

Los Psicodiagnósticos Multidimensionales en las infancias: Un Caso Clínico

Multidimensional Psychodiagnostics in Childhood: A Clinical Case


Patricia Morandini Roth
Centro Consulta Abierta, España

Resumen: El presente trabajo presenta la eficacia de los Psicodiagnósticos Multidimensionales con fundamentación y criterios internacionales en la etapa de la infancia. Estos psicodiagnósticos demuestran una complejidad epistemológica: la multifactorialidad clínica del psiquismo en construcción atravesados por distintos ejes, el desarrollo, la interculturalidad, el funcionamiento mental, la subjetividad, personalidad etc. El nuevo manual psicodinámico evidencia la identidad profesional del método y el abordaje de los pacientes. Se presenta las entrevistas iniciales con técnica psicoanalítica en el motivo de consulta infantil, cuando un diagnóstico biomédico proveniente de la psiquiatría, como el Trastorno por Déficit de Atención Hiperactividad es presentado en las primeras entrevistas. Se ilustra con entrevistas psicodiagnósticas realizadas a un niño y su familia con diagnóstico médico previo.

Palabras clave: psicodiagnóstico, multidimensional, ejes, infancias, clínica, TDAH

Abstract: This work addresses the efficacy of Multidimensional Psychodiagnostics based on international criteria in the childhood stage. These diagnoses present epistemic complexity: the clinical multifactoriality of the psyche under construction intersected by different axes, development, interculturality, mental functioning, subjectivity, personality, etc. The new psychodynamic manual highlights the professional identity of the method and the approach to patients. The paper describes the initial interviews using the psychoanalytic technique in the context of a pediatric consultation, in which a biomedical diagnosis from psychiatry, such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder, is presented in the first interviews. It is illustrated with psychodiagnostic interviews conducted with a child and his family with a previous medical diagnosis.

Keywords: psychodiagnostics, multidimensional, axis, childhood, clinical, ADHD

Patricia Morandini Roth  0000-0003-0329-3585 es psicóloga con habilitación sanitaria, psicoanalista por International Psychoanalytical Association, psicoterapeuta en EFPA, investigadora y docente universitaria en la Facultad de Psicología Máster en la Universidad Europea de Madrid/ Universidad de Alcalá.

Para citar este artículo: Morandini Roth, P. (2022). Los Psicodiagnósticos Multidimensionales en las infancias: Un Caso Clínico. *Clínica Contemporánea*, 13(3), Artículo e23. <https://doi.org/10.5093/cc2022a19>

La correspondencia de este artículo debe enviarse a la autora Patricia Morandini Roth al e-mail: consultaabiertaformacion@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

Como supervisora clínica de Psicoterapeutas, Psicólogos Clínicos, Psicólogos Generales Sanitarios, observo y escucho a diario cuántos colegas jóvenes en formación, se sienten inseguros en hacer el psicodiagnóstico. Algunos profesionales se sienten desorientados y perdidos al realizar un psicodiagnóstico articulado en todas sus dimensiones. La mayoría vienen formados con un diagnóstico biomédico con carácter categorial y psiquiátrico en su formación académica. Además, la palabra diagnóstico denota una carga emocional y subjetiva para los pacientes y sus familias, y otra carga emocional para el terapeuta. La palabra pareciera que carga con fantasías, significados contaminados e incómodos de otras disciplinas, a la que hay que combatir y/o repetir linealmente sin reflexión y observación ampliada profunda. Es una realidad que tal combate de los sobrediagnósticos sean el motivo de discusiones estériles pues en el quehacer psicológico no avanzamos, ni podemos construir un camino fértil. Los diagnósticos categoriales de otras disciplinas fomentan el intrusismo profesional y proto-colonizan la complejidad de la salud psicológica infantil y juvenil. Defino y llamo “protocolonización” del sufrimiento infantil sobre los psicodiagnósticos cuando los niños están dominados por las creencias y actitudes dogmáticas en la relación con los adultos sean estos profesionales de la salud mental, clínicos de atención primaria, educación o familias desