

Isquith, et al (2004) adaptaron la escala BRIEF para pre-escolares. Para crear el instrumento se utilizaron los 129 items del BRIEF (Gioia, et al, 2000) como base para crear la versión pre-escolar. Finalmente quedaron 63 items.

En el desarrollo de esta escala surgieron 5 escalas que reflejaban subdominios de la función ejecutiva, lo cual era consistente con la literatura: inhibición, cambio, modulación emocional, memoria de trabajo y planificación/organización. Otras formas de autoregulación metacognitiva, tal como iniciación y automonitoreo, no fueron consistentes internamente, por lo que no pudieron ser definidas como otros subdominios (Isquith, Gioia, Espy, 2004).

Finalmente, el BRIEF-P (Behavior Rating Inventory of Executive Function- Preschool Version) es un cuestionario diseñado para niños de 2 años 0 meses, hasta los 5 años, 11 meses. Se evalúan niños con posibles trastornos de aprendizaje, trastornos del lenguaje, daño cerebral, exposición al plomo, trastornos del desarrollo y otras condiciones del desarrollo, neurológicas, psiquiátricas o médicas. Contiene 63 items, con 5 escalas clínicas teóricas y empíricas que no se superponen y que miden diferentes aspectos de la función ejecutiva (Gioia, Espy, Isquith, 2003).

El BRIEF-P es la primera escala estandarizada diseñada para medir específicamente las manifestaciones conductuales de disfunción ejecutiva en niños de edad pre-escolar. De esta forma se puede facilitar la intervención de los trastornos en esta función en etapas tempranas del desarrollo (Gioia, Espy, Isquith, 2011).

Las cinco escalas clínicas nombradas anteriormente forman tres índices generales: autocontrol-inhibición (ISCI); flexibilidad (FI); y metacognición emergente (EMI) (Gioia, Espy, Isquith, 2011).

El índice de autocontrol-inhibición (ISCI), representa la habilidad del niño de modular acciones, respuestas, emociones y conductas a través de un control inhibitorio apropiado. Este índice es compuesto por las escalas de inhibición y control emocional (Gioia, Espy, Isquith, 2003).

El índice de flexibilidad (FI) representa la habilidad del niño a moverse de manera flexible en sus acciones, respuestas, emociones y conducta. Es compuesta por las escalas de cambio y control emocional (Gioia, Espy, Isquith, 2003).

El índice de metacognición emergente representa el desarrollo de la habilidad del niño para iniciar, planificar, organizar, implementar y sostener resolución de problemas futuros. Es la habilidad del niño para cognitivamente auto-manejar tareas y usar información de la memoria de trabajo para guiar sus actuaciones o conductas. Este índice se relaciona directamente con la habilidad del niño de resolver problemas de manera activa y de implementar planes conductuales en variados contextos. Está compuesto por las escalas de memoria de trabajo y de planificación/organización (Gioia, Espy, Isquith, 2003).

La escala BRIEF-P posee una puntuación del funcionamiento ejecutivo global, denominada compuesto ejecutivo global, que incorpora las cinco escalas clínicas descritas anteriormente. Este es un reflejo del nivel de disfunción ejecutiva del niño (Gioia, Espy, Isquith, 2003).

También provee dos escalas validadas: inconsistencia y negatividad (Gioia, Espy, Isquith, 2011).

La escala de inconsistencia y de negatividad, ayudan a evaluar la validez de los datos que se proveen del BRIEF-P (Gioia, Espy, Isquith, 2003).

Los puntajes de la escala de inconsistencia indican si las respuestas de los ítems similares son inconsistentes entre sí. La escala de negatividad evalúa si la persona que responde contesta ciertos ítems en una manera negativa inusual, que mostraría que tiene una visión negativa del niño, aunque puede ser un indicador de una severa disfunción

ejecutiva. Por lo que al tener esta escala alta hace necesario tener más información sobre el niño (Gioia, Espy, Isquith, 2003).

León (2013) adaptó y evaluó la validez y confiabilidad del BRIEF-P para la población chilena, utilizando una muestra de 202 apoderados y 202 profesores de niño/as preescolares de la región Metropolitana de Chile, de niveles socioeconómicos bajo, medio y alto, utilizando la versión traducida y adaptada del BRIEF-P para la población chilena.

Los resultados de confiabilidad y valides fueron adecuados. Sin embargo, no fue posible estandarizar el test para la población chilena, debido a que no se pudieron mantener las cinco escalas clínicas de BRIEF-P. A pesar de esto, León señala que los resultados permiten el uso de este instrumento adaptado para la población chilena, como una primera lectura de la función ejecutiva en pre-escolares.

TAREA ALUMNOS:

1. A partir de los datos recogidos en la entrevista construya su hipótesis preliminar.
De acuerdo a esta haga una primera selección de tests.
- 2- Haga la aplicación de tales test.
- 3- Corregir y hacer un informe de cada test aplicado.

TAREA COORDINADOR:

Observa la aplicación del test por parte del alumno para entregar posteriormente un feedback.

TAREA SUPERVISOR:

- i. Discutir la información que surge de los tests.
- ii. Definir los siguientes instrumentos para realizar.

e. CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

Como desarrollaremos a continuación, la conceptualización del caso se refiere al proceso intelectual de reunir los datos, organizarlos y darles una coherencia que explique el problema por el cual se viene a consultar. La forma cómo se organicen y la estructura final en que se arreglen tales datos, va a estar guiada por la o las teorías que, a juicio del terapeuta, explique mejor el problema. Esto es lo que también se conoce como Hipótesis comprensiva.

Así se procederá desde un pensamiento inductivo, en donde a partir de los diferentes datos recogidos y seleccionados se formule una hipótesis (descriptiva-explicativa-comprensiva), para en un siguiente momento, proceder de un modo deductivo al desprenderse de esta hipótesis las metas generales de tratamiento, objetivos específicos y procedimientos terapéuticos (estrategias y técnicas) más adecuadas.

Cuando nos enfrentamos a cada paciente la pregunta quizás más central es como diseñamos un plan de tratamiento que sea el que mejor se ajusta y/o mejor ayude a este paciente particular. Para responder esta pregunta se necesitan ciertas habilidades que ayuden a formular cada caso particular.

La formulación clínica del caso (o la formulación del caso clínico) es un esquema conceptual que organiza, explica, o da un sentido clínico a una gran cantidad de datos e influye sobre las decisiones del tratamiento (Lichner 2006, pag.3).

La formulación formal del caso clínico se refiere a la presentación escrita (u oral) que comunica la racionalidad conceptual (o explicación teórica) de la cual se desprende el plan de tratamiento y lo justifica.

Jerome Frank (1191; citado en Lichner 2016) describe los componentes clases de la formulación del caso clínico:

- 1- Una explicación plausible de los síntomas del paciente bajo la forma de un esquema conceptual que provee la racionalidad o la lógica para.
- 2- La prescripción de algún tipo de procedimiento para resolver los síntomas o problemas por lo cual se consulta.

Según lo anterior entonces, la formulación del caso incluye los siguientes elementos:

- Listado de síntomas o problemas que debieran resolverse.
- Una gran cantidad de información que es necesario organizar.
- Un esquema conceptual que provea algunas explicación.

- Decisiones de tratamiento que se expresen en procedimientos específicos.

La formulación del caso claramente articulada es esencial para comunicarse tanto con el paciente, como con los miembros del equipo, los supervisores e incluso con las compañías de seguros e instituciones de salud.

Según Lichner (2006) aprender a formular clínicamente cada caso tiene otros beneficios como aumentar la confianza y reducir la ansiedad ante los pacientes, como también aplicar la educación académica recibida y la creatividad intelectual en el recompensante trabajo de ayudar a las personas.

¿Cómo trabajar la formulación del caso clínico?

Para crear la formulación clínica del caso se puede optar por una orientación teórica en particular y seguir sus postulados y reglas, o desarrollar una formulación integrativa para cada paciente.

En el caso que se elija una orientación teórica específica, se usan las teorías preferidas del modelo teórico adoptado. Esta opción ofrece estructura y quizás garantiza más consistencia y coherencia entre las ideas. La ventaja de esta alternativa es que si la orientación teórica elegida se ajusta bien al cliente particular, va a servir mucho, pero está en riesgo de querer hacer “calzar” al paciente con el modelo teórico preferido, aunque haya otras hipótesis clínicas que puedan llevar a tratamientos más efectivos; es decir se corre riesgo de sacrificar al paciente por la teoría. Si se elige una formulación integrativa, el terapeuta integra ideas teóricas para crear una formulación “hecha a medida” para cada cliente, según sus problemas personalidad y contexto socio cultural. Esta opción asume que cada teoría dentro de la psicología tiene algo de valor que ofrecer y que ninguna por si sola es suficiente para guiar una terapia. Pero el riesgo está en perder coherencia en las explicaciones y procedimientos que se usen.

El modelo de formulación de caso clínico que guía el equipo cognitivo-conductual – sistémico es ciertamente un modelo integrativo ya que selecciona, combina y utiliza las hipótesis clínicas centrales principalmente de los enfoques cognitivo conductual y sistémico, aunque también puede integrar a otras como por ejemplo la biológica. Cuando se deriva a un paciente con una depresión al psiquiatra para que de medicación, implica integrar un enfoque biológico, así como al incluir la labor de la asistente social en la ayuda del paciente, se está incorporando además un enfoque socio, cultural ambiental.

Adoptar un enfoque integrativo significa integrar varias hipótesis que ayudan a pensar inteligente, crítica y creativamente para desarrollar un plan de tratamiento. Sin embargo Integrar requiere de un conocimiento más acabado de las teorías que se integren. Al menos conocer y comprender las hipótesis centrales del modelo teórico.

Si se usan las diferentes hipótesis con una actitud científica, se sobreentiende que la formulación es tentativa y si no lleva a cambios beneficiosos en el funcionamiento del paciente hay que cambiarla. Si solo se trabaja con una hipótesis que no la avalan los datos, finalmente se trabaja con una ideología, dogmáticamente, y no con una teoría científica.

Tareas y procesos en la formulación del caso

Formulación es un verbo; se refiere al proceso cognitivo de desarrollar una formulación oficial. Se está formulando desde el momento en que se enfrenta cara a cara al paciente y se están generando ideas respecto de las causas de los problemas y preguntas para testear hipótesis específicas. Se está formulando cuando se invierte tiempo entre las sesiones pensando en el paciente. Las tareas y procesos de la creación de la formulación clínica del caso pueden ocurrir simultáneamente y entre los distintos pasos puede irse hacia adelante y hacia atrás.

Lichner (2006) plantea seis pasos en la formulación del caso:

- 1- Obtener datos
- 2- Definir el problema
- 3- Especificar metas de resultado
- 4- Aplicar hipótesis
- 5- Planificar tratamiento
- 6- Monitorear los efectos de las intervenciones

i. Obtención de datos:

Incluye datos subjetivos (lo que el cliente cuenta) y datos objetivos (los que se obtienen mediante test e inventarios y también lo que el terapeuta recoge como “instrumento” de observación). Lo ideal en este modelo es que los datos obtenidos sean “libres de teoría” y no deben contaminarse con supuestos teóricos o interpretaciones.

La obtención de datos se inicia incluso antes de conocer físicamente al paciente; generalmente con la primera llamada telefónica. Aunque en la primera sesión (anamnesis) es donde se obtiene la mayor cantidad de información respecto del paciente, el proceso de obtención de datos ocurre en casa sesión. Al principio el foco está puesto en identificar y explorar los problemas. Más adelante la meta de la obtención de datos es evaluar si el plan de tratamiento está siendo efectivo para ayudar al paciente. Pueden obtenerse datos de distintas fuentes y también a través de diversos modos; no solo con el paciente, sino que con su familia, entorno, otros profesionales como a través de entrevistas, test dar tareas, etc.

A veces se espera obtener en la primera sesión la mayor cantidad de datos. Sin embargo esto puede ser agobiante tanto para el paciente como para el terapeuta. Sí es importante obtener principalmente dos tipos de datos en la primera sesión: datos biológicos, datos de crisis o emergencia, que requiere acciones más inmediatas.

El proceso de obtención de datos incluye:

- a. **Seleccionar el problema:** Usualmente los pacientes (o el consultante en caso que sean los padres) no traen un solo problema al terapeuta, o si traen uno, normalmente éste es descrito bajo diversas formas conductuales que parecieran problemas diferentes. Por lo tanto formular bien el motivo de consulta y seleccionar y organizar el o los problemas por los que se recurre a atención psicológica (o motivo) es una habilidad esencial. Aparte que ayuda a focalizar, un buen “título” del problema implica que terapeuta y paciente se han puesto de acuerdo en qué y cómo trabajar.
- b. **Historia del problema actual:** Es esencial para la comprensión del inicio, desarrollo y mantención del problema una historia detallada de su transcurso histórico. Preguntas como:
 - Hay un inicio del problema identificable?
 - Porque se está pidiendo ayuda ahora y no antes o más adelante?
 - Estrategias utilizadas para resolver el problema?
- c. **Observación clínica:** Se refiere a una evaluación algo similar al examen mental y a la observación de la actitud ante la situación. Implica atender a la apariencia, lenguaje, conducta, etc. y traducirla a un vocabulario especializado (profesional). El “aquí y ahora” de la sesión puede tomarse como una muestra del estilo relacional del paciente.
- d. **Estado futuro deseado:** Se intenta descubrir qué busca el consultante, qué desea para si mismo y/o otros en el futuro, asegurándose que su meta es razonable y “safe”.

- e. **Antecedentes de la historia vital:** Reconocer antecedentes de su desarrollo en las distintas dimensiones, intentando también comparar la historia de vida con eventos en la vida de la persona.
- f. **Recursos y fortalezas:** Los terapeutas necesitan información respecto de las fortalezas y talentos como de las debilidades. Por lo tanto hay que evaluar recursos y debilidades.
- g. **Genograma:** Este es un diagrama del árbol familiar incluyendo hasta al menos la generación de los abuelos. La visualización de esta información, junto con los detalles de la cultura, relaciones y dinámica familiar puede ser de gran utilidad.
- h. **Tests:** Los datos deben estar disponibles bajo la forma de registros lo más objetivos posibles, lo que puede lograrse mediante el uso de test, inventarios, tareas, etc.
- i. **Consulta a otros significativos:** A veces es necesario obtener información de otras personas que tienen contacto con el paciente. Esto se puede lograr a través de un contacto directo como también a través de cuestionarios existentes o especialmente diseñados para explorar áreas de interés.
- j. **Efecto de las intervenciones:** Una vez que el tratamiento se implementa, es esencial obtener datos para ver si funcionan como se predijo y si esto no ocurre, se buscan las causas de modo de tomar informadas decisiones a futuro.

ii. Definición del problema

Quizás la ansiedad para crear buenos títulos de problemas es la habilidad más importante. El título del problema puede referirse a uno o una lista de problemas, que se definen de forma lo más concreta (conductual) y observacional posible, de tal manera de poder “seguirle la pista” durante todo el proceso terapéutico, ya que permite definir metas lógicas y razonables.

iii. Especificar metas de resultado

Hay una relación lógica entre el título del problema y la meta. Si el título se escribe claramente la meta de resultado resulta evidente.

Hay metas de proceso o de estrategia y metas de resultado. Estas últimas se refieren al estado deseado al final del tratamiento, en la vida real, libre de jerga teórica.

Al especificar metas de resultado se determina no sólo lo que se espera alcanzar como resultado del tratamiento sino que también el cómo sabremos que hemos alcanzado la resolución del problema y es apropiado terminar la terapia.

Ayuda a focalizar las estrategias de intervención.

Hay que distinguir entre las metas de proceso y de estrategia (o de contenido). Las de proceso aluden a la calidad de la relación terapéutica necesaria para que las estrategias que se apliquen den fruto. Revelan más claramente la teoría a la base de la conceptualización del caso. Las metas de estrategia se refieren a cómo se trabajará o se “atacará” el problema “target”.

iv. Aplicar hipótesis

La aplicación de hipótesis relevantes envuelve múltiples tareas y competencias. Implica distintas habilidades y tareas.

- a) Se refiere a una búsqueda de la hipótesis que “mejor calce”.

En el caso de trabajar con una orientación teórica particular, buscar dentro de la orientación, aquella formulación teórica que explique mejor y más ampliamente el/los problemas.

En el caso de una formulación integrativa, el clínico busca entre las distintas hipótesis clínicas disponibles la o las que sean más compatibles con los datos respecto del paciente particular.

- b) Testear el calce de hipótesis específicas elegidas (según los datos).
- c) Seleccionar y combinar hipótesis: se busca una combinación de hipótesis que lleve al mejor plan.

Dadas hipótesis de igual mérito, determinar cual lleva a un plan que sea más económico en tiempo, dinero y esfuerzo.

v. Plan de tratamiento

Es el producto final de la formulación del caso. Se hace específicamente para cada paciente. El plan escrito es una guía pero a medida que la terapia progresa aparecen nuevas

opciones. Aunque se organizan de una manera lineal la implementación es fluida, flexible y creativa. Hay espacio para la intuición.

El plan tiene que ver con el cómo de la terapia.

El plan describe cómo trabajará el terapeuta con su paciente para lograr las metas de tratamiento y resolver los problemas. El plan cubre las metas en diferentes estados de la terapia, recomienda técnicas y la creación de una relación terapeuta-paciente que sea productiva.

El plan debe ajustarse a las distintas etapas de la terapia (inicial, media, término).

Puede ayudar a formular adecuados planes las siguientes recomendaciones:

- El plan se focaliza en resolver el problema identificado.
- El plan se deriva lógicamente de la conceptualización y no introduce nuevos datos o hipótesis.
- En el plan hay claridad entre las metas, estrategias, técnicas.
- El plan se hace a la medida para el paciente específico. Se consideran factores como sexo, etnicidad, cultura y subcultura, y valores personales.
- El plan es el más apropiado para las características del setting de tratamiento, acuerdo contractual y limitaciones financieras.
- Cuando hay más de un problema, el terapeuta actúa de acuerdo a prioridades, secuenciando en conjunto con su paciente.
- El terapeuta considera también recursos comunitarios y derivaciones si es que es necesario.
- Si es relevante, deben también considerarse temas legales y éticos.

4. Monitorear los efectos de las intervenciones

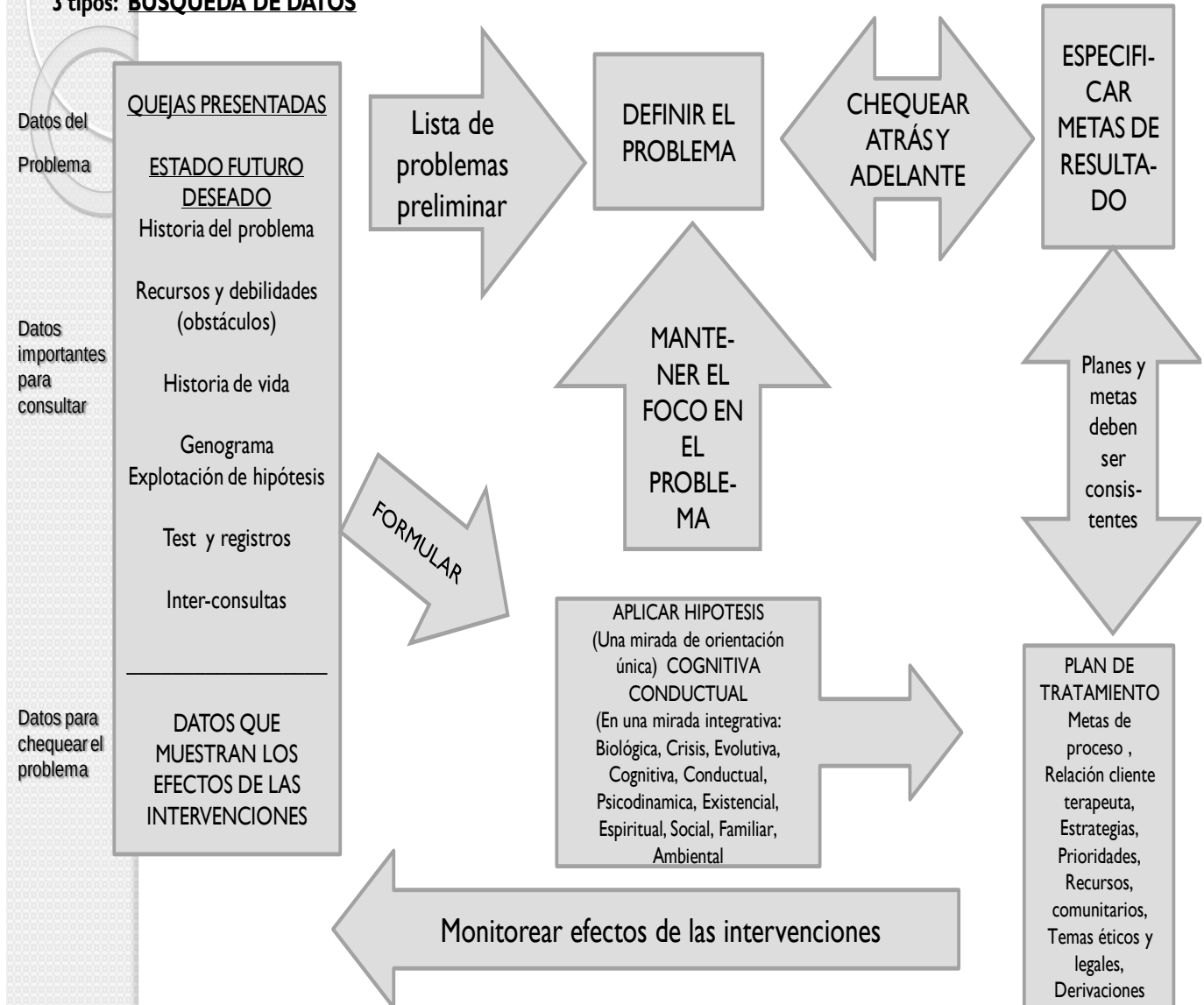
La efectividad de la terapia se juzga por medio de una comparación de la pre-terapia (problema) y de la post-terapia (resultado), con tres posibles resultados:

- ☐ Mejoría (terapia exitosa)
- ☐ Deterioro (terapia dañina)
- ☐ Sin cambio (terapia inefectiva)

ESQUEMA DE LAS HABILIDADES Y LOS PROCESOS EN LA FORMULACION DEL CASO

(Barbara Lichner Ingram 2006)

3 tipos: **BUSQUEDA DE DATOS**



f. ELABORACIÓN DE INFORME Y DEVOLUCIÓN DE INFORMACIÓN.

INFORME PSICOLÓGICO:

Quizás cuando el psicólogo (a) ha realizado los pasos descritos recientemente y se da el tiempo para escribir el informe, es cuando procesa los datos y piensa más detenidamente acerca de su paciente. Desde esta mirada, escribir el informe de psicodiagnóstico cumple un rol fundamental en la formulación del caso.

Escribir el informe:

El informe escrito no sigue necesariamente la secuencia de la formulación del caso, pero sí debe incorporar los datos de ésta. El esquema que se presentará a continuación es de utilidad también para la presentación del caso en reuniones clínicas, supervisión del caso, etc. La clave para una buena presentación es la preparación. Como se ha obtenido una gran cantidad de información, es crucial tenerla bien organizada y conocerla bien.

Se sugiere que el informe psicodiagnóstico comience con:

i. Datos de identificación del paciente:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Escolaridad
- Instrumentos aplicados: aquí se nombran los diversos instrumentos de evaluación aplicados

- b) **Motivo de consulta:** se refiere a la razón por la cual el paciente (o consultante) consulta. Se debe tratar de presentar lo más textualmente posible la forma cómo se reporta el problema, aunque no se esté de acuerdo que sea la mayor dificultad del paciente. No se incluye suposiciones ni interpretaciones. Aquí se discute cuando comenzó el problema, cómo ha sido su curso, los manejos realizados, así ha cambiado con el tiempo y cómo ha afectado la vida. Se aconseja tratar de describir los antecedentes y consecuentes del problema, así como las situaciones en que ocurre. Aunque pueda hacerse un elaborado análisis intrapsíquico del problema, en esta parte de la presentación se debe expresar, lo más claro posible, el nivel de especificidad y profundidad con que el consultante presenta el problema.

- c) **Antecedentes relevantes de la historia vital:** se menciona sobre la familia, la cualidad de interacción familiar, información sobre el colegio, etc. y sobre las diferentes dimensiones del desarrollo: biológico, psicomotor, académico, social etc. Cualquier hecho inusual debe ratificarse, así como datos de enfermedad, factores teratógenos, etc. Las características pre peri y postnatales tanto de tipo biológico como psicológico son importantes.
- d) **Observaciones relevantes de la actitud durante la evaluación y examen mental:** se refiere a la observación que surge principalmente de las características de la relación que establece el paciente. Permite evaluar también las características principales del examen mental.
- e) **Resultados de los instrumentos de evaluación:** aquí se presenta la información objetiva que proviene de las diferentes pruebas psicológicas de una forma organizada que permita entender el problema del paciente.
- f) **Diagnóstico:** los datos subjetivos y objetivos son la base sobre la cual se formula el diagnóstico. Aunque se elija una categoría diagnóstica específica según los manuales de clasificación, igualmente debiera haber un diagnóstico en cuanto al funcionamiento psicológico del paciente. En el caso de los niños, la perspectiva de la psicología del desarrollo es esencial por cuanto orienta respecto al juicio de una conducta o síntoma como normal o anormal.
- g) **Hipótesis comprensiva (Conceptualización del caso):** se refiere a la teoría o hipótesis que mejor calza con el conjunto de los datos para explicar qué le pasa al paciente desde un punto de vista psicológico. Si el diagnóstico está hecho en base a categorías diagnósticas seleccionadas del DSM, se busca aquella hipótesis que mejor explique, a juicio del terapeuta, el desarrollo y mantención del trastorno en ese paciente particular.
- h) **Recomendaciones de tratamiento:** se refiere al tratamiento más apropiado para esa persona en particular, que se desprende de la hipótesis comprensiva y considera el contexto general del paciente. Se discuten las metas y se establece un conjunto de objetivos específicos para el tratamiento. Hay casos en que los objetivos del terapeuta no coinciden con los del paciente (o consultante) y esto debe especificarse. Lidar con estas diferencias es una complicación clínica (Zara, Barach, Nedelman y Dreiblatt, 2005). Idealmente debieran especificarse los métodos terapéuticos que se propone utilizar.

También los posibles obstáculos que podría encontrar el tratamiento y se discute los riesgos de tomar o no tomar el tratamiento.

Otro beneficio importante que tiene la planificación de la terapia es evitar que las sesiones se transformen en un desahogo permanente de situaciones puntuales y contingentes por parte del paciente y /o consultante. Si bien a veces esos “desahogos” pueden ser necesarios y positivos, hay que entender que la psicoterapia apunta a trabajar aquellos aspectos del sujeto y su ambiente que no se resuelven con una actividad “catártica”.

DEVOLUCION DE LA INFORMACION:

La devolución de información al consultante constituye el cierre del proceso de la evaluación psicodiagnóstica a través de un diálogo, y en lo posible, de la emisión de un informe psicológico escrito. La entrevista devolutiva también otorgará nueva información, ya sea del paciente evaluado, como también del sistema consultante, a través de nuevos datos que surgen a propósito de los hallazgos de la evaluación, a través de la confirmación o refutación de datos ya presentados, como también a través de la observación de las respuestas no verbales. En función de lo anterior, es recomendable emitir el informe final después de la entrevista de devolución.

Como plantean Aretio, Müller y Mateluna (2003), la devolución es el momento cúlmine del psicodiagnóstico, e implica tanto riesgos como oportunidades, en tanto puede ayudar como obstaculizar las decisiones futuras en relación a continuación de un proceso terapéutico, en caso que éste sea necesario. La sesión de devolución es también importante para el terapeuta, por cuanto se constituye también en un instrumento de autocuidado para el psicólogo (a), dado que le permite canalizar sus preocupaciones y angustias, al poder hacer un cierre del proceso.

El principal objetivo de la devolución de información es por un lado cumplir con un deber ético (que se analizará más adelante), y por otro transmitir la información obtenida mediante la evaluación psicodiagnóstica de una forma veraz, clara, estratégica, organizada y dosificada a quién le pertenece, y también a quién la solicitó (que en el caso del psicodiagnóstico infanto juvenil no siempre corresponden). Su finalidad es aumentar la toma de consciencia y la comprensión empática de los problemas que tiene el niño por parte de los adultos relevantes en este proceso, y facilitar también que el mismo paciente comprenda lo que le sucede.

¿Cómo lograr los objetivos de veracidad, claridad, organización, dosificación y estrategia en la entrega de la información?

La **veracidad** de la información es más probable de alcanzar en la medida que esté lo más libre posible de interpretaciones. Es preferible describir una conducta (por ejemplo “la niña no contestó todas las preguntas”), que hacer una interpretación de una conducta observada como un rasgo generalizado (decir que es “una niña rebelde y opositorista”) (Esquivel y Ancona, Heredia y Ancona, y Gómez-Maqueo (2007)).

La **claridad** de la información se refiere principalmente a presentar las ideas con una secuencia lógica y ordenada, “sin que sean redundantes y utilizando palabras del vocabulario común” (Esquivel y Ancona y col, pág 310). Hay que evitar terminología clínica y lenguaje técnico en la medida de lo posible ya que en el oyente puede provocar confusión y distancia, lo que interfiere con la claridad de la comunicación. Esto permitirá que el paciente sienta que comparte información que entiende, lo cual aumentará a su vez su confianza. Términos como conducta regresiva, psicosis, transferencia o refuerzo no siempre son bien comprendidos.

Estratégica y dosificada alude a que no siempre hay que dar todos los detalles y hallazgos; mucha de la información que se da en esta entrevista no será asimilada, será distorsionada y/o será olvidada. Las supervisiones y la revisión del material ayudan a tener confianza, sobre todo al terapeuta principiante, respecto de qué decir y qué no. Se debe hablar de los temas que son relevantes para tratar los problemas presentados o sobre los que aunque no los hayan presentado como relevantes, son importantes de destacar. Excepcionalmente se puede respaldar la información con resultados concretos de las pruebas sobre todo en el caso de los pacientes muy defendidos. Pero lo importante es la función que van a tener estos resultados en el sentido de complementar la hipótesis diagnóstica para que el paciente obtenga una mayor comprensión. Se recomienda que más que dar un diagnóstico, entregar información descriptiva sobre el problema, severidad y pronóstico. Se trata de dar la información necesaria para que el paciente pueda tener una mayor comprensión de la situación o del tratamiento sugerido (Zaro, Barach, Nedelman y Dreiblatt, 2005). Para Aretio y col, los aspectos que NO deben quedar fuera de la devolución, especialmente cuando la devolución se le hace a los adultos, son los siguientes: Etiología, Diagnóstico (planteamos que en los términos recientemente descritos según Zaro y col), Pronóstico (qué ocurriría si se hace o no terapia; al respecto Zaro y col plantean que debe buscarse un equilibrio entre despertar una sana esperanza y afirmar que la terapia tendrá resultados exitosos cuando no existe certeza sobre los resultados. El asegurar éxito de la terapia puede provocar más adelante una posible desilusión de la terapia. Cuando no existe certeza sobre los resultados, porque por ejemplo no se dispone de evidencia

empírica, debe plantearse al paciente por ejemplo, “usaremos para el problema una técnica que ha resultado efectiva en estos casos; veremos cuán largo será el tratamiento dependiendo de cómo vaya la terapia”). Indicaciones y Sugerencias se entregan al final.

Organizada: Es de gran ayuda comenzar por el motivo de consulta (e incluso reformularlo en el sentido de presentar las quejas jerarquizadamente) y finalizar la sesión con un pequeño resumen y establecer el foco de la siguiente sesión, junto con dejar un tiempo para posibles preguntas que no se hicieron.

Al partir la sesión por el motivo de consulta, se comienza por un punto en que consultante y terapeuta concuerdan. Luego se debe proseguir con los antecedentes, resultados e impresiones más relevantes, aún cuando el paciente no las haya presentado. Si el consultante no está de acuerdo en tratar algunos temas, pero el terapeuta considera que es de importancia para tratar el problema, éste igual debe dar su opinión al respecto. Esta información debe entregarse con criterio de realidad, partiendo por los datos más objetivos y desde ahí hacia los más interpretativos, integrándolos finalmente en una conceptualización o hipótesis comprensiva que explique qué le pasa al paciente y por qué le pasa, no olvidando la dimensión evolutiva para juzgar la naturaleza de los problemas (las evaluaciones responden motivos de consulta). De esta hipótesis se desprenderán las metas terapéuticas, objetivos, estrategias y técnicas a utilizar.

Uno de los aspectos importantes dentro del contrato terapéutico es construir en conjunto con el paciente objetivos y metas de tratamiento. Los objetivos bien definidos permiten al paciente y terapeuta no sólo ir evaluando el progreso terapéutico, sino que son un gran paso para establecer una buena alianza terapéutica. Generalmente los objetivos propuestos concuerdan con los del paciente, aunque a veces no tengan las mismas prioridades. Para que los objetivos sean manejables estos deben estar en acuerdo y ser definidos de tal manera de que sean alcanzables en relativo corto plazo. Los objetivos pueden ser más significativos cuando tienen un foco determinado y cuando se planifica que para pasar a otro objetivo, se necesita cumplir con el anterior a éste. Es decir, saber cuál es el primer objetivo y no sentir que todos los objetivos deben ser alcanzados simultáneamente.

Describir y explicar el tratamiento con lujo de detalles puede ser muy difícil. Además que muchas veces tanto los objetivos del consultante como del terapeuta pueden cambiar durante el curso de la terapia. De hecho, según Zaro y col, es común que después de las primeras seis a ocho sesiones se deban restablecer nuevos objetivos terapéuticos. Pero es importante que el consultante tenga alguna idea general de qué pasará en la terapia, cuáles serán los focos de la terapia y cuáles serán las responsabilidades de cada uno. Normalmente la mayoría de los pacientes busca ayuda psicológica sin tener muy claro en

qué consiste ésta, y no es raro que hay prejuicios y mitos al respecto. También frente a un mismo problema, puede haber diferentes alternativas de tratamiento, y quizás el paciente implícitamente identifica la terapia con alguna de estas alternativas. Zaro al respecto recomienda introducir este tema más o menos de la siguiente manera:

“Básicamente existen dos maneras de tratar este tipo de problema. Un método es tratar de entender mejor las razones de por qué su hijo tiene este problema y tratar de resolver los conflictos que los pudo haber causado. El otro, el cual yo le propongo, le ayudará a disminuir los síntomas que presenta su hijo y por los cuales usted está consultando. El foco de nuestro tratamiento será este problema en específico y los síntomas que su hijo está experimentando y que a uds les preocupa. Yo propongo esta alternativa porque [...] (puede ser que se ha demostrado que es más efectiva y rápida, y/o porque tenemos poco tiempo y/o porque es la línea de trabajo que mejor manejo)”

Al presentar el plan de tratamiento, el terapeuta también deberá presentar los beneficios y costos, y prever los obstáculos. Entre los riesgos está el hecho de que muchas veces al iniciar la terapia los síntomas emocionales pueden exacerbarse, y que en ocasiones la solución del problema es que el niño deje de portarse tan bien. Si no se anticipa a los consultantes estos “costos” puede correrse el riesgo de que se abandone la terapia debido a que los consultantes piensan que la terapia está haciendo más mal que bien.

Por lo tanto, después de la devolución, el consultante debe decidir si acepta o no lo que se le propone. Una vez que el paciente acepta continuar con terapia, se deben considerar otros aspectos técnicos antes de continuar con ésta. Esto incluye la duración y término de la terapia, como también aspectos económicos del tratamiento y responsabilidades mutuas. Si el paciente por ejemplo tiene problema para asistir debe saber cómo proceder y las consecuencias de hacerlo de esa u otra manera. El tema de los costos es uno de los más difíciles de manejar, sobre todo cuando se trabaja con pacientes con gran dificultad económica y muchas veces no pueden costear el tratamiento. Es importante aquí diseñar una estrategia terapéutica que contemple esto como un obstáculo a un tratamiento completo de modo de tratar de ser lo más eficiente en el menor tiempo. Fijarse objetivos realistas tanto para terapeuta como para paciente.

Hay veces en que el terapeuta evaluador no puede hacer el tratamiento y debe derivar. Existen muchas razones para esto, desde que el servicio que necesita el paciente no está disponible en la institución, la persona necesita a un terapeuta especialista, etc. En este caso la sesión de devolución de información toma mayor importancia porque puede ser la última vez que se ve al paciente. Es importante aquí evitar cualquier malentendido, facilitando la derivación de una manera activa y facilitadora por parte del terapeuta (dándole al consultante datos de lugares específicos donde traten su problema, información

de cómo contactarse, ojalá que la persona o lugar de referencia sepa de la derivación, y manteniéndose en contacto hasta asegurarse de que el paciente “llegó a destino”).

Hasta el momento nos hemos referido a la devolución de información con el consultante, que en general en psicodiagnóstico infantil y juvenil, suelen ser los padres. Pero también hay que preocuparse de hacer una devolución al propio evaluado. Con niños chicos (preescolares y escolares menores) la devolución debe ser breve, concreta y ajustada al nivel de desarrollo cognitivo del niño. Ojalá utilizar técnicas lúdicas o narrativas. Con niños mayores la devolución es más similar a la que se le entrega a los padres, pero se recomienda ir chequeando qué y cuánto están entendiendo, y no atiborrar de información; la entrega de información se va retroalimentando a través de la recogida de información verbal y no verbal que el clínico hace de las reacciones del evaluado. Si bien cuando la consulta es solicitada por el adolescente mismo se puede planificar la devolución a éstos en primer lugar, igual hay que considerar a los padres. Aretio y col recomiendan como regla general, que se cite primero a los padres (a no ser que se haya pactado en el encuadre inicial dejar fuera a los padres pero con acuerdo de éstos) “a fin de respetar y/o marcar jerarquías propias de un sistema familiar; hacerlo así facilita además que se puedan tomar decisiones conjuntas acerca de los pasos a seguir y que posteriormente éstas le sean comunicadas al niño (a), retroalimentando la entrevista devolutiva con éste” (pág 81).

No hay que olvidar que el proceso psicodiagnóstico se realiza en una persona, que además en el caso de los niños la mayoría de las veces son llevados a consultar, y en quienes los resultados del psicodiagnóstico pueden tener consecuencias concretas para sus vidas, no elegidas por ellos y muchas veces que los afectan. Por esto la dimensión ética de la práctica clínica debe estar quizás más presente.

A continuación se señalan algunos de los principios éticos que el psicólogo debe tener presente al llevar a cabo el psicodiagnóstico clínico (Esquivel y Ancona y col, 2007)

- **RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA:** las personas que son enviadas a consultar tienen que estar debidamente informadas sobre las implicaciones y la tarea que se va a llevar a cabo.

Hay que llevar registros de lo que se realiza y protegerlos. El estudiante (y en general el profesional) debe asumir la responsabilidad de buscar supervisión de otro profesional, sobre todo si tiene dudas.

- **TRATAMIENTO HUMANO Y RESPONSABLE:** Hay que ser discreto con la información. También el profesional tiene que interpretar las pruebas en el contexto de vida del paciente, lo que implica que no se interpreta en términos técnicos “en blanco”. La comunicación de resultados debe planificarse y ser clara y considerando el contexto.

Hay que devolver los resultados no sólo al consultante sino que también al niño, tomando en cuenta su edad y su nivel de comprensión.

- **INTEGRIDAD PROFESIONAL:** no recurrir al engaño en el servicio profesional que se ofrece. El profesional debe conservar un archivo completo de cada uno de sus pacientes, como un antecedente.
- **RESPONSABILIDAD SOCIAL:** el profesional tiene que preocuparse que toda intervención sea ética y mantener altos estándares profesionales: estar en supervisión y capacitación continua, así como mantenerse informado de los últimos avances sobre el tema.

La APA (American Psychological Association) ha establecido una serie de normas éticas de modo de ofrecer una orientación general a los especialistas. A continuación se exponen los requisitos mínimos que a juicio de esta asociación deben cumplir los psicólogos que hacen evaluaciones clínicas.

- **ENTRENAMIENTO:** el psicólogo debe contar con capacitación, experiencia y conocimiento en los campos de desarrollo infantil y familiar, así como también manejo de pruebas psicológicas y psicopatología.
- **CONSULTA:** el psicólogo debe consultar a otros cuando no está seguro de sus resultados de sus evaluaciones.
- **CONOCIMIENTO DE LOS SESGOS PERSONALES Y SOCIALES:** hay que estar consciente de cualquier sesgo personal (edad, sexo, religión, origen, etc) que pudiera influir en la evaluación restándole objetividad en la interpretaciones de las pruebas y en las recomendaciones que pudiera hacer posteriormente. Es preciso reconocerlos, esforzarse por superarlos y si no es posible, derivar al paciente.
- **EVITAR RELACIONES MÚLTIPLES:** se tienen que evitar posibles conflictos de intereses (por ejemplo evaluar al hijo de la amiga que se está separando). Es decir, el que actúa como terapeuta no debe desempeñar otros roles en relación con el paciente.

- CONSENTIMIENTO INFORMADO: para evaluar al niño el psicólogo debe obtener el consentimiento informado por parte de los padres.
- CONFIDENCIALIDAD Y REVELACION DE LA INFORMACION: se debe proteger la confidencialidad de la información que se obtiene durante la evaluación. La única excepción es cuando el paciente (o tutor) da su autorización para que se de la información.
- CONOCIMIENTO DE LAS LEYES ESTATALES: aquellas pertinentes a la evaluación, como las relativas a discapacidad, abuso y maltrato, violencia intrafamiliar y custodia.
- DIVERSOS METODOS DE RECOPIACION DE INFORMACION: no debe tomarse ninguna decisión con base en una fuente de datos exclusivamente.
- INTERPRETACION DE LOS DATOS: se deben interpretar los datos de manera cuidadosa y apropiada, considerar interpretaciones alternativas y evitar aquellas que exageran los datos, o cuentan con poco sustento empírico.
- EXPLICACION DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION: hay que explicar los resultados y sus recomendaciones de manera clara y comprensible a los padres, a quienes se deriva, y cuando es conveniente, a los niños.-
- REGISTROS Y DATOS: se deben conservar los datos naturales
- CONFIABILIDAD Y VALIDEZ: en su informe el psicólogo tiene que exponer con claridad cualquier duda que tenga acerca de la validez y confiabilidad de los resultados de las pruebas.
- ENTENDER LA INFLUENCIA QUE EJERCEN LAS RECOMENDACIONES: se debe tener siempre presente que las recomendaciones hechas pueden modificar de forma importante la vida de los demás, y por tanto hay que estar consciente de esta responsabilidad social, y actuar con prudencia, humildad y empatía.
- RECONOCIMIENTO DE COMPETENCIAS: el psicólogo debe aceptar sus propias competencias y limitaciones de las técnicas de evaluación e intervención. Las evaluaciones deben hacerlas personal capacitado y conocedor del tema.

- **EXPLICACION DE LOS COSTOS FINANCIEROS:** hay que asegurarse que el paciente entienda con toda claridad los costos financieros asociados con la evaluación antes de que ésta empiece. Lo mismo en el caso del tratamiento posterior.
- **INVESTIGACION:** cuando el psicólogo utiliza datos de la evaluación para investigación, debe considerar la dignidad y bienestar y utilidad en quienes participan en el proyecto.

Aretio, Müller y Mateluna agregan ciertas consideraciones en relación a los derechos de los niños que enriquecen la dimensión ética de la actividad de evaluación. Ellas plantean que:

Todo niño que llega a una consulta psicológica tiene derecho a saber qué hace un psicólogo, cómo trabaja, qué va a hacer con él, conocer por qué es traído como también poder manifestar su conformidad o disconformidad con la decisión de quién los trae.

Tiene derecho a que se le resguarde su privacidad en el sentido de proveer un espacio y relación adecuada, como también respetar la confidencialidad (con las excepciones obvias).

En relación a qué información debe dársele al niño, sugieren que todo niño tiene derecho a saber qué instrumentos se aplicarán, conocer las ventajas o beneficios que tendrá la evaluación para el o ella, saber el tiempo aproximado de la evaluación, acceder a los resultados y saber quiénes más van a conocer los mismos.

Aretio, Müller y Mateluna agregan que todo niño tiene derecho a la atención de salud psicológica y social, lo que implica poner nuestros mejores esfuerzos y conocimientos técnicos al servicio del niño y su familia (o responsables del niño). Esto implica saber derivar oportunamente cuando nos sentimos poco capaces para enfrentar el caso. Independiente de lo anterior, se debe abordar todo caso compensando la falta de experiencia y conocimientos específicos con supervisión sistemática y búsqueda bibliográfica.

Especialmente importante es resguardar la integridad física y psicológica del niño, chequeando ambientes abusivos, evaluar riesgos y daños, buscar medidas de protección y denunciar cuando es necesario, junto con buscar aliados al interior del contexto cercano

TAREAS PARA EL ALUMNO:

De acuerdo a los resultados obtenidos en su evaluación prepare una sesión de devolución para los padres y una sesión de devolución para el paciente, incorporando la información presentada en el texto: DEVOLUCION DE INFORMACION.

TAREAS PARA EL COORDINADOR:

Llevar a cabo las sesiones de devolución de información correspondiente junto con el alumno, siendo el guía/ejecutor de las mismas.

TAREAS PARA EL SUPERVISOR:

Revisar los contenidos de las sesiones de devolución propuestas por el alumno.

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No copiar

g. DERIVACIÓN

DERIVACION A ESPECIALISTAS:

Se refiere al porqué, cuándo y a quién derivar. Hay muchas razones para derivar a otros especialistas, pero de especial interés son dos situaciones: abuso y maltrato y situaciones de crisis que involucren conductas peligrosas para el paciente (suicidio, abuso de sustancias peligrosas) y para los que lo rodean.

Con respecto al abuso y maltrato se recomienda consultar documentos guías especialmente diseñados por el Servicio nacional de Menores (Sename) como por la Escuela de Psicología de la ULA. A modo de resumen se presenta a continuación las siguientes recomendaciones.

La necesidad de proteger al niño/a o adolescente exige de quienes intervienen realizar permanentemente acciones destinadas a interrumpir la situación de maltrato y abuso sexual infantil. Este proceso cruza transversalmente la intervención, ya que en cualquier momento puede ser necesario adoptar medidas de urgencia, las cuales se espera sean evaluadas y modificadas conforme al curso que va adquiriendo la intervención con el niño/a o adolescente y su familia. De esta forma es probable que ciertas instituciones hayan tomado medidas de urgencia destinadas a la protección del niño/a o adolescente con anterioridad a la derivación al proyecto. Sin embargo, la responsabilidad de evaluar las medidas adoptadas y de reformularlas es de competencia del equipo del proyecto de reparación, ya que en éste se centra la intervención y disponen de los recursos para ello. Es importante sugerir a Tribunal pertinente el ingreso a sistema residencial de un niño, niña o adolescente cuando correspondan, siendo éste el último recurso. Al respecto, es conveniente tomar en cuenta las siguientes consideraciones: Toda intervención en maltrato y abuso sexual infantil valorará aquellas medidas que garanticen la interrupción del maltrato y el resguardo de los derechos de protección del niño/a o adolescente y que, en lo posible, no impliquen la separación de su familia y que permitan la posibilidad de interrumpir la dinámica relacional abusiva con el agresor. Si los profesionales responsables de cada caso estiman que la medida adoptada no garantiza la interrupción y protección de los actos de violencia que puede cometer el agresor y si no es posible asegurar la separación del ofensor, entonces se recurrirá a medidas que impliquen la salida transitoria del niño/a o adolescente de su grupo familiar de origen. Con el objetivo de que las medidas sean lo menos dolorosas, se privilegiará la familia extensa (tíos, abuelos, padrinos, etc.) y aquellas alternativas que tengan cercanía afectiva como amigos y vecinos, entre otros (siempre y cuando sea una resolución judicial adoptada desde las autoridades pertinentes). Por estas

razones, se requiere que los proyectos cuenten con la capacidad de diseñar los mecanismos de coordinación que permitan orientar a los consejeros técnicos, acerca de la oferta existente y las coordinaciones realizadas, con el propósito de fortalecer un trabajo en red con enfoque de derechos. (Guía clínica SENAME)

Las condiciones recién comentadas son motivos de exclusión y no se atienden en el Centro de salud mental de San Bernardo. Estas son derivadas a centros especializados que se listan a continuación:

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No copiar

	LUGAR	DIRECCIÓN	DIRECTOR/A	FONOS	MAIL	HORARIO ATENCIÓN	PROGRAMAS - TIPO ATENCIÓN
1	CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM CONFRATERNIDAD	Martín de Solís 14210	María Paz Iturriaga	225689120	director.confra@saludsbdo.cl	Lu-Mie 8:00 a 17:00 Jue-Vie 8:00 a 16:00 <u>Extensión horaria:</u> Lu-Vie 17:00 a 20:00 Sáb. 9:00 a 13:00	1. Trastornos emocionales y/o conductuales de la infancia y adolescencia (hasta 19 años) 2. Trastornos hipercinéticos de la infancia y adolescencia (desde 5 a 15 años) 3. Alcohol y drogas (desde 12 años) 4. Depresión (desde 15 años) 5. Trastornos de Ansiedad (desde 15 años) 6. Maltrato y abuso sexual infantil (gestación hasta 18 años) 7. Violencia Intrafamiliar (desde 15 años) EQUIPO INTEGRADO POR: * Médico * Psicólogo(a) * Asistente Social * Terapeuta OH y Drogas
2	CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM DR. RAÚL CUEVAS (ex SAN BDO)	San Alfonso 1201	Susana Araya	228562916	director.rcuevas@saludsbdo.cl		
3	CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM CAROL URZÚA	Mendoza 0855, Tejas de Chena	Felipe Ochoa	228580380	director.curzua@saludsbdo.cl		
4	CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM RAÚL BRAÑES	Condell 1036	Heriberto Enrique García	224815859	director.rbranes@saludsbdo.cl		
5	CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM JUAN PABLO II	Santa Marta 0276	Ricardo Sánchez	225766150	director.jpablo@saludsbdo.cl		
6	CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM EL MANZANO	Camino Santa Teresa 1876	Betty Carmona	226084100	director.manzano@saludsbdo.cl		
7	CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM JOAN ALSINA	Marquez de la Plata 05	María Marcela Zúñiga	225766050 225766000	director.jalsina@saludsbdo.cl		
8	CASA DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES RUCAHUECHE	Madrid Osorio 067	Romina León (Directora) Estefanía Pucciarelli (Coord.SM)	227851381 224815823 224815822	rucahueche@gmail.com rucahueche@saludsbdo.cl	Lu-Vie 09:00 a 20:00	1. Promoción, prevención y de atención integral de salud ambulatorio a adolescentes <u>10 a 19 años</u> . 2. Educación para la salud y consejería. 3. Promoción y prevención en escuelas y organizaciones comunitarias. 4. Capacitación docente de pre-grado y post-título. 5. Investigación en el ámbito juvenil. EQUIPO INTEGRADO POR: Psiquiatra Infanto-Juvenil, Médico, Psicólogo(a), Asistente Social, Téc.en Rehabilitación OH y Drogas, Psicopedagoga, Matronas, Nutricionista y Enfermera.

9	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL - COSAM	Portales 964	Yessica Villanueva	225761006 225761000 225014021	director.cosam@saludsbdo.cl	Lu-Vie 08:30 a 20:00 EQUIPO ADULTOS INTEGRADO POR: ° Psiquiatra ° Médico ° Psicólogo(a) ° Terapeuta Ocupacional ° Asistente Social ° Téc.Rehab.OH-Drogas. EQUIPO INFANTO-JUVENIL INTEGRADO POR: ° Psicólogo(a) ° Terapeuta Ocupacional ° Asistente Social ° Téc. Rehab.OH-Drogas REQUISITOS: 1. Estar inscrito en Cefam de la comuna. 2. <u>Ser derivado(a) desde APS.</u>	PROGRAMA AMBULATORIO COMUNITARIO TRATAMIENTO POR CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS (PAC): tratamiento a adolescentes <u>entre 12 y 20 años</u> que presentan consumo <u>moderado a severo</u>. Pueden solicitar ayuda de manera espontánea. Duración: 6 a 10 meses de tto. PROGRAMA AMBULATORIO BÁSICO DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS Y/O ALCOHOL - GES: tratamiento a adolescentes <u>menores de 20 años</u> que presentan consumo <u>exploratorio a moderado</u>. Pueden solicitar ayuda de manera espontánea. Duración: 12 meses de tto. PROGRAMA AMBULATORIO BASICO DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS Y/O ALCOHOL: tratamiento a usuarios <u>mayores de 20 años</u> que presentan consumo <u>moderado</u>. Resalta la existencia de una actividad ocupacional (laboral o educacional) y la existencia de soporte familiar. Debe ser derivado de APS. Duración: 12 meses de tto (2 o 3 veces por semana). PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS Y/O ALCOHOL (PAI): tratamiento a usuarios <u>mayores de 20 años</u> que presentan consumo <u>moderado o severo</u>, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática leve, sin actividad ocupacional y con soporte familiar). Debe ser derivado de APS. Duración: 12 meses de tto (asistencia regular de Lunes a Viernes).
---	---	--------------	-----------------------	-------------------------------------	-----------------------------	--	---

						PROGRAMA SALUD MENTAL ADULTOS <u>Criterios de exclusión:</u> * Depresión personas mayores de 15 años (en APS como GES). * Ideación e intento suicidas (en APS). * Trastornos alimentarios (en APS). * Esquizofrenia (en APS y Hospitales Parroquial y El Pino). PROGRAMA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL 1. Programas OH y Drogas (2). 2. Depresión unipolar y distimia menores de 15 años. 3. Trastornos de comportamiento y emocionales. 4. Trastornos disociales. 5. SDAH con comorbilidad. <u>Criterios de exclusión:</u> * Enuresis y encopresis no orgánicos. * Trastornos alimentarios. * Tartamudez. * se derivan a RUCAHUECHE
10	OFICINA DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (OPD)	Colón 823	Pía Niño (Directora) Natalia Fonseca (A.Social)	228580066 229270999	pnino@sanbernardo.cl opdsanbernardo@gmail.com opdproteccion@gmail.com	Lu-Jue 08:30 a 14:00 y 15:00 a 17:30 Vie 08:30 a 14:00 y 15:00 a 16:30 Atención a niñ@s y adolescentes que residan en la comuna de San Bernardo y tengan entre 0 (niños en <u>gestación</u>) y 17 años 11 meses 29 días. EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES: * Deserción escolar. * <u>Sospecha</u> de Abuso Sexual y Explotación Sexual (en caso de tener relato, dirigirse a Fiscalía o Carabineros para realizar denuncia). * Maltrato Físico leve o moderado, <u>sin lesiones</u>. * Maltrato Psicológico y/o observador de VIF. * Trabajo Infantil o Explotación laboral. * Abandono por parte de sus adultos protectores. * Bullying. * Negligencia (no se le otorgan los cuidados básicos, descuido de importancia que exponen al niñ@ a riesgos).

11	CENTRO DE LA MUJER	América 281	Carolina Pacheco	229270863 229270951	cpacheco@sanbernardo.cl centrodelamujersanbernardo@gmail.com	Lu - Vie 09:00 a 18:00	Terapia psicosocial breve, grupos de autoayuda y patrocinio legal dirigido a: * Mujeres mayores de 18 años que sufren de violencia doméstica en cualquiera de sus manifestaciones. * Jóvenes menores de 18 años que mantengan una relación de pareja y estén expuestas a maltrato de parte de éste, que residan, estudien o trabajen en San Bernardo, Buin o Paine. - Un tercero puede denunciar en Carabineros pero mujer es citada a ratificar. - Si hay lesiones, Carabineros acude a lugar y constata.
12	14ª COMISARÍA DE SAN BERNARDO	Colón Sur 0713	Tte. Coronel Marco Antonio Arévalo Aliaga	229222990 CELULARES 96070377 96070378 96233133 96233131 96070379 96070380			En entrada hay container especial para atender casos VIF. En caso de <u>abuso sexual</u> si hay relato sin lesiones se denuncia en Carabineros. En caso de haber lesiones el caso es atendido en APS y Fiscalía.
13	FISCALÍA SAN BERNARDO	San José 848	Gamal Massú (Fiscal Jefe) Claudia Gonzalez (Administ.)	229656268 229656244			COBERTURA: San Bernardo-Buin-Paine-Calera de Tango
14	POLICIA DE INVESTIGACIONES - PDI	Eyzaguirre 737		227083572 228593271	bicrim.sbe@investigaciones.cl		

15	JUZGADO DE FAMILIA	San José 545		228562794		Lu-Vie 08:00 a 14:00	
----	--------------------	--------------	--	-----------	--	----------------------	--

Escuela de Psicología, Universidad de

En el caso que se descubra estas situaciones en momentos avanzados de la terapia, la decisión respecto de qué curso de acción tomar, estará a cargo de un comité que analizará en profundidad cada caso particular y recomendará la forma más adecuada de proseguir, considerando tanto las restricciones de atención del Centro como lo mejor para el paciente.

Otras condiciones que requieren evaluar la necesidad de derivar a otros especialistas tienen que ver con trastornos madurativos que tienen un impacto en el desarrollo de la personalidad del niño, pero que su evolución se beneficia mejor con un tratamiento en manos de otros especialistas (por ejemplo psicopedagogo (a), terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo (a)).

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No copiar

c. *Proceso psicoterapéutico:*

i. **LA PERSONA DEL TERAPEUTA INFANTIL Y SU ROL COMO TAL**

En su trabajo profesional el terapeuta, además de utilizar todos sus conocimientos teóricos, debe poner en juego sus capacidades, competencias personales y su experiencia de vida. La forma en que establece los vínculos con los niños que vienen a terapia, está influida por todos estos aspectos, y resulta fundamental tener a la vista que esto es así. Dentro de la dimensión personal del terapeuta se incluyen sus creencias y orientaciones valóricas, siendo éstos, aspectos de la mayor relevancia; ninguna intervención terapéutica está ajena a los valores sociales del contexto y a los del terapeuta. Al respecto, Carpenter y Treacher (1993) llaman la atención sobre la existencia de actitudes en los terapeutas que están arraigadas en la cultura occidental, la que ha ido separando a los niños de la sociedad, protegiéndolos y subestimándolos. De esta forma, no es raro ver cómo los terapeutas asumen posiciones de autoridad, tanto con los padres como con los niños, donde se asemejan más a un profesor que enseña que a un terapeuta que escucha y acoge. Es fácil asumir el rol de experto que da indicaciones de lo que se debe hacer y cómo se debe hacer. Sin embargo, es más difícil escuchar a los padres y sus hijos desde sus particulares experiencias, creencias, recursos y dificultades, y desde lo que ellos son, ayudarlos a buscar sus particulares modos de conseguir una mejor adaptación a sus circunstancias y requerimientos.

Relacionado con lo anterior, los terapeutas infantiles reconocen que muchas veces deben lidiar con una suerte de “mentalidad protectora” que surge en ellos y que se traduce en una necesidad de proteger a los niños, defendiéndolos de sus padres, intentando rescatarlos. Sin embargo, esto puede traer otras dificultades, típicamente, la descalificación de los padres, que distancia al terapeuta de las figuras adultas que se encargan del niño y hace difícil establecer una relación de colaboración, interfiriendo en la posibilidad de empatizar con ellos, acoger su dolor, sus sentimientos de incompetencias, entre otros. De acuerdo a Carrasco (2002), una de las posibles inducciones en la terapia con niños es generar una “alianza con el hijo sobre la base de una identificación con sus aspectos desvalidos ante padres poderosos o poco contenedores o poco sensibles a los estados emocionales del niño o abandonadores” (Carrasco, 2002:23). Este punto es relevante, ya

que parte importante del rol de los terapeutas infantiles tiene que ver con contener a los padres y tomar sus angustias y emociones negativas en relación con el niño; sin embargo, algunas veces este rol entra en conflicto con los sentimientos que muchos padres despiertan en el terapeuta. Este conflicto entre el rol y las emociones del terapeuta puede afectar el éxito de la terapia, ya que la relación con los padres es uno de los aspectos más relevantes para la terapia con niños y se requiere que éstos sean respetados, reconocidos, escuchados. Finalmente, la mayoría de las veces, ellos son lo mejor para sus propios hijos.

Partiendo de estos supuestos, la mayoría de los modelos terapéuticos señalan la necesidad de un trabajo personal en la preparación profesional de los terapeutas. Es necesaria la integración personal, de modo que las experiencias propias de la vida y las características personales del terapeuta se constituyan en instrumentos útiles en la psicoterapia. Es por esto que, autores como Aponte (1988) han mencionado la importancia que tiene que los terapeutas incorporen en su formación profesional el trabajo con su propia vida, de modo que esto les permita enfrentar sus conflictos y liberarlos de sus problemas y núcleos patológicos que pudieran existir. Al estar el terapeuta mejor integrado, tendrá más grados de libertad en sus intervenciones, introspección y creatividad en la vida de sus pacientes. Esto supone haber mirado y resuelto, al menos en alguna medida, los conflictos de la propia infancia, de la relación con los padres y hermanos, de la experiencia escolar, de la relación con los compañeros y los amigos y amigas, y de sus competencias académicas. Es importante haber desarrollado una narrativa más positiva que negativa de estas experiencias y haber re-elaborado las situaciones dolorosas que pueda haber sufrido en su infancia.

En el plano emocional se espera que el terapeuta (re) conozca sus sentimientos y emociones en relación a las diversas características de los niños, hacia determinadas conductas, relatos, estilos de relacionarse. Cada uno tiene diferentes áreas de simpatía y de tolerancia o de antipatía e intolerancia. Por ejemplo, a un terapeuta puede molestarle mucho que un niño se distraiga, en cambio para otro esto puede resultar irrelevante.

Como terapeutas constantemente estamos resonando con las experiencias de los niños; sus conductas y relatos evocan emociones, sentimientos, creencias que nos conectan con nuestras propias experiencias y pueden orientarnos muy positivamente si estamos atentos a nuestras reacciones y podemos diferenciar lo que nos ha pasado a nosotros de lo que le está pasando al niño que tenemos en terapia. Que el terapeuta pueda reconocer sus sentimientos y utilizarlos en terapia, puede ser un buen recurso en la medida que sea un instrumento terapéutico. Aunque en cualquier terapia existe un importante grado de compromiso afectivo, autores como Carrasco (2002) han planteado que el grado de intensidad emocional característico de las intervenciones con niños puede alcanzar tal nivel

que puede llegar hasta a neutralizar al terapeuta en su rol, dificultándole realizar la terapia. Esto implica que el terapeuta puede sentirse conmovido ante la vulnerabilidad infantil e interferir su trabajo. Al respecto, este autor también señala que existirían “posiciones emocionales` típicas en las terapias con niños, que suelen tomarse en forma no consciente... por ejemplo: aliarse con los padres o con el niño, entrar en relaciones de competencia, evitar conflictos, forzar conductas progresivas, o a la inversa favorecer conductas regresivas” (Carrasco, 2002:32).

Es necesario que el terapeuta desarrolle y utilice su sensibilidad, la paciencia, la capacidad de aceptación. Para trabajar con niños los terapeutas necesitan poder sentirse cómodos con un rango razonable de desorden y ser capaces de adaptar sus planificaciones cuando se observa que para el niño no está resultando lo que había planeado con tanta dedicación en el imaginario de la sesión que esperaba hacer. Es especialmente importante estar atentos a cuando algo nos da rabia, cuando surgen sentimientos de impotencia o cuando nos sentimos aburridos.

En relación a las habilidades cognitivas del terapeuta, un aspecto importante a desarrollar es la capacidad narrativa, poder contar historias, capacidad de fabular y de inventar, de crear historias reparadoras. Una intervención terapéutica muy potente es devolver a los niños una nueva narrativa, más positiva, desde otra mirada, cuando ellos cuentan experiencias difíciles.

Si pudiéramos nombrar las principales cualidades deseables en un terapeuta que trabaje con niños, diríamos:

- ✓ Creencias positivas acerca de la infancia
- ✓ Flexibilidad
- ✓ Humor
- ✓ Integridad
- ✓ Capacidad de poner límites
- ✓ Conciencia de las propias limitaciones
- ✓ Creatividad
- ✓ Capacidad de aceptación
- ✓ Respeto y tolerancia
- ✓ Responsabilidad

TAREA ALUMNO:

Que realice la actividad propuesta.

TAREA COORDINADOR:

Solicitar y revisar, y eventualmente comentar, la tarea de los alumnos indicada por el supervisor.

TAREA PARA EL SUPERVISOR:

Traer una viñeta de un paciente que ojalá no corresponda a la edad de ninguno de los pacientes que tenga el grupo. Diseñar una actividad lúdica dirigida a que los alumnos recuerden cómo era su vida a la edad del paciente de la viñeta identificando fortalezas y dificultades para la conducción de la terapia en relación al motivo de consulta de ese caso. El objetivo de esta actividad es enseñar cómo realizar la tarea que se va a pedir, que es que el alumno recuerde como era su vida a la edad de su paciente, identificando también fortalezas y dificultades para la terapia.

ii.

PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA

La terapia no es una actividad que se improvisa. Por el contrario, es una actividad que sigue una planificación que se desprende de la hipótesis comprensiva y que se estructura en metas, objetivos, estrategias y técnicas, a la medida de cada caso particular.

Para crear un buen plan, no sólo hay que considerar los resultados de la evaluación psicodiagnóstica, sino que también hay que considerar el background cultural, el nivel de desarrollo, las características de personalidad, preferencias y actitudes del paciente. Esta comprensión es importante por dos metas claves: 1) establecer y desarrollar un rapport que asegure que el paciente se sienta suficientemente cómodo con el terapeuta para continuar con la terapia, y 2) elegir estrategias y técnicas que mejor se adecuen al paciente particular.

La calidad de la relación terapéutica no hay que darla por garantizada, sino que por el contrario trabajarla pensadamente. Gran parte de los beneficios de la terapia ocurren gracias a una sana y genuina relación humana. La flexibilidad, apertura y responsividad a las necesidades del paciente se prefieren a un protocolo de tratamiento rígidamente implementado. La evidencia empírica ha demostrado que hay ciertos factores comunes que dan cuenta de la efectividad de la terapia (Lambert 2004). Estos serían factores del paciente (40%), Factores terapéuticos donde se encontraría la alianza terapéutica (30%), Marco teórico, que incluiría las técnicas terapéuticas (15%) y Factores de placebo y esperanza (15%).

Por su parte, Lichner (2006) plantea las siguientes características que debe tener una buena relación terapeuta- paciente:

DESARROLLO DE RAPPORT Y CONFIANZA:

Implica no invalidar las percepciones del paciente y demostrar que el terapeuta es una persona confiable y consistente

ESTABLECER LIMITES

Necesarios para no tolerar conducta destructiva, y manifestar revelaciones personales sólo en la medida que serán terapéuticamente útiles para el paciente

SER MODELO DE RELACION HUMANA SALUDABLE

Conectarse de manera empática y responder de forma no defensiva cuando el paciente se queje de falta de receptividad o empatía

PROVEER DE EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE CORRECTIVAS

No rechazar ni abandonar al paciente, y tolerar las proyecciones de éste y manejarlas de tal forma que la exploración de éstas resulte en una experiencia de aprendizaje.

Modelar que los conflictos y desacuerdos son parte natural de las relaciones sana entre las personas. Proporcionar una experiencia correctiva que sea diferente de otras menos sanas experimentadas.

¿CÓMO ALCANZAR TALES METAS?

A través de estrategias terapéuticas como:

CONSTRUIR AUTOESTIMA (siendo no posesivo, no controlador y validador; el terapeuta se ajusta a la triada: empatía, calidez y respeto)

PROMOVER AUTONOMIA: (el terapeuta se abstiene de decirle al paciente qué es lo que tiene que hacer, lo ayuda a lidiar con conflictos internos, sin tomar partido y se resiste a ser el “rescatador” del paciente.

FUNCIONAR COMO ESPEJO: el terapeuta funciona como un espejo del paciente.

Beutler (1983, op. Cit en Lichner 2006) describe ciertos procedimientos terapéuticos que pueden servir para alcanzar los objetivos de una buena relación terapéutica, y que pueden lograrse por medio ya sea de la interacción conversacional y de actividad dirigida. Estos son:

AUMENTAR EL INSIGHT (facilitar una comprensión cognitiva (por ejemplo de la influencia de la propia conducta en los otros, de la influencia de las experiencias tempranas en los patrones relacionales, etc). En la **CONVERSACION TERAPEUTICA (CT)** puede usarse el cuestionar, reestructurar, confrontar, interpretar y en la **ACTIVIDAD DIRIGIDA (AD)** puede usarse el role playing, el diálogo de la silla vacía, asociaciones libres)

CAMBIO PERCEPTIVO (COGNITIVO) (cambio de patrones de pensamiento erróneos, crear nuevas perspectivas, desarrollar habilidades de pensamiento de chequeo de realidad). En la CT se puede hacer a través de dar información, explicar, cuestionamiento Socrático. En la AD puede utilizarse instrucciones automonitoreadas, enseñanza de pensamiento alternativo, búsqueda de evidencia para chequear creencias.

CONSCIENCIA EMOCIONAL(ayudar al paciente a atender y focalizarse en sensaciones y sentimientos, y enseñar un lenguaje emocional adecuado para nombrarlas). A nivel de la CT esto se puede lograr a través del reflejo de sentimientos, comentar conducta no verbal, evitar el énfasis cognitivo e intelectual. A nivel de la AD se puede usar focusing, imaginación guiada, dirigir para exagerar, arteterapia.

ESCALADA EMOCIONAL: (Se trata de movilizar al paciente poco activado hacia la acción o estimular catarsis en el paciente cuyas emociones están “enterradas”). A nivel de la CT este puede lograrse a través de una respuesta empática al estado de “niño interior”, realizar un modelado de rol de expresión de emociones intensas). A nivel de la AD, puede servir el role playing, pedir al paciente que hable en tiempo presente, técnica de la silla vacía).

REDUCCION DE EMOCIONES: (ayudar al paciente a mantener un nivel óptimo de activación, reduciendo emociones intensas de miedo o rabia.) A nivel de la CT puede darse apoyo para reducir la ansiedad, enseñar y explicar, validar y empatizar, normalizar. A nivel de la AD sirve modificar autodiálogos, entrenamiento en relajación, desensibilización, flooding y biofeedback.

CONTROL CONDUCTUAL (Y DESARROLLO DE HABILIDADES): (estimular la ejecución de conductas deseadas bajo ciertas circunstancias y reducir comportamientos indeseados, y aumentar el autocontrol). A nivel de la CT sirve que el terapeuta modele la conducta, explique, enseñe resolución de problemas y asista. A nivel de la AD es de utilidad el roleplaying con feedback y coaching, el uso de contrato de contingencias, automonitoreo de antecedentes y consecuencias.

Hay consenso en planificar la terapia según etapas.

- Etapa inicial: aquí se desarrolla una buena relación terapéutica, se explica la racionalidad del tratamiento, se establece la estructura de las sesiones, se clarifican expectativas y se elicit cooperación.
- Etapa media: esta etapa se divide en subetapas y las metas se relacionan con estrategias y técnicas de tratamiento.
- Etapa final: se refuerza el logro de las metas, se trabaja la transferencia de los cambios a situaciones futuras, se exploran los sentimientos respecto de al término de la terapia y se manejan otros temas nuevos que surjan, a la vez que se previenen recaídas.

Denison (1999) presenta un modelo de terapia individual que se basa en una metodología conductual, en el sentido que se plantean metas terapéuticas en término conductuales y específicos para cada paciente particular, de modo de tener claro el foco de terapia. Ella propone tres componentes esenciales.

- 1) La terapia se divide en 3 fases: inicial, medial y de término.
- 2) Se establecen dos tipo de metas: de proceso y de término que han sido definidas para cada una de estas fases.
- 3) Se definen metas primarias y secundarias para identificar cuáles metas de proceso o de contenido son más importantes en cada fase de la terapia.

En la fase inicial, las metas de proceso son el énfasis principal, en donde la preocupación prioritaria del terapeuta es crear un setting atractivo, estimular la apertura y construir una relación de confianza. Denison plantea en esta fase el proceso de evaluación (otros autores separan la fase de diagnóstico en fase aparte, como por ejemplo Lorena Fernández).

En la fase media, el foco es tratar los problemas que trajeron al paciente a consultar. Los medios para lograr estas metas se determinan individualmente para cada niño.

La última fase se concentra en terminar la relación terapéutica. Un cierre sano normalmente entrega experiencias correctivas para otros finales no resueltos bien en la vida del niño.

Uno de los aspectos distintivos de este modelo es que se van enfrentando dos sets de metas paralelas simultáneamente. Esto alude a que cuando se trabaja en terapia, especialmente con niños, el clínico debe ir enfrentando no sólo el problema que motivó la

consulta, sino que también aquellas variables que sostienen una buena relación terapéutica. Las metas de proceso se mantienen constante para todos los pacientes. Las de contenido varían de paciente a paciente y reflejan el área de problema particular de cada uno.

El concepto de meta primaria y secundaria alude al énfasis que se le da a cada meta de proceso o de contenido a lo largo de la terapia. Ambas están presentes en todo el proceso, pero en etapa inicial y de término el énfasis primario está puesto en las metas de proceso, en cambio en la etapa media el énfasis primario está puesto en las metas de contenido.

En la siguiente tabla se describen los conceptos revisados.

FASES DE LA TERAPIA DE DENISON

<i>Fase inicial</i>	<i>Fase media</i>	<i>Fase de termino</i>
<i>Metas de proceso *</i>	<i>Metas de proceso</i>	<i>Metas de proceso *</i>
<i>Énfasis primario</i>	<i>Énfasis secundario</i>	<i>Énfasis primario</i>
1. Iniciar la atracción del niño a la terapia. 2. Iniciar la apertura del niño. 3. Iniciar los sentimientos de confianza al terapeuta.	4. Aumentar la atracción del niño a la terapia. 5. Aumentar el nivel de apertura del niño. 6. Aumentar los sentimientos de confianza. 7. Evaluar Eº de la alianza terapéutica	8. Aumentar la atracción del niño hacia otras fuentes de apoyo. 9. Mostrar al niño sus progresos. 10. Permitir que "lamente" el final de la terapia. 11. Prevenir recaídas.

Metas de contenido	Metas de contenido *	Metas de contenido
Énfasis Secundario	Énfasis Primario	Énfasis Secundaria
1. Evaluar la adecuación del niño a la terapia. 2. Comenzar a establecer metas de tratamiento	Estas son las metas de tratamiento determinadas para cada niño.	Son las mismas que se establecen en la fase media del tratamiento.

El modelo de planificación de terapia planteado por Jongsma (2003) puede incorporarse en la etapa media de terapia, (si se quiere lograr una mayor integración de modelos), al permitir centrarse en la operacionalización de los problemas. Esta forma de trabajar requiere que el clínico transite de una manera fluida desde la evaluación del problema a la formulación del plan de tratamiento. Según este modelo los planes de tratamiento deben ser específicos a los problemas, con síntomas conductualmente definidos así como las metas, objetivos de tratamiento y las intervenciones. Acá los planes de tratamiento deben ser individuales para abarcar las necesidades y metas del paciente.

El proceso de desarrollar un plan de tratamiento envuelve una serie lógica de seis pasos que se relacionan unos con otros.

Paso 1: SELECCIÓN DEL PROBLEMA

Aunque el paciente (o quienes lo traen) pueden discutir una variedad de temas, el clínico debe averiguar cuáles son los problemas más significativos en los que se focalizará el tratamiento. Un plan efectivo de tratamiento puede tratar con algunos pocos problemas o el tratamiento puede perder foco o dirección. Una vez que se ha seleccionado un problema claramente, es importante considerar las opiniones del consultante respecto de la priorización de problemas, de modo de asegurar la motivación a trabajar.

Paso 2: DEFINICION DEL PROBLEMA

Cada paciente revela el problema de una forma particular. Por esto cada problema que se selecciona como foco de tratamiento requiere una definición específica respecto de cómo se expresa en ese paciente particular. Esto no es una definición al estilo DSM, sino que por el contrario, más que homogenizar pacientes, discrimina lo característico de ese síntoma en ese paciente específico.

Paso 3: DESARROLLO DE METAS

El siguiente paso es establecer metas claras pero amplias y generales, que representan la resolución del problema. Estas pueden establecerse de maneras no medibles y se refieren a las metas a largo plazo o finales que indican que se ha alcanzado el resultado positivo planificado.

Paso 4: CONSTRUCCION DE OBJETIVOS

En contraste con las metas de largo plazo, los objetivos deben establecerse en un lenguaje conductualmente medible. Debe quedar claro cuando el paciente ha logrado los objetivos establecidos. Estos, a diferencia de las metas generales, deben ser medibles y debe desarrollarse como un paso hacia la consecución de la meta final. En esencia, pueden pensarse como una serie de pasos, que cuando se completan, resultan en el logro de la meta de largo término (resulta útil acá la metáfora de la escalera donde cada escalón es un objetivo y la llegada al descanso representa la meta).

Pueden agregarse nuevos objetivos al plan a medida que progresa el tratamiento.

Paso 5: CREACION DE LA INTERVENCION

Las intervenciones son las acciones (estrategias, técnicas) que diseña el clínico para ayudar al paciente a alcanzar sus objetivos. Las intervenciones deben seleccionarse sobre la base de las necesidades terapéuticas del paciente y sobre la base de su efectividad evaluada empíricamente.

Paso 6: DETERMINACION DIAGNOSTICA

Si el clínico necesita realizar un diagnóstico por ejes con propósito de comunicación con otros profesionales, derivación, etc debe comparar los síntomas conductuales, cognitivos, emocionales e interpersonales que el paciente presenta con los criterios diagnósticos de la condición mental descrita en el DSM.

¿COMO CONJUGAR LA IMPLEMENTACION DEL PLAN CON EL DESARROLLO DE LA SESION?

Aunque el objetivo de la planificación es tener una coherencia entre hipótesis comprensiva y tratamiento, el plan no debe ser rígido. Muchas veces se presentan eventos fortuitos, sorpresivos, que necesitan trabajarse.

Friedberg y Mc Clure (2012) proponen un plan de desarrollo de la sesión terapéutica que puede ayudar a conducir sesiones eficaces. Es un plan que consta de seis etapas fundamentales.

1) VALORACION DEL ESTADO DE ANIMO:

Aquí se busca por un lado información del estado de emocional del paciente, a la vez que evaluar el estado del “motivo de consulta” Aquí se toma la “temperatura” emocional, se anima a identificar, reflexionar sobre el estado de ánimo propio. Se incluye aquí también un resumen de la última sesión y la comparación de la medición actual con las anteriores.

2) REVISION DE LAS TAREAS PARA LA CASA:

Una de las características distintivas de la terapia cognitiva conductual es la asignación y realización de tareas o “experimentos” fuera de la sesión de terapia. Estas tareas permiten practicar habilidades importantes para reducir los síntomas y promueven autonomía y autoeficacia.

Es importante dedicar un espacio de la sesión para discutir las razones por las cuales los pacientes pueden no estar realizando las “tareas”. Estas tienen grandes beneficios terapéuticos generales y específicos, por lo que es una intervención que debe monitorearse constantemente.

3) ESTABLECIMIENTO DE LA AGENDA

Establece las bases del tratamiento terapéutico y pone dirección. Implica la identificación de los asuntos relacionados con el motivo de consulta que se van a tratar en sesión.

4) CONTENIDO DE LA SESION:

El contenido terapéutico se procesa utilizando técnicas de interacción conversacional o de actividad guiada. Con niños los juegos permiten cubrir ambos medios. Depende de la fase de la terapia los objetivos que se van a trabajar, los énfasis y los medios (estructura). En todo caso por contenido se entiende pensamientos, emociones y conductas que se trabajarán.

5) TAREAS PARA LA CASA:

Se refiere a las tareas que se asignarán después de la presente sesión y que son una consecuencia natural del contenido de la sesión.

6) ELICITAR RETROALIMENTACION:

Al final de la sesión se busca evaluar la experiencia del niño en sesión.

Qué aprendiste hoy? Puede ser una buena forma.

También busca determinar qué le gustó hacer, qué no; elicitando también la expresión de sentimientos que puedan actuar como obstáculos a continuar con la terapia.

DURACIÓN DE LA TERAPIA:

La duración de la terapia depende de una serie de variables, desde variables del niño hasta la orientación teórica del terapeuta.

Violet Oaklander (1999 en L Fernández 2008) desde una perspectiva evolutiva gestáltica señala que un niño en terapia, dependiendo del tipo de síntomas, lo puede resolver en un mínimo de tres a seis meses. Cuando se resuelve solamente el motivo de consulta, los niños pueden ser dados de alta en ese periodo pero, si se pretende desarrollar otras habilidades necesarias para un buen desarrollo y especialmente aquellas requeridas para la etapa de vida que está viviendo, el tiempo se alarga de ocho meses a un año, año y medio, máximo dos años.

Denison, desde una perspectiva ecléctica conductual, señala que en un promedio de cuatro meses con frecuencia semanal, podrían superarse los motivos de consulta si hay una buena planificación y seguimiento del problema.

En todo caso la duración de la terapia va a depender del problema emocional presentado por el niño. Los problemas más leves, que están en relación a situaciones del presente, que podrían considerarse stressores ambientales, en donde el niño cuenta con más recursos, requieren menos tiempo; al resolver el motivo de consulta se van resolviendo también las habilidades necesarias para seguir de acuerdo a la etapa del desarrollo. Los problemas más severos que tienen que ver con la historia del desarrollo del niño, como por ejemplo experiencias de maltrato, negligencia, abuso como también dependencia excesiva, requieren de más tiempo porque las secuelas que hay que trabajar son mayores.

Desde la perspectiva infanto juvenil cognitiva conductual sistémica la terapia de los niños se complementa con atención a los padres quienes son vistos como coterapeutas en el sentido que no sólo se requiere que trabajen por realizar cambios necesarios en el ambiente y/o en sí mismos, sino que también que enseñen o eliminen conductas. Son los entrenadores “en terreno”.

Pensamos que las características de la población con que se trabaja en la práctica clínica / interna, es especialmente importante planificar como parte del trabajo terapéutico el desarrollo de habilidades y recursos que tienen que ver con la capacidad de resiliencia, tanto en el niño mismo como en el ambiente.

Desde el punto de vista familiar – ambiental se hace necesario por tanto trabajar en mitigar los factores de riesgo del ambiente, (como es Enriquecer los vínculos prosociales, Fijar límites claros y firmes, y Enseñar habilidades para la vida), junto con construir resiliencia en el ambiente (a través de Brindar oportunidades de participación significativa, Establecer y transmitir expectativas elevadas y Brindar afecto y apoyo) (Henderson y Milstein, 2003 en Zañartu, P. 2011) y complementar este trabajo con estrategias para enseñar y desarrollar los “Pilares de la parentalidad bien tratante” (Barudy y Dartagnan, 2006).

Para reforzar este trabajo destinado a promover y desarrollar una buena capacidad resiliente personal y ambiental, Search Institute ha identificado las siguientes bases esenciales para ayudar a los niños y jóvenes a crecer sanos, y que pueden servir de guía en la planificación de un plan de tratamiento que busque favorecer el desarrollo de esta capacidad (Zañartu, P. 2011)

40 elementos fundamentales del desarrollo

El Instituto Search ha identificado las siguientes bases esenciales para un desarrollo sano para ayudar a los jóvenes a crecer sanos, interesados en el bienestar común y a ser responsables. (Zañartu, P. 2011)

Elementos Fundamentales Externos

Apoyo	1. Apoyo familiar- La vida familiar brinda altos niveles de amor y apoyo. 2. Comunicación familiar positiva- El (La) joven y sus padres se comunican positivamente. Los jóvenes están dispuestos a buscar consejo y consuelo en sus padres. 3. Otras relaciones con adultos- Además de sus padres, los jóvenes reciben apoyo de tres o más personas adultas que no son sus padres. 4. Una comunidad comprometida- Él (La) joven experimenta el interés de sus vecinos por su bienestar. 5. Un plantel educativo que se interesa por el (la) joven- La escuela proporciona un ambiente que anima y se preocupa por la juventud. 6. La participación de los padres en actividades escolares- Los padres participan activamente ayudando a los jóvenes a tener éxito en la escuela.
Fortalecimiento	7. La comunidad valora a la juventud- El (La) joven percibe que los adultos en la comunidad valoran a la juventud. 8. La juventud como un recurso- los jóvenes toman un papel útil en la comunidad. 9. Servicio a los demás- La gente joven participa brindando servicios a su comunidad una hora o más a la semana. 10. Seguridad- los jóvenes se sienten seguros en casa, en la escuela, y en el vecindario.
Límites y Expectativas	11. Límites familiares- La familia tiene reglas consecuencias bien claras, además vigila las actividades de los jóvenes. 12. Límites escolares- En la escuela proporcionan reglas y consecuencias bien claras. 13. Límites vecinales- Los vecinos asumen la responsabilidad de vigilar el comportamiento de los jóvenes.

	14. El comportamiento de los adultos como ejemplo- Los padres y otros adultos tienen un comportamiento positivo y responsable. 15. Compañeros como influencia positiva- Los mejores amigos del (la) joven son un buen ejemplo de comportamiento responsable.
Uso Constructivo del Tiempo	16. Altas expectativas- Ambos padres y maestros motivan a los jóvenes para que tengan éxito. 17. Actividades creativas- Los jóvenes pasan tres horas o más a la semana en lecciones de música, teatro u otras artes. 18. Programas juveniles- Los jóvenes pasan tres horas o más a la semana practicando algún deporte, o en organizaciones en la escuela o de la comunidad. 19. Comunidad religiosa- los jóvenes pasan una hora o más a la semana en actividades organizadas por alguna institución religiosa. 20. Tiempo en la casa- los jóvenes conviven con sus amigos “sin nada especial que hacer” dos noches o menos por semana.

Elementos Fundamentales Internos

Compromiso con el Aprendizaje	21. Motivación por sus logros- El (La) joven es motivado (a) para que salga en la escuela. 22. Compromiso hacia la escuela- El (La) joven participa activamente en el aprendizaje. 23. Tarea- El (La) joven afirma hacer tarea escolar por lo menos durante una hora cada día de clases. 24. Preocuparse por la escuela- Al (A la) joven le importa su escuela. 25. Leer por placer- El (la) joven lee por placer tres horas o más por semana.
Valores Positivos	26. Preocuparse por los demás- El (La) joven valora ayudar a los demás. 27. Igualdad y justicia social- Para el (La) joven tiene mucho valor el promover la igualdad y el reducir el hambre y la pobreza. 28. Integridad- El (la) joven actúa con convicción y defiende sus creencias. 29. Honestidad- El (La) joven “dice la verdad aún cuando esto no sea fácil.” 30. Responsabilidad- El (La) joven acepta y toma responsabilidad por su persona. 31. Abstinencia- El (La) joven cree que es importante no estar activo(a) sexualmente, ni usar alcohol u otras drogas.

Capacidad Social	32. Planeación y toma de decisiones- El (la) joven sabe cómo planear y hacer elecciones.
	33. Capacidad interpersonal- El (la) joven tiene empatía, es sensible y hábil para hacer amistades.
	34. Capacidad cultural- El (La) joven tiene conocimiento de y sabe convivir con gente de diferente marco cultural, racial o étnico.
	35. Habilidad de resistencia- El (La) joven puede resistir la presión negativa de los compañeros así como las situaciones peligrosas.
	36. Solución pacífica de conflictos- El (la) joven busca resolver los conflictos sin violencia.
Identidad Positiva	37. Poder personal- El (la) joven siente que él o ella tiene el control de “las cosas que le suceden”
	38. Autoestima- El (la) joven afirma tener un alta autoestima.
	39. Sentido de propósito- El (la) joven afirma que “mi vida tiene un propósito”
	40. Visión positiva del futuro personal- El (la) joven es optimista sobre su futuro mismo.

Por lo tanto desde este punto de vista psicoterapéutico, y considerando las características socioemocionales y culturales de la población que atendemos, se plantea la terapia como un proceso que no solamente está diseñado para terminar con el motivo de consulta, sino que también para desarrollar habilidades individuales y ambientales que permitan al niño evolucionar en su desarrollo con la mayor cantidad de buenos recursos y así poder hacer frente de la mejor manera posible a las demandas ambientales.

Ejemplo de conceptualización del caso y planificación de tratamiento

Los padres de Juanito (8) consultan derivados por el colegio, ya que presentaría comportamientos impulsivos, de alta inquietud, a veces molesto con sus compañeros y que necesita supervisión constante.

Si bien en general es descrito como un niño inquieto, esto ha ido en aumento con el tiempo, llegando a fines de segundo básico a presentar conducta socialmente inadecuadas. No es propiamente desobediente, pero sí dilata el cumplimiento de las instrucciones. Si bien

aprendió a leer y a escribir precozmente, su rendimiento ha ido en descenso especialmente el segundo semestre del año.

Todo lo anterior ha traído consecuencias no solo a nivel de las relaciones con sus profesores sino que también con sus pares quienes – si bien se rien de sus “payasadas”- evitan una interacción prolongada con él.

En la casa pareciera – según los padres – no ser tan disruptivo, aunque cuando éstos lo comentan con sus hermanos mayores, éstos se quejan de que Juanito los molesta mucho.

El paciente es el menor de 3 hermanos (14 y 12), hijos de un matrimonio normalmente constituido. Ambos padres trabajan jornada completa, quedándose los hijos al cuidado de una abuela, quién vive en la casa desde que Juanito nació. Él es muy regalón de ésta, quién lo trata como guagua, no le exige y le celebra todo.

Juanito fue una guagua deseada y muy bien cuidada. Regalón también de ambos padres, a pesar de que “recién nacido” fue bastante inquieto y de mal dormir. Caminó al año y habló bien. Se hizo pipí de noche hasta los 6 años.

Ha sido sano, aunque algo alérgico. El padre dice haber sido muy parecido de chico, pero el – a diferencia de Juanito – era el mayor de seis hermanos y “me educaron a coscachos”, por lo que el evita cualquier tipo de castigo para el niño.

Se informa de antecedentes de trastornos madurativos en ambas familias, y crisis de pánico en la madre cuando ésta era adolescente. Ambos padres se muestran preocupados por sus hijos, aunque más tolerantes quizás que el colegio en el cual está el niño, que, además de exigente es muy grande, con muchos niños por curso.

Actitud durante la evaluación

Juanito se muestra cooperador, simpático y alegre. Inicialmente intenta portarse “según las reglas”, pero a medida progresa la evaluación, ya no le resulta tornándose inquieto y disperso.

Resultados de la evaluación

Se aplica una batería standard (Wisc IV, Rorschach, CAT – A, Test de Conners, Pruebas Gráficas). También se piden registros de observación de conductas tanto al colegio como a la casa.

En síntesis se obtiene un puntaje total correspondiente a un rendimiento intelectual normal (normas americanas). El perfil de puntuaciones compuestas aparece relativamente homogéneo, con excepción del factor de memoria de trabajo el que se consigna muy descendido. La habilidad para expresar el potencial intelectual es relativamente similar ya sea medida por medio de estímulos verbales o con información de naturaleza perceptiva visual.

También se aprecian algunas dificultades a nivel de la concentración y memoria inmediata visual.

El test de Rorschach, no muestra alteraciones a nivel del pensamiento ni de examen de realidad. Su nivel de desarrollo cognitivo corresponde a su edad, aunque hay algunos índices de inmadurez.

Se consigna un tipo vivencial extratensivo, expresivo y se aprecia una capacidad de autocontrol y de postergación sugiriendo dificultades para tolerar la frustración, hay bajo desarrollo de empatía. Se consigna adecuada representación de figuras significativas y en cuanto a su autoconcepto se aprecia una cierta tendencia crítica.

El test CAT- A muestra a un niño que se siente con ciertos privilegios y que percibe un ambiente hogareño gratificante pero poco consistente en límites y consecuencias.

A nivel escolar para interpretar un ambiente amenazante ante el cual siente que debe estar expectante a la defensiva. Hay indicadores de autoestima frágil, también en las pruebas gráficas.

El test de Conners, aparece significativo para problemas de atención y concentración, lo que sumado a los datos de las pruebas psicométricas, de observación conductual en sala y en casa, como en situaciones de evaluación, sugieren un SDA de tipo mixto.

Hipótesis Comprensivas

Según el conjunto de los datos, Juanito presentaría un desarrollo más bien disarmonico, lo cual, según como plantea Almonte (2012) predispone a presentar algún trastorno madurativo.

N. Fejerman (2010) plantea que en el Déficit Atencional se produce una alteración en el procesamiento de información en los circuitos atencionales con las bases neurológicas de la función ejecutiva. Estas alteraciones en el procesamiento de la información generan los síntomas: puede haber reducción de la atención sostenida, dificultad de la atención selectiva, inconvenientes para mantener el objetivo de un problema que se debe resolver,

para inhibir respuestas y para controlar la impulsividad y la inquietud. Según su alteración se van a producir las manifestaciones clínicas. En el trastorno por déficit atencional se encuentra compromiso en la atención sostenida, especialmente para tareas rutinarias o poco motivantes – en focalizar la atención al estímulo adecuado y en el sistema supervisor atencional o control atencional que es el que permite coordinar la respuesta ante estímulos nuevos o exigentes, controlar los impulsos prepotentes y desplegar los mecanismos para la resolución de problemas. Controlar este tipo de alteraciones suele tener una etiología genética – constitucional.

En las características clínicas se distinguen dos categorías: la de los sistemas centrales que se refiere a la hiperactividad – impulsividad y desatención y una segunda, que se refiere a la de las características adicionales, algunas indispensables para el diagnóstico y otras no, pero preferentemente presente (M. Valdivia 2002). Entre estas características se encuentran:

- Larga duración de los síntomas
- Síntomas en más de una situación o contexto
- Dificultad en acatar normas
- Mal rendimiento académico
- Compromiso leve del SNC
- Agregación familiar (se refiere al papel genético de la etiología)
- Baja autoestima

Si bien muchos de estas características pueden tener su origen en la dificultad intrínseca para controlar sus impulsos, el manejo que el ambiente va realizando del niño y sus conductas, va teniendo también consecuencias sobre la presentación clínica del cuadro mismo, como también sobre el desarrollo de la personalidad del niño. En este caso en particular se aprecia un manejo por parte de los padres y la abuela que más que enseñar a autoregularse y tolerar la frustración, aumenta conductas de mayor descontrol al manejar inconscientemente sus conductas inadecuadas, a la vez que refuerzan modelo de sí mismo o autoconcepto, como niño con más privilegios y menos límites.

N. Fejerman (2011) sugiere que para el tratamiento del déficit atencional, hay que considerar intervenciones psicoeducativas, apoyo escolar y tratamiento farmacológico, de acuerdo con la sintomatología del déficit atencional. Lo evidencia muestra que los mejores resultados se obtienen con tratamientos combinados de medicación y psicoterapia, especialmente en casos de comorbilidad con problemas de conducta.

Existen varios tipos de terapias pero los enfoques psicoeducativos han demostrado evidencia de eficacia clínica e incluyen entrenamiento de manejo parental (EMP-Barkley),

manejo de contingencia en la sala para favorecer el cumplimiento de las mismas, mejorar el rendimiento y la autoestima del niño.

Planificación de tratamiento

FASE INICIAL

<i>Énfasis principal</i>		<i>Énfasis secundario</i>	
Metas de proceso	Medios sugeridos para lograrlas	Metas de contenido	Medios sugeridos para lograrlo
1. Iniciar la atracción del niño a las sesiones de terapia.	a) Programar sesiones tanto en el largo como en secuencia de acuerdo al nivel de funcionamiento del niño. b) El setting debe ser libre de distracciones visuales auditivas. c) Establecer un formato de sesión de acuerdo a la comodidad y al tiempo de atención del niño. d) Una gran variedad de actividades deben planificarse. e) La mayoría de las actividades deben basarse en un enfoque de juego no verbal. f) Planificar sesiones de modo que requieran poca disciplina.	1. Evaluar la apropiatividad del niño para la terapia individual.	a) Administrar escalas de evaluación objetivas al niño. b) Planificar y evaluar actividades de evaluación para el niño. c) Obtener feedback de los problemas del niño de otras personas significativas. d) Anotar observación conductuales y afectivas del niño en cada sesión.

	g) Asegurarse que tanto el niño como el terapeuta lo pasan bien. h) Las instrucciones y las lecciones (lecturas) deben ser claras y breves. i) Las actividades deben ser de interés para el niño. j) Procese con el niño solo lo que el quiera respecto a las sesiones. Las sesiones deben terminar de una manera positiva.		
2. Iniciar la apertura del niño en las sesiones	a) El terapeuta modela la apertura como un estímulo para que el niño verbalice b) Al niño se le debe asegurar en forma regular la confidencialidad de las sesiones. La apertura hacia otros significativos respecto de temas más seguros también debe discutirse en con el niño. c) El niño también debe estar siempre consciente de los contactos que tenga el terapeuta con otras personas significativas una vez que la terapia ha comenzado. d) Planifique en forma no asustante para elicitación la apertura. e) El terapeuta debe ser realista respecto del nivel	2. Empezar a establecer metas de tratamiento	a) El terapeuta puede analizar los resultados de las evaluaciones. b) Hay que recopilar datos de evaluación junto con la observación del niño en la sesión. c) Debe revisarse el feedback obtenido por otros significativos. d) Debe darse los resultados a los padres e) Deben determinarse metas de tratamiento conductual cortas y realistas. f) Debe escribirse un reporte de evaluación complementario.

	esperado de apertura del niño. f) Al niño se le debe preguntar porque piensa él que ha sido mandado a tratamiento. g) Procese las sesiones con el niño cada vez.		g) Debe derivarse a psiquiatra / neurólogo. h) Contactarse con el colegio para ver la factibilidad de trabajar en conjunto. i) Comenzar a identificar una variedad de reforzadores positivos para el paciente.
3. Iniciar sentimientos de confianza hacia el terapeuta.	a) El terapeuta siempre debe ser cálido, honesto y sincero con el niño. b) El terapeuta puede mostrar algunos aspectos de su vida personal para modelar al niño. c) Debe planificarse una gran variedad de experiencias y deben ser compartidas entre terapeuta y niño. d) Las sesiones deben ser confortables y no asustantes. e) Debe hacerse un procedimiento positivo al final de las sesiones. f) El terapeuta debe dar pistas al niño para que comunique sus sentimientos de cuidado, acogida. g) El niño debe ser estimulado para que comunique su nivel de comodidad. h) Al niño se le debe recordar la confidencialidad de las sesiones.		Evaluar la factibilidad de trabajar con los padres y anticipar obstáculos a la terapia Pueden darse tareas a la casa no solo a los padres sino que también al niño, como por ejemplo (autoregistros) “seguimiento de una sola conducta”, etc.

	Se debe prometer un contacto consistente y mantenido con el niño cada vez que sea posible.		
--	--	--	--

FASE MEDIA

Enfasis secundario		Enfasis primario: Metas de Contenido	
Metas de proceso	Medios sugeridos para lograrlos		Medios sugeridos
1. Aumentar la atracción del niño hacia el setting terapéutico.	a) Evaluar "estado" del problema en la semana (1-10) b) Pueden hacerse algunos cambios en el formato y en el setting de la sesión. c) Se deben planificar actividades que tengan más alternativas con el niño y que cubran la mayor cantidad de áreas problemas del niño. d) El tiempo de discusión debe aumentarse y asegurarse. e) El terapeuta le debe preguntar al niño o le debe pedir más input con la preparación y en el moldeamiento de las sesiones. f) El procesamiento final de las sesiones deben incluir ahora los gustos y disgustos del niño; lo que le gustó y lo que no le gustó.		

*FASE MEDIA:

2. Aumentar los sentimientos de confianza con el terapeuta.	a) El terapeuta debe regularmente dar a conocer sus sentimientos especiales hacia el niño. b) Algunos regalos y sorpresas ocasionales se les pueden dar al niño para que se de cuenta de lo significativo de esta relación. c) Al niño se le puede preguntar que significa el terapeuta para él. d) Al niño se le puede pedir que haga tareas fuera de las sesiones. e) Se aumenta la discusión de la vida fuera de las sesiones. f) El terapeuta puede confrontar al niño con ciertas áreas de resistencia.	Estas metas se determinan individualmente para cada niño.	Los medios para alcanzar estas metas se determinan individualmente. Acá puede integrarse el esquema de Jongsma -Definición -Selección -Determinación metas -Determinación objetivos -Determinación intervención terapéutica *(Este punto se desarrolla como subcapítulo aparte más adelante en el texto)
3. Aumentar el nivel del niño de apertura.	a) El terapeuta pueden modelar alguna información más personal. b) Las actividades deben cubrir las metas de contenido. c) El terapeuta puede preguntarle al niño si la terapia le está beneficiando. d) Al niño se le pide que comparta y discuta los problemas que está experimentando e) Si el niño hizo las tareas se revisan.		

Problema a trabajar: SDA

Definiciones: (En el caso de Juanito)

- Corto lapso atencional; dificultad para mantener la atención de una manera consistente.
- Susceptibilidad a la distracción por estímulos extraños y pensamientos internos.
- Fallas repetidas para seguir instrucciones o para completar tareas escolares, en cargos o responsabilidad de trabajo en una manera a tiempo.
- Dificultad para controlar la impulsividad y seguir normas.
- Déficit en autoestima

Selección:

Metas de largo término:

1. Mantener la atención y concentración por períodos de tiempo consistentemente más largos.
2. Tomar regularmente medicación en caso indicado que haya prescrito el médico para disminuir la impulsividad, la hiperactividad y la distractibilidad.
3. Los padres y los profesores utilizan exitosamente sistemas de refuerzos, contrat de contingencias o token economy para reforzar conductas positivas y disminuir conductas negativas.
4. Ser capaz de distinguir sus características que se deben al problema de SDA y aquellas que presentan aspectos positivos de sí mismo.
5. Terminar las conductas de búsqueda de atención disruptiva y aumentar interacciones prosociales y cooperativas.
6. Obtener atención, aprobación y aceptación de otras personas a través de verbalizaciones apropiadas y conductas sociales positivas.
7. Establecer y mantener relaciones positivas con sus hermanas y duraderas con amigos.

Énfasis primario	Metas de contenido
Objetivos de corto término	Intervenciones terapéuticas
1. Dar información de síntomas SDA	1. Asignar lecturas. Realizar psicoeducación
2. Tomar la medicación prescrita por el médico	1. Arreglar una evaluación médica o derivar en neuropsiquiatra.

	2. Monitorear al compromiso para la prescripción de medicación psicotrópica, monitorear los efectos secundarios y la efectividad; tener consultas periódicas con el doctor en intervalos regulares.
3. Postergar gratificación instantánea a favor del logro de metas de largo plazo	1. Enseñar al paciente estrategias de mediación y de autocontrol (ej. Pare, mire, escuche y piense) para postergar la necesidad de gratificación instantánea e inhibir impulsos de tal manera de lograr metas de largo término más significativa. 2. Ayudar a los padres y a la abuela en aumentar la estructura del ambiente para ayudar al paciente a aprender a postergar la gratificación a favor de metas de largo término (ej: completar las tareas antes de salir a jugar)
4. Padres y profesores identifican y usan una variedad de reforzadores efectivos para aumentar conductas positivas.	1. Identificar una variedad de reforzadores positivos para mantener el interés o la motivación del paciente en lograr metas destacadas o cambios de conducta.
5. El paciente y sus padres se comprometen con la implementación de un sistema de refuerzos, contrato de contingencia o token economy para reducir la frecuencia de conductas impulsivas, y para llamar la atención en forma negativa.	1. Diseñar un sistema de refuerzos y/o contrato de contingencia para reforzar las conductas positivas deseadas y eliminar o disminuir las conductas impulsivas.
6. Los padres desarrollan y usan un sistema organizado de incentivo y seguimiento de tareas y responsabilidades del niño	Ayudar a los padres a realizar e implementar un sistema de supervisión adecuado.
7. Los padres mantienen una comunicación regular en el colegio para monitorear conducta emocional, académica y social.	Estimular y recordar a los padres esta actividad semanal
8. Niño y padres implementan sistemas de token economy y contrato conductual para aumentar el tiempo de postergación.	Se diseña el contrato utilizando la lista de refuerzos identificados y de consecuencias negativas para el no cumplimiento.
9. Padres aprenden a poder límites claros y el uso de consecuencias naturales para manejar conductas inadecuadas.	Establecer reglas claras y consistencia.
10. Evaluar desarrollo de habilidades adecuadas de interacción tanto con hermanas como pares, de modo de planificar otras estrategias en caso de poco avance.	Si persisten problemas interpersonales, derivar a terapia de grupo.

FASE TÉRMINO

Logro de las metas de la fase término

Enfasis primario		Enfasis secundario	
Metas de proceso	Medios sugeridos para lograrlos	Metas de contenidos	Medios sugeridos para lograrlo
1. Aumentar la atracción del niño hacia otros soportes o fuentes de acogida.	a) Planificar sesiones en que el niño pueda explorar con el terapeuta otras fuentes de confianza o de soporte. b) El terapeuta puede convidar a otras personas como sostenedoras en la vida del niño a las sesiones. c) Al niño se le dan tareas para elicitación y aprender cómo usar otros soportes. d) Se desarrollan habilidades en el niño para confiar más apropiadamente en otras fuentes de soporte. e) Al niño se le puede pedir que procese qué tipo de soportes pueden satisfacer sus necesidades.	Son las mismas que las desarrolladas para cada niño en la fase media.	Estas se basan en las metas de contenido.
2. Que el niño conozca los progresos hechos en terapia	a) El terapeuta le cuenta de su percepción que tiene respecto a los cambios del niño. b) Se pueden hacer actividades y hacer discusiones respecto del tema de progreso en terapia. c) Ojalá entregar experiencias en vivo de modo que el niño crea que el progreso que ha hecho pueda ser mantenido sin terapia. d) No se hacen más discusiones respecto de otros problemas o nuevos problemas. e) El procesamiento puede influir en cómo el niño se ve a sí mismo diferente en estas últimas sesiones o posición a las sesiones iniciales. f) Realizar evaluación de proceso con los padres y el niño y el colegio.	Estas metas se determinan individualmente para cada niño.	

3. Llevar a que el niño lamente el final de la terapia	a) Se reduce a la frecuencia de las sesiones. b) El terapeuta puede compartir lo significativo de la relación con el niño. c) Se planifican sesiones para discutir el final de la terapia d) Se le puede dar tiempo al niño para que lamente otros finales no bien terminados. e) Certificados o regalos pueden darse al niño para que él conozca la importancia de la relación f) Dar regularmente recordatorios de cuantas sesiones quedan. g) Puede aplicarse una celebración durante la última sesión para significar que se ha terminado y para gratificar el sentido del compromiso h) Con los padres realizar un término formal anticipando dificultades posibles en el futuro y cómo enfrentarlo	Son las mismas que las desarrolladas para cada niño en la fase media.	Estas se basan en las metas de contenido.
---	---	--	--

TAREAS PARA EL ALUMNO:

Planificar el tratamiento de su paciente de acuerdo a los Modelos de Denison y Jongsma descritos en el capítulo Planificación de terapia, y preparar el material requerido para cada sesión (de acuerdo a la planificación realizada).

TAREAS PARA EL COORDINADOR:

Revisar el plan propuesto por el alumno, discutirlo y ajustarlo, para posteriormente ejecutarlo con el paciente, proveyendo de una experiencia de modelaje para sus alumnos.

TAREAS PARA EL SUPERVISOR:

En supervisión se revisa la lógica que dirige la planificación de la terapia en función de la formulación del caso, de modo de asegurar una consistencia interna. Se recomienda también apoyo bibliográfico necesario para formular y tratar cada caso.

iii. Prevención de Recaídas:

La prevención de recaídas, tal como su nombre lo indica, se refiere a que los efectos del tratamiento pueden no generalizarse a y mantenerse en el “mundo real”. La recaída constituye una crisis y retroceso en los intentos del paciente para cambiar o mantener los

cambios. Por lo tanto, cuando se trabaja en psicoterapia es importante planificar estrategias que apunten a prevenir la recuperación de los síntomas por los cuales se consultó.

Por un lado, para prevenir las recaídas, están aquellas condiciones que requieren una mantención de medicación por tiempos prolongados más allá del tratamiento terapéutico. Esto es un trabajo que no solo compete al psiquiatra el cual ve al paciente ocasionalmente, sino que también, al psicoterapeuta que está en un contacto más frecuente. En este sentido, los terapeutas pueden ayudar a los padres de los niños y a los adolescentes a hacer un análisis costo-beneficio, de la mantención de los medicamentos versus su discontinuación, comparando los efectos negativos de la medicación, (que muchas veces es el motivo por el cual se llega a discontinuar los remedios) con las consecuencias que puede tener que el trastorno vuelva a aparecer. Los pacientes y sus padres tienen que tener información respecto de la real duración del tratamiento medicamentoso. Aunque no se explicita, se ha visto que muchas veces los pacientes abandonan los tratamientos una vez que los síntomas han desaparecido ya sea porque piensan que es una condición que permite terminar el tratamiento, como también porque pueden tener temor a las consecuencias negativas del uso del medicamento.

Con respecto del tratamiento psicológico, la prevención de recaídas tiene una serie de componentes que hay que enseñar. Por un lado, está la necesidad de trabajar la generalización de los cambios hacia situaciones de la vida real, como también la mantención de estos cambios. Hay una serie de estrategias que se diseñan para fomentar de manera activa la generalización (que puede ser generalización del estímulo, que tiene lugar cuando el paciente lleva a cabo la conducta aprendida en lugares diferentes a aquellos en donde se ha enseñado, y la generalización de la conducta que ocurre cuando el paciente lleva a cabo conductas similares pero no idénticas a las enseñadas) y el mantenimiento. Entre estas estrategias es especialmente importante buscar agentes naturales de cambio que pueden definirse como aquellas personas que pertenecen de forma natural y están de modo relativamente permanente en el lugar en que tienen que ocurrir los cambios de conducta (Vicente E Caballo 1991). Estos agentes suelen ser los padres, profesores, hermanos, amigos, etc. También es importante cuando se usan programas de contingencia, planificar el paso de un programa de refuerzo continuo a un programa de refuerzo intermitente y enseñar algunos procedimientos de autocontrol. Entre estos se describe la autovigilancia que se usa para identificar aquellas situaciones en donde es más probable una recaída. El problema es que en niños chicos la autovigilancia no es tan fácil de realizar, ya que requiere que éstos presten atención a su conducta, y haciendo esto inhiban la conducta problema o la conducta habitual. Por lo tanto, la autovigilancia tiene que practicarse en conjunto con una vigilancia externa, lo que sin embargo, provee de otros problemas por cuanto esta

vigilancia externa suele ser por parte de una autoridad, lo que por sí misma puede ser una condición de recaída, sino se maneja adecuadamente.

En la prevención de recaídas, suele ser de utilidad educar sobre los efectos inmediatos y demorados, que tiene el adherirse o el desviarse del programa de tratamiento. Esto sobre todo, cuando debe continuar practicándose algunas habilidades, como es en el caso de habilidades de relajación, habilidades de enfrentamiento, habilidades de autocontrol, habilidades sociales, etc. Por este motivo, a veces puede ser de utilidad que los terapeutas negocien contratos de recaídas con sus pacientes, en el sentido que son contratos diseñados para limitar el grado de desviación por parte de los pacientes del programa de tratamiento y sus consecuencias. Paralelamente se utiliza reestructuración cognitiva, para contrarrestar las reacciones de desilusión, fracaso o culpa, que pueden asociarse con las recaídas, y por el contrario, centrar la atención en el análisis de los aspectos del ambiente y del estilo de vida que pueden haber precipitado la recaída.

También, se ha demostrado que el entrenar en procedimientos de control de estímulos pueden ser útiles para evitar las recaídas. La aplicación de esto conlleva normalmente la presencia de personas significativas, objetos importantes, o señales visuales prominentes para controlar las conductas.

La investigación ha demostrado, que el enseñar a los pacientes y eventualmente a sus personas significativas a controlar su propia conducta con técnicas de auto registro, de autoevaluación y autorefuero es un medio excelente para la mantención y la generalización de los cambios.

A modo de conclusión, la prevención de recaídas es un aspecto que hay que trabajar, no sólo desde la terapia cognitiva conductual. Carson, Butler y Coleman (1988; citado en Caballo 1991) informan que hasta un 45% de los pacientes dados de alta en centros de salud de hospitales psiquiátricos, son re admitidos antes de un año, independiente del tipo de terapia que hayan experimentado.

iv. CIERRE DE LA TERAPIA:

El término de la terapia

Cuando se es terapeuta principiante se espera que la terapia termine cuando el cliente se ha liberado de todos sus problemas y pueda manejar sus dificultades como desee. Esto sería lo ideal, sin embargo, ocurre en pocas situaciones. El final de la terapia suele representar un compromiso entre los cambios que se esperan y las limitaciones, que pueden darse por dificultades en la motivación, el displacer subjetivo de estar en terapia, los costos, entre otras.

El terapeuta principiante suele poseer dificultades para manejar la finalización de la terapia. Algunos terminan el tratamiento cuando los clientes comienzan a sentirse mejor, otros, los siguen atendiendo más de lo necesario, porque no saben cuándo y cómo tomar la decisión de terminar. Otro error común entre los estudiantes es considerar el fin de la terapia desde el primer contacto con el paciente, sin embargo la finalización debe ser integrada a los objetivos del tratamiento, pensando y formulando los criterios que se esperan para dar por alcanzada una meta.

A continuación se entregarán ciertas pautas que pueden ser útiles en relación al término de la terapia:

i. Tomar la decisión de hablar del término de la terapia

Lo primero que se debe hacer cuando se tiene la idea de dar término a una terapia es considerar las razones de por qué se quiere dar el cierre en ese momento en particular. En ese instante se debe internar ser lo más objetivo posible para que no se corra el riesgo de dejarse llevar por motivos personales, cómo no saber qué más hacer o sentirse incompetente para ayudar al paciente. Por esto es esencial llevar este tema a supervisión y conversarlo para poder esclarecer las razones del término de la terapia.

Generalmente es apropiado conversar con el cliente sobre el término de la terapia cuando se piensa que éste ha alcanzado los objetivos terapéuticos, o cuando los progresos futuros no se puedan alcanzar en el tiempo estipulado. El diseñar los objetivos de la terapia, e ir evaluando los progresos puede ser sencillo en ciertos casos. Por ejemplo, si hay una madre que consulta porque su hijo tiene pataletas, la ausencia de éstas indicaría un claro progreso en la terapia. Sin embargo, hay clientes que tienen dificultades más vagas, por lo que la meta es más difícil de definir y los progresos más difíciles de evaluar. Por ejemplo problemas de autoestima o inseguridad, o problemas de relaciones con amigos. Se debe recordar que no es necesario alcanzar la perfección en los objetivos terapéuticos, es necesario alcanzar una aproximación razonable.

Una de las variables importantes a considerar para tomar la decisión de discontinuar una terapia es la velocidad con la que se dan los progresos del cliente. Si los progresos que tiene el paciente son excesivamente lentos, aunque sean observables, pueden hacer que

éste desee terminar la terapia. Los progresos muy lentos muchas veces llevan a deserciones.

La motivación es otro punto importante. Hay muchas razones o motivaciones para que alguien asista a terapia, y algunas no se relacionan con el deseo de cambiar o el desarrollo personal, lo cual puede alterar los progresos. Hay pacientes que asisten a terapia porque alguien más los lleva, o porque quieren evitar problemas en el futuro, entre otros. Hay clientes que tienen la motivación de cambiar, sin embargo su situación económica, conyugal, familiar se lo impiden, y todos estos factores influyen en la posibilidad de continuar un tratamiento.

La decisión de discontinuar una terapia consiste en evaluar el tiempo, esfuerzos y costos del tratamiento en contraste con las ganancias que obtiene el cliente de éste. Estos criterios, muchas veces, son difíciles de evaluar para un principiante, por lo que trabajar con un supervisor es esencial cuando se parte trabajando como terapeuta.

ii. Cómo discutir el término con un cliente:

En primer lugar, se debe realizar una descripción detallada de las razones que se tienen para considerar el dar cierre a un tratamiento. Generalmente se explican las metas de la terapia y los cambios y avances observados (o falta de estos) durante la terapia. Este paso puede volverse difícil cuando el paciente no se lo esperaba, o cuando no está de acuerdo con la idea. Es fundamental en ese momento explorar los pensamientos y sentimientos del paciente que posee sobre este tema. Puede pasar a veces que el paciente perciba esto como una falla, o sentirse rechazados y abandonados por el terapeuta. Por esto es de suma importancia explorar las posibles reacciones, aunque el paciente no las diga abiertamente.

Se debe dar la oportunidad para que tanto el paciente como el terapeuta puedan intercambiar opiniones y reacciones ante las razones que se dan para terminar un tratamiento. Los pacientes pueden tener diversas reacciones ante este tema. Hay pacientes que no quieren terminar para no sentirse devastados por esto, otros pueden empezar a empeorar su conducta y mostrar nuevamente síntomas, solo para evitar el fin de la terapia, entre muchas otras reacciones. Por esta razón es importante pensar y anteponerse a cómo va a reaccionar el propio paciente, para estar preparado para lo que pueda pasar.

El comenzar a conversar acerca de este tema no significa necesariamente que se vaya a finalizar la terapia con certeza. El cliente puede estar en desacuerdo y tener razones

suficientes para hacer que el terapeuta cambie de opinión, y esto puede ser beneficioso para la terapia. Puede generar cambios en las resistencias del paciente hacia el tratamiento, o que el cliente hable de sentimientos que estaban obstaculizando el cambio. La discusión puede clarificar aspectos y llevar a cambios significativos en el tratamiento.

Puede ser complicado cuando el paciente desea continuar el tratamiento, y el terapeuta no esté de acuerdo con esto, debido a que no se dan progresos, o la terapia está siendo nociva para el cliente, por ejemplo porque no lo deja lograr su independencia, o su propia habilidad para resolver problemas. Esto debe ser conversado con el supervisor, y se debe dedicar tiempo extenso en la terapia para conversarlo con el cliente. Hay veces en que se debe estar preparado para un cierre en la terapia aun cuando el paciente se rehúsa fuertemente a esto.

iii. Finalizar la terapia y dar un cierre:

Un tratamiento no se debe terminar de manera abrupta, sobre todo si se ha tenido una larga relación con un cliente. Es útil permitir un periodo de tiempo (de dos a cuatro sesiones adicionales) para trabajar sobre el término de la terapia y obtener un cierre. Se pueden comenzar a distanciar las sesiones, para que el paciente vaya experimentando periodos de “independencia”, sin el tratamiento terapéutico y así se pueda hablar de esto en sesión. Durante esta fase se pueden realizar pequeñas intervenciones para empoderar al paciente en la toma de decisiones y resolución de problemas. Se tomará tiempo además para realizar planes para el futuro, anticipando problemas y especulando sobre como el cliente los manejaría. Generalmente el foco en este periodo es la relación terapeuta- paciente y su inminente finalización.

También es necesario buscar y fortalecer redes de apoyo externas a las cuales pueda acudir el paciente si tiene alguna dificultad.

En el transcurso de la última sesión es primordial dar más cercanía a la experiencia del paciente. Esto se puede realizar observando lo ocurrido en la terapia y discutir con el cliente los cambios que se han apreciado. Es necesario indagar acerca del punto de vista del paciente, debido a que pueden surgir discrepancias que conlleven a discusiones que se deben tener antes del cierre.

Se debe hablar además de que el paciente siempre puede decidir el comenzar nuevamente un proceso terapéutico en el futuro, y conversarlo de tal manera que el cliente no sienta que es una falla tomar esta opción.

iv. ¿Qué hacer cuando el cliente sugiere el término?

Que el paciente llegue con la idea de terminar la terapia aun cuando se considera que el tratamiento debe continuar, puede ser muy frustrante y decepcionante para un terapeuta principiante.

Los signos de un posible término del tratamiento abrupto o prematuro pueden ser detectados y se deben conversar antes de tomar una decisión final. Aunque el paciente no hable acerca de las intenciones de abandonar un tratamiento, hay varias señales que puedan indicar esta intención, por ejemplo: “ya no tengo nada más que hablar”, “no creo que esta terapia sea útil”, “no entiendo que relevancia tenga esto para resolver mis problemas”. Además, se pueden hacer frecuentes los atrasos o inasistencias a la terapia. Es necesario hablar sobre estas señales.

Si al conversar sobre este tema, el paciente aún se rehúsa a asistir, incluso a la última sesión, se debe hacer un cierre, hablando sobre la experiencia de la psicoterapia, aun cuando se esté en desacuerdo con el término.

v. Evaluar las razones del cliente para finalizar la terapia:

Cuando el cliente desea finalizar la terapia, lo primero que se debe hacer es escuchar y hacer preguntas hasta comprender las razones que tiene el paciente. Los terapeutas principiantes deben considerar que los deseos de terminar una terapia, no siempre están relacionados con lo sucedido al interior de las sesiones. Generalmente los deseos de finalizar se asocian con: 1) el logro de progresos y metas. 2) lo que ha ocurrido consigo mismo durante el proceso de la terapia. 3) el nivel subjetivo de displacer. 4) la situación económica, social y laboral del cliente. Cualquier cambio en estas áreas puede mover la balanza del cliente haciendo pesar más los costos que los beneficios del tratamiento y puede conllevar al deseo de término.

Es común que los clientes quieran finalizar la terapia cuando se están sintiendo mejor. Esto puede significar que el evento problemático se resolvió como ellos esperaban, que han aprendido mejores habilidades sociales, o que simplemente las situaciones externas redujeron su nivel de estrés. Se debe recordar que muchas veces los objetivos de la terapia son diferentes entre el terapeuta y el paciente. El terapeuta ha sido instruido para trabajar en ciertos objetivos de cambios en la conducta o personalidad del paciente, lo cual no siempre coincide con las metas del paciente. Muchas veces los clientes esperan menos de la terapia que el terapeuta. Cualquiera sea la circunstancia el paciente tiene el derecho de tomar la decisión de terminar con su tratamiento y esto debe ser respetado.

Es necesario siempre indagar si hay sentimientos detrás de las razones que da el cliente acerca de terminar la terapia, puede que esté enojado o sentirse herido por el terapeuta, puede inhibir sentimientos de ansiedad y culpa, puede esconder sentimientos de haber

fallado con las indicaciones del terapeuta, puede haber temor, y el dejar la terapia es más fácil que expresar estos sentimientos.

En relación a las circunstancias externas que hacen abandonar una terapia, se puede dar que la situación estresante se haya resuelto, o incluso que los familiares, o cercanos presionen al cliente de abandonar la terapia, porque no les agradan los cambios de personalidad o de actuar que tiene el paciente, aun cuando el terapeuta crea que son beneficiosos.

Otra razón para terminar puede ser la situación financiera del cliente, aunque hay que tener en consideración que puede ser una justificación para abandonar la terapia cuando en realidad son otras las razones del abandono.

Entonces, se debe explorar y evaluar las razones, aunque no siempre el paciente las dirá abiertamente, por lo que es necesario plantearse hipótesis sobre el término y conversarlas con el cliente, para generar aprendizajes y crecimientos personales en éste.

vi. Manejar los propios sentimientos

Cuando el paciente anuncia sus intenciones de terminar un tratamiento, el terapeuta puede tener diversas reacciones. Puede reaccionar desde el alivio, hasta sentimientos de tristeza, rabia, rechazo o ansiedad. Por ejemplo si el paciente llega con dificultades muy difíciles de resolver se puede sentir alivio de no tener que enfrentar dichos problemas. De manera similar, si un paciente es difícil, hostil o se aburre puede causar sentimientos de felicidad de no verlo nuevamente. Esto puede tentar a cerrar el tratamiento sin discutir las razones de manera objetiva. También los sentimientos hacia el supervisor o las dificultades que se llevan en la propia vida pueden influir en los sentimientos acerca de que el paciente abandone la terapia.

Los terapeutas principiantes suelen frustrarse cuando un cliente desea terminar un tratamiento debido a que tienden a verlo como una falla en la terapia o un rechazo personal. Pueden llegar a despreciar sus habilidades como terapeuta o enojarse con el cliente por no comportarse como ellos querían. Ambas respuestas son personalizadas e inapropiadas frente a tal conflicto. Muchos psicólogos principiantes por error alientan a los clientes a seguir una terapia por miedo a ser mal evaluado por los supervisores si el paciente los deja. Un gran aprendizaje que puede tener un terapeuta principiante es

aprender a separar los sentimientos personales del trabajo profesional, para así no afectar el trabajo con el cliente.

vii. ¿Qué pasa si el terapeuta no está de acuerdo con el cierre?

No siempre es posible llegar a un acuerdo mutuo con el cliente. Finalmente es decisión del paciente y está bajo su control. Si se tiene una buena relación con el paciente se pueden acordar cierto número de sesiones para dar un cierre a la terapia. Sin embargo, no se debe intentar influir fuertemente sobre la decisión de irse, excepto si uno piensa que el paciente se pone en riesgo con esta decisión. Si ocurre esto último se deben utilizar todos los recursos de los supervisores, todas las habilidades terapéuticas, y el vínculo con el paciente para convencerlo de mantenerse en terapia.

v. DIFICULTADES QUE SE PUEDEN ENCONTRAR EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO

En el trabajo con niños los terapeutas han distinguido algunas dificultades específicas que aparecen al intervenir en el mundo infantil y que implican un desafío para quienes se dedican a esta práctica. Estos desafíos se pueden categorizar en tres grandes áreas: el terapeuta en la relación con niños y adultos, los padres en la terapia y ciertas características específicas de los niños.

Con relación al primer punto, los terapeutas reconocen como una dificultad importante, la necesidad de relacionarse en un mismo contexto con los niños y con los adultos, explicitando que existe cierta tendencia a que el terapeuta se quede sólo en jugar con el niño o sólo en hablar con los padres, sin poder integrarlos en el establecimiento de un dialogo intergeneracional. Al respecto Andolfi (1984) reconoce que existe la posibilidad que el terapeuta establezca un contexto netamente adulto en la sesión, exigiendo conductas no apropiadas a la edad del niño. Existiría una tendencia de los terapeutas a quedarse en el lenguaje adulto, creando una barrera artificial entre los miembros de la familia (Diller, 1991; Andolfi, 2001). De acuerdo a lo que plantea Andolfi, esto puede provocar que el terapeuta se convierta en un “tabique divisorio” entre el mundo de los niños y el de los adultos. De este modo la dificultad se expresa en no lograr trabajar la relación. Además, se refiere como dificultad la capacidad de estar con los niños delante de los padres y viceversa. Los terapeutas plantean que se sienten cómodos trabajando con niños y con adultos, pero que tenerlos al mismo tiempo, ya sea jugando o conversando, les complica ya que implica estar muy alerta a la comodidad y participación de todos los miembros.

Otro desafío que se ha distinguido, se relaciona con la capacidad de entrar y salir del mundo infantil manteniéndose como adulto. Este punto se relaciona con el anterior en que surge el supuesto de que existen dos mundos que deben conciliarse, y el terapeuta es un adulto y por lo tanto pertenece a uno de estos mundos. El terapeuta debe participar en el mundo infantil para entenderlo, conocerlo y posteriormente intervenir, manteniéndose como adulto, sin embargo su propia condición de adulto limita este entendimiento y conocimiento. Los terapeutas reconocen que jugar con los niños es fácil, el problema es poder usar el juego de forma terapéutica, entrar en el juego y al mismo tiempo intervenir al niño. Esta dificultad podría aminorarse si se genera una relación entre adultos y niños, donde cada parte ponga sus recursos y donde el objetivo sea acceder a la imaginación infantil, sus conocimientos y colaborar con ellos (Freeman, Epston, Lobovitz, 2001). Para estos autores es la acción mutua entre adultos y niños la que permite que los relatos se enriquezcan.

Otra dificultad que se ha reconocido se refiere a que los terapeutas al trabajar con niños tienden a funcionar mucho más desde el deber ser, ya que tienden a tomar un rol educativo que a veces resulta entorpecedor para el desarrollo de la terapia.

En cuanto a la relación con los padres que se establece en una terapia donde el niño es el motivo de consulta, los terapeutas refieren en primer lugar que se producen dificultades por cuanto los padres ejercen una presión al terapeuta para que resuelva un problema y éste muchas veces se entrapa en querer satisfacer la demanda de los padres. Respecto a lo mismo, aunque el niño sea el paciente índice, los padres son los clientes por lo que el terapeuta debe lidiar con eso. Watchel (1997) refiere que sería la alianza con los padres lo que proporcionaría las bases para el cambio, por lo que resulta fundamental establecer un vínculo de confianza con ellos, cuidando no caer en la expectativa de que sea el terapeuta quién “mejore” al niño sin involucrarse ellos de forma activa. Muchas veces los padres consultan porque ven a sus hijos como una fuente de preocupación, desilusión o rabia (Cooklin, 2001) y llegan culposos por sentir que por algún error que ellos cometieron, el niño desarrolló un problema; y los niños, por su parte, sienten también culpa porque deben movilizar a toda su familia para resolver su problema. En este sentido en el pensamiento de los padres está presente la idea de que hay algo que el niño tiene mal o hay algo que ellos están haciendo mal, entonces si les decimos lo que el niño tiene mal o lo que ellos están haciendo mal, podremos resolver rápidamente el problema. Sin embargo, desde una mirada sistémica o más integrativa, la mayoría de las veces el problema del niño no sólo se explica por su propia configuración, sino que se encuentran involucrados aspectos relacionales que influyen en el modo en que la familia cría, convive, piensa y se organiza, todo lo cuál va configurando el desarrollo del niño. Es por esto que es frecuente que en una terapia infantil los padres deban involucrarse de forma activa, no sólo como fuente que recibe información. De acuerdo a Rober (1996) si los padres sienten que el terapeuta es capaz de empatizar con sus sentimientos de haber fallado, su desilusión y culpa, éste puede desde ahí conectarse con los sentimientos de competencia y dominio. Es por esto que vuelve a aparecer la importancia de aliarse con los padres, y que el terapeuta pueda trabajar sus rabias, temores o desacuerdos con los padres de su paciente.

Relacionado con esto surge un nuevo desafío: la capacidad que debe tener el terapeuta para lograr que los padres acepten participar en las técnicas lúdicas.

Por último, se plantean ciertas características de los niños que agregan cierta dificultad al trabajo con ellos. En este punto se han descrito aspectos tales como que los niños desvían la atención, requieren mayor motivación, son bulliciosos, alteran el setting, se cansan rápido, son inquietos, hacen perder el control de la sesión, desfocalizan las intervenciones y, cuando son chicos, tienen un lenguaje diferente que el terapeuta debe aprender a

comprender y asimilar en la terapia. Estas características pueden generar lo que Andolfi (1984) llama un estado de “desorden o confusión”, que puede derivar en un terapeuta preso de la ansiedad, con la sensación de perder el tiempo o de verse descalificado por los padres.

Ahora bien, aunque los niños tienen estas características por el sólo hecho de ser niños, es importante comprobar que el niño y sus padres cuentan con capacidades adecuadas para poder beneficiarse de una terapia. Por ejemplo, si el descontrol de impulsos es demasiado intenso, es fundamental regular eso antes de iniciar un proceso de terapia, porque de lo contrario el niño y sus padres no podrán beneficiarse de las intervenciones que el terapeuta haga, ya que no están las condiciones básicas para asimilar las experiencias terapéuticas. Lo mismo ocurre con otro tipo de sintomatología infantil, por lo que es importante realizar las interconsultas necesarias ante ciertos problemas de modo de que el niño se encuentre en condiciones de aprovechar el espacio terapéutico. Cuando la terapia tiene un enfoque cognitivo, resulta importante que el niño tenga un desarrollo cognitivo de acuerdo a lo que requieren las intervenciones, por lo que se realiza una evaluación previa en esta área.

Con relación a los requerimientos de los padres, resulta importante que los padres comprendan lo que pueden esperar de una terapia, y en este sentido, no tengan expectativas irreales o fantasías de curación mediante algunas indicaciones y nada más. Es por esto que es fundamental la disponibilidad a asistir a las sesiones, que implica: contar con los recursos económicos, contar con el tiempo y contar con la posibilidad de movilizarse al lugar de la atención. Cuando estos aspectos resultan muy difíciles para los padres, las terapias pierden continuidad y las intervenciones pierden fuerza, lo que muchas veces se traduce en que los procesos se alargan implicando que el problema parece no tener solución, y los padres sienten que invierten mucho esfuerzo con pobres resultados.

Por último, otra característica a menudo mencionada como una complejidad en el trabajo con niños, se refiere al esfuerzo adicional de trabajar con una mayor diversidad de contextos que intervienen de forma importante en la vida del niño. Se menciona en general la escuela como contexto relevante, sin embargo, también hay que atender a las relaciones con cuidadores, guarderías y profesores.

Finalmente, se plantea que para que un niño realmente se beneficie de una terapia, y especialmente cuando en la terapia participan sus padres, deben darse algunas condiciones que permitan el éxito terapéutico. Estas condiciones se enfocan en términos generales a la incorporación real del niño en la terapia, lo que se da cuando el terapeuta toma en cuenta la subjetividad del niño, cuando se considera al niño como sujeto, cuando se consideran sus necesidades infantiles, cuando se considera su lenguaje como un modo válido de comunicación, cuando se le mantiene informado y por lo tanto la terapia tiene un sentido

para él; cuando el niño está comprometido en la terapia, cuando es posible protegerlo de la agresión o el maltrato y cuando gracias a todo esto se pueden generar diálogos colaborativos.

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No copiar

Referencia:

Alaluf, R. & Zippelius, M.L. (1992). *Estudio exploratorio descriptivo del contenido de los miedos infantiles a través del test Angusti* (Memoria). Universidad Gabriela mistral, Santiago, Chile.

Álvarez, R., Letelier, J., Montt, M.L., Vial, B. (2007). *Traducción una guía para psicoterapeutas principiantes* (Zaro, J., Barach, R., Nedelman, D) (Trabajo supervisión Patricia Zañartu). Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

Aretio, C., Müller, P. & Mateluna, X. (2003). *Clínica Infanto Juvenil*. Santiago de Chile: Ed. Universidad Diego Portales.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa.

Becerra, C., Bruna, A., Carmona, B., Inostroza, C. & Restrepo, V. (2006). *Compendio Pruebas Psicológicas*. (trabajo supervisión Patricia Zañartu). Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

Berwart, H. & Zegers, B. *Psicología del desarrollo*. Santiago de Chile: Ed. Universidad Católica.

Botero, D., Palacio, J.D., Arroyave, P., Piñeros, S. (2015). Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. *Rev Colomb Psiquiat*. 44 (4). doi: 10.1016/j.rcp.2015.08.001

Caballo, V. E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.

Caride, M.R. en Phillipson, H. (2012). *TRO. Test de Relaciones Objetales*. Buenos Aires: Paidós.

CEAD, Centro Estratégico de Análisis del delito (2013). Boletín Comunal de San Bernardo elaborado por el departamento de Estudios y Estadísticas Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile.

CEDEP (2010) Construcción de un instrumento de evaluación del desarrollo de niños chilenos de 0 a 6 años. Proyecto FONDEF D07I1029.

Choca, J. & Van Denburg, E. (1996). *Manual for Clinical Psychology Trainees*. New York: Brunner/Mazel.

Crain, W. (2005). *Theories of Development: concepts and applications*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Dennison, S. & Knight, C. (1999). *Activities for Children in Therapy*. Springfield Illinois: Ed. Charles. C Thomas.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013). 5.a ed. Arlington: American Psychiatric Association

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (2000). Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Arlington: American Psychiatric Association

Dörr, A., Gorostegui, M.E. y Bascuñan, M.L. (2008). *Psicología General y evolutiva*. Santiago de Chile: Ed. Mediterraneo.

DuPaul, G., Powee, T., Anastopoulos, A., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale IV*. Guilford Press.

Echeburúa, E., Salaberría, K., Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Rev. Terapia psicológica*. 32 (1), 65-74.

Efron, A. M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A. M., & Woscoboinik, P. (1976). *La hora de juego diagnóstica*. En Ocampo, M.L. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Erikson, E. H. (2012). *El ciclo vital completado: Edición revisada y ampliada*. Grupo Planeta Spain.

Esquivel, F., Heredia, M.C. & Gomez-Maqueo, E. (2007). *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México: Manual Moderno.

Fejerman, N (2010). *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, L. (2008). *Juego Psicoterapéutico y desarrollo emocional*. Monterrey: Centro de Investigación Y Entrenamiento en Psicoterapia Gestalt Fritz Pearls.

Friedberg, R. & Mc Clure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.

Friedberg, R., Mc Clure, J. & Hillwig, J. (2009) *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Finch, A., Nelson, W. & Ott, E. (1993). *Cognitive- Behavioral Procedures with Children and Adolescents*. Boston: Allyn and Bacon.

Gabel, S., Oster, G., Butnik, S. (1986). *Understanding Psychological Testing in Children*. New York: Plenum Publishing Corporation.

Gazmuri, V., & Milicic, N. (2013). *Terapia de grupo en niños: una alternativa de crecimiento emocional*. Ediciones Universidad Católica de Chile.

Gioia, G., Espy, K., Isquith, P. (2003) *BRIEF-P. Behavior Rating Inventory of Executive Function- Preschool Version*. Professional Manual. Florida: Par.

Gioia, G., Espy, K., Isquith, P. (2011) Behavior Rating Inventory of Executive Function- Preschool Version (BRIEF-P). *Neuropsychological Assessment*, 34 (3), 81.

Gómez, E., Muñoz, M. M., & Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psyche* (Santiago), 16(2), 43-54.

Grupo Supervisión Patricia Zañartu R. (2005). *Compendio desarrollo*. (Trabajo supervisión Patricia Zañartu). Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

Isquith, P., Gioia, G., Espy, K. (2004). Executive Function in Preschool Children: Examination Through Everyday Behavior. *Developmental Neuropsychology*, 26 (1), 403-422.

Jongsma, A., Peterson, M., Mc Innis, W. (2003). *The Child Psychotherapy: Treatment Planner*. New Jersey: John Wiley and Sons.

Kenber, P., Chazan, S. (1997). *Manual de evaluación de la terapia por el juego para niños*.

Lahey, B. y Kazdin, A. (Ed) (1981). *Advances in Clinical Child Psychology*. Nueva York: Plenum Press.

Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New Jersey: Ed. Wiley and Son.

Lawrence, K. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Biblioteca de psicología. Bilbao: Desclee de Brouwer, SA, 1.

León, F. (2013). *Adaptación y validación del Behavior Rating Inventory of Executive Function-Preschool Version (BRIEF-P)* (Tesis Inédita de Maestría). Universidad de los Andes, Santiago.

Lichner, B. (2006). *Clinical Case Formulations*. New Jersey: Ed. John Wiley and Sons.

Llanos, M.T. & Sinclair, C. (1991) en Gazmuri, V., Hamel, P. & Aron, A.M. (1991). *Terapia sistémica y contexto social*. Anales terceras jornadas chilenas de terapia familiar. Instituto Chileno de Terapia Familiar. Santiago, Chile.

Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological review, 50(4), 370.

Moreno, R. (2010). *Estilos de Apego en el Profesorado, percepción de sus relaciones con el alumnado* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología Universidad Complutense: Madrid.

Oaklander, V. (1992). *Ventana a nuestros niños*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.

Opazo, M., Soto, P. (2004). *Terapia Familiar con Niños: La voz de los terapeutas*. Tesina para optar al Título de Terapeuta Familiar.

Pardo, M., Gómez, M., Edwards, M. (2012) Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) Para niñas y niños de 3 meses a 6 años. Presentación de un nuevo instrumento chileno para evaluar el desarrollo infantil (Estado de avance) Serie reflexiones. Infancia y adolescencia, 14, 3-38.

Raven, J.C. (1951). *Test de Matrices Progresivas Para la Medida de Capacidad Intelectual (de sujetos de 4 a 11 años)*. Buenos Aires: Paidós.

Sattler, J. & Saklofske, D. (2005). *Evaluación infantil, aplicaciones cognitivas, conductuales y clínicas*. México: Manual Moderno.

Soprano, A. (2003) Evaluación de las funciones ejecutivas en el niño. *Revista neurología*, 37 (1), 44-50.

Toro, J., Cervera, M. (2006). *T.A.L.E. Test de análisis de lectoescritura*. Madrid: A. Machado Libros.

Toronto, A. (1975). *Del Rio Language Screening Test*. New York: National Educational Laboratory Publishers.

Wechsler, D. (2010). *WISC-IV. Manual de Administración y Puntuación*. Buenos Aires: Paidós.

Zañartu, P. (2011). *El profesor como tutor de resiliencia en la sala de clases*. (Tesis para optar al título de Master Universitario en Educación en la especialidad de Asesoramiento Educativo familiar). Centro Universitario Villanueva, Adscrito a la Universidad Complutense de Madrid.

Zaro, J., Barach, R., Nedelman, D. & Dreiblat, I. (2005) *A Guide for Beginning Psychotherapist*. N.Y: Ed. Cambridge University Press.

Páginas Web:

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2012). Reportes Estadísticos y Comunales 2012. Recuperado de:

http://reportescomunales.bcn.cl/2012/index.php/San_Bernardo?m=1#Poblaci.C3.B3n_seg.C3.BAn_pobreza_CASEN_2003-2009.

Cuestionario de Conducta de Conners. Recuperado de:

<http://www.hospitaldenens.com/docs/cat/Escalas%20de%20Conners.pdf>

San Bernardo Crece con Todos (2015). Plan de Salud de San Bernardo 2015. Recuperado de: http://www.corsaber.cl/descargas/PLAN_DE_SALUD_2015.pdf

Anexos:

Cuestionario de Depresión para Niños y Adolescentes

Children's Depression Inventory (CDI)

Nombre: _____ Fecha: _____

Cada una de las siguientes “**Preguntas**” se refiere a cómo te has sentido o las cosas que has pensado en las últimas 2 semanas. Cada “**Pregunta**” está enumerada del **1** al **27** y se te ofrecen 3 posibles “**Alternativas**” en cada “**Pregunta**”, de las cuales sólo debes marcar **UNA**. La “**Alternativa**” que marques debe corresponder a la forma que mejor represente lo que has sentido o lo que has pensado en las últimas 2 semanas.

Preguntas	Alternativas
1	☐ Estoy triste de vez en cuando ☐ Estoy triste muchas veces ☐ Estoy triste siempre
2	☐ Nunca me saldrá nada bien ☐ No estoy seguro si las cosas me saldrán bien ☐ Creo que las cosas me saldrán bien
3	☐ Hago bien la mayoría de las cosas ☐ Hago mal muchas cosas ☐ Todo lo hago mal
4	☐ Me divierten muchas cosas ☐ Me divierten algunas cosas ☐ Nada me divierte
5	☐ Soy malo siempre ☐ Soy malo muchas veces ☐ Soy malo algunas veces
6	☐ A veces pienso que me pueden pasar cosas malas ☐ Me preocupa que me pasen cosas malas ☐ Estoy seguro que me van a pasar cosas terribles
7	☐ Me odio ☐ No me gusta como soy ☐ Me gusta como soy

8	☐ Todas las cosas malas son culpa mía ☐ Muchas cosas malas son culpa mía ☐ No tengo la culpa que pasen cosas malas
9	☐ No pienso en matarme ☐ Pienso en matarme pero no lo haría ☐ Quiero matarme
10	☐ Tengo ganas de llorar todos los días ☐ Tengo ganas de llorar muchos días ☐ Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11	☐ Siempre estoy preocupado ☐ Muchas veces estoy preocupado ☐ Rara vez estoy preocupado
12	☐ Me gusta estar con la gente ☐ Muchas veces no me gusta estar con la gente ☐ No quiero en absoluto estar con la gente
13	☐ No puedo decidirme ☐ Me cuesta decidirme ☐ Me decido fácilmente
14	☐ Me agrada mi apariencia física ☐ Hay cosas de mi apariencia física que no me gustan ☐ Me desagrada mi apariencia física
15	☐ Siempre me cuesta ponerme a hacer las tareas ☐ Muchas veces me cuesta ponerme a hacer las tareas ☐ No me cuesta ponerme a hacer las tareas
16	☐ Todas las noches me cuesta dormirme ☐ Muchas noches me cuesta dormirme ☐ Duermo muy bien
17	☐ De vez en cuando me siento cansado ☐ Muchas veces me siento cansado ☐ Todo el tiempo me siento cansado
18	☐ No me siento solo ☐ Muchas veces me siento solo ☐ Siempre me siento solo
19	☐ Nunca me divierto en el colegio ☐ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando ☐ Me divierto en el colegio muchas veces
20	☐ Tengo muchos amigos ☐ Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más ☐ No tengo amigos
21	☐ Me va bien en el colegio ☐ No me va tan bien en el colegio como antes ☐ Me va muy mal en ramos que antes me iba bien
22	☐ Nunca hago las cosas tan bien como otros niños ☐ Si quiero puedo hacer las cosas tan bien como otros ☐ Hago las cosas tan bien como otros niños
23	☐ Nadie me quiere ☐ No sé si alguien me quiere ☐ Estoy seguro que alguien me quiere
24	☐ Me llevo bien con la gente ☐ Me peleo muchas veces

	☐ Me peleo siempre
25	☐ Casi todas las noches tengo pesadillas ☐ A veces tengo pesadillas ☐ Casi nunca tengo pesadillas
26	☐ No me gusta jugar ☐ A veces me gusta jugar ☐ Me gusta jugar siempre
27	☐ Generalmente me siento feliz ☐ Sólo algunas veces me siento feliz ☐ Nunca me siento feliz

YA HAS TERMINADO.

¡MUCHAS GRACIAS POR CONTESTAR!

Puntaje Total: _____

Pauta de Corrección CDI.

Item	Alternativas
1	0 Estoy triste de vez en cuando 1 Estoy triste muchas veces 2 Estoy triste siempre
2	2 Nunca me saldrá nada bien 1 No estoy seguro si las cosas me saldrán bien 0 Creo que las cosas me saldrán bien
3	0 Hago bien la mayoría de las cosas 1 Hago mal muchas cosas

	2 Todo lo hago mal
4	0 Me divierten muchas cosas 1 Me divierten algunas cosas 2 Nada me divierte
5	2 Soy malo siempre 1 Soy malo muchas veces 0 Soy malo algunas veces
6	0 A veces pienso que me pueden pasar cosas malas 1 Me preocupa que me pasen cosas malas 2 Estoy seguro que me van a pasar cosas terribles
7	2 Me odio 1 No me gusta como soy 0 Me gusta como soy
8	2 Todas las cosas malas son culpa mía 1 Muchas cosas malas son culpa mía 0 No tengo la culpa que pasen cosas malas
9	0 No pienso en matarme 1 Pienso en matarme pero no lo haría 2 Quiero matarme
10	2 Tengo ganas de llorar todos los días 1 Tengo ganas de llorar muchos días 0 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11	2 Siempre estoy preocupado 1 Muchas veces estoy preocupado 0 Rara vez estoy preocupado
12	0 Me gusta estar con la gente

	1 Muchas veces no me gusta estar con la gente 2 No quiero en absoluto estar con la gente
13	2 No puedo decidirme 1 Me cuesta decidirme 0 Me decido fácilmente
14	0 Me agrada mi apariencia física 1 Hay cosas de mi apariencia física que no me gustan 2 Me desagrada mi apariencia física
15	2 Siempre me cuesta ponerme a hacer las tareas 1 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer las tareas 0 No me cuesta ponerme a hacer las tareas
16	2 Todas las noches me cuesta dormir 1 Muchas noches me cuesta dormir 0 Duermo muy bien
17	0 De vez en cuando me siento cansado 1 Muchas veces me siento cansado 2 Todo el tiempo me siento cansado
18	0 No me siento solo 1 Muchas veces me siento solo 2 Siempre me siento solo
19	2 Nunca me divierto en el colegio 1 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando 0 Me divierto en el colegio muchas veces
20	0 Tengo muchos amigos 1 Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más

	2 No tengo amigos
21	0 Me va bien en el colegio 1 No me va tan bien en el colegio como antes 2 Me va muy mal en ramos que antes me iba bien
22	2 Nunca hago las cosas tan bien como otros niños 1 Si quiero puedo hacer las cosas tan bien como otros 2 Hago las cosas tan bien como otros niños
23	2 Nadie me quiere 1 No sé si alguien me quiere 0 Estoy seguro que alguien me quiere
24	0 Me llevo bien con la gente 1 Me peleo muchas veces 2 Me peleo siempre
25	2 Casi todas las noches tengo pesadillas 1 A veces tengo pesadillas 0 Casi nunca tengo pesadillas
26	2 No me gusta jugar 1 A veces me gusta jugar 0 Me gusta jugar siempre
27	0 Generalmente me siento feliz 1 Sólo algunas veces me siento feliz 2 Nunca me siento feliz

Escuela de Psicología, Universidad de Los Andes - No copiar

ii. RCMAS

Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes.

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

Nombre: _____ Fecha: _____

Lee cada una de las siguientes “**Afirmaciones**” en forma cuidadosa. Las Afirmaciones están enumeradas del 1 al 37. Cada una de estas Afirmaciones se refiere a lo que piensas de ti, o a cómo te has sentido, o a que has pensado durante las últimas 2 semanas. Has un círculo en “**Si**”, si tu crees que es verdad. Has un círculo en “**No**” si tu crees que es mentira.

Afirmaciones:

1	Me cuesta tomar decisiones	Si	No
2	Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen bien	Si	No
3	A los demás les es más fácil hacer las cosas	Si	No
4	Me gustan todas las personas que conozco	Si	No
5	Con frecuencia me cuesta respirar	Si	No
6	Me preocupo la mayoría del tiempo	Si	No
7	Tengo susto de muchas cosas	Si	No
8	Yo soy siempre bondadoso	Si	No
9	Me enojo con facilidad	Si	No
10	Me preocupa lo que mis padres me puedan decir	Si	No
11	Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas	Si	No
12	Siempre tengo buenos modales	Si	No
13	Me es difícil quedarme dormido en la noche	Si	No
14	Me preocupa lo que los demás piensen de mí	Si	No
15	Me siento solo aún cuando estén otras personas conmigo	Si	No
16	Yo soy siempre bueno	Si	No
17	Con frecuencia me siento enfermo del estómago	Si	No

18	Me hieren mis sentimientos con facilidad	Si	No
19	Mis manos se sienten húmedas	Si	No
20	Yo soy siempre simpático con todos	Si	No
21	Me siento muy cansado	Si	No
22	Me preocupa lo que va a pasar (suceder)	Si	No
23	Otras personas son más felices que yo	Si	No
24	Siempre digo la verdad	Si	No
25	Tengo pesadillas	Si	No
26	Me hieren los sentimientos con facilidad cuando me retan	Si	No
27	Siento que alguien me puede decir que hago mal las cosas	Si	No
28	Nunca me enojo	Si	No
29	Me despierto asustada algunas veces	Si	No
30	Me preocupa cuando me acuesto en la noche	Si	No
31	Me cuesta concentrarme en mis tareas (estudio)	Si	No
32	Yo nunca digo cosas que no debería decir	Si	No
33	Me muevo mucho en mi asiento	Si	No
34	Yo soy nervioso	Si	No
35	Muchas personas están en contra mía	Si	No
36	Yo nunca miento	Si	No
37	Con frecuencia me preocupo porque me pueda pasar algo malo	Si	No

Interpretación de RCMAS:

Cada ítem debe ser contestado Si o No, Si es “Sí” se puntuará como “1” y si en No como “0” Existen 4 sub-escalas, tres de ansiedad y una de veracidad.

El punto de corte, que permite identificar niveles de ansiedad clínicamente significativos, recomendado por Stallard, Velleman, Langsford y Baldwin (2001)⁸, es **19** de 28.

Reynolds y Richmond (1978)⁹ sugirieron que los puntajes que cayeran dentro de una desviación estándar (SD) de la media (Me) para cada nivel escolar puede ser usado como indicador de que el paciente esta dentro del rango de normalidad.

Mientras mayor es el puntaje, mayor intensidad de la ansiedad. Se entregan los ítems de cada una de la sub-escalas:

1. *Ansiedad fisiológica*: ítems: 1, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 25, 29, 33.
2. *Preocupación/hipersensibilidad*: (puntaje alto: no pueden lidiar con la ansiedad ni manejarla solo.) ítems: 2, 6, 7, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 37.
3. *Preocupación social/concentración*: (puntaje alto: se ponen ansiosos por no cumplir con las expectativas de los padres o personas significativas). Ítems: 3, 11, 15, 23, 27, 31, 35.
4. *Escala de veracidad*: (puntaje alto: la percepción del niño sobre si mismo es idealizada, ej: yo nunca miento). Ítems: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36.

Instrucciones para puntuación:

Paso 1: Colocar en la Tabla 1 un “1” si la respuesta del ítem correspondiente es “Sí”. Luego al sumar hacia el lado los “1s” dará la sumatoria de cada sub-escala. Para el puntaje total de Ansiedad (que incluye los 28 ítems de ansiedad de la escala, excluyendo los ítems de la sub-escala de veracidad) debe sumar las Sumatorias 1+ Sumatoria 2 + Sumatoria 3.

Paso 2: luego, traslade el valor de Ansiedad total en la Tabla 2, donde se especifica las Media y Desviaciones estándar para cada curso y sexo. Si paciente tiene un puntaje por arriba de 1 SD en relación a su edad (curso) se considera que tiene Ansiedad Clínicamente Significativa.

Paso 3: Resolver de la misma forma la sub-escala de veracidad: si el puntaje suma igual o mayor a 6 (1 SD por arriba de la Media), el puntaje de Ansiedad Total debe ser interpretado con precaución¹⁰.

⁸ Stallard, P.; Velleman, R.; Langsford, J. and Baldwin, S. (2001) “Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents”, *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 40, pp. 197-208.

⁹ Reynolds, C.R. and Richmond, B.O. (1978) “What I think and Feel: A Revised Measure of Children’s Manifest Anxiety”, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 6(2), pp. 271-280.

¹⁰ Handbook of Psychiatric Measures. American Psychiatric Association, 2000.

Tabla 1. Sumatoria de ítems de RCMAS.

<u>Anxiety Scale Factors:</u>	<u>Item Numbers</u>										Total
<i>The Physiological Factor</i>	1	5	9	13	17	19	21	25	29	33	
Sumatoria 1											
<i>The Worry/Oversensitivity Factor</i>	2	6	7	10	14	18	22	26	30	34	37
Sumatoria 2											
<i>The Concentration Anxiety Factor</i>					3	11	15	23	27	31	35
Sumatoria 3											
<i>Ansiedad Total:</i>											
Sumatoria de los ítems: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37.											
<u>Lie Scale Factors:</u>											Total
<i>ítems</i>	4	8	12	16	20	24	28	32	36		

Interpretación de RCMAS:

Tabla 2*: Puntajes Promedios y Desviaciones Estándar (SD) del RCMAS en Población referencia.

Curso	Escala de Ansiedad		Paciente	Escala de Veracidad		Paciente
	<i>Promedios</i>	<i>SD</i>		<i>Promedios</i>	<i>SD</i>	
	13.84	5.79		3.56	2.37	
1°	13.70	4.85		6.00	1.95	
2°	16.13	6.42		4.63	2.55	
3°	12.78	6.50		3.97	2.18	
4°	16.64	5.70		2.25	1.65	
5°	12.52	5.33		2.70	2.47	
6°	13.82	5.28		4.18	2.04	

7°	11.85	5.27	1.931.67
8°	14.50	5.22	2.571.87
1° M	13.25	6.27	3.701.84
2° M	13.23	5.85	3.682.48
3° M	13.96	5.87	3.682.75
4° M	13.67	4.58	4.332.29
Sexo			
Mujeres	14.97	5.60	3.662.45
Hombres	12.58	5.75	3.452.28

* Esta Tabla ha sido adaptada a la cultura chilena para hacer más fácil su interpretación.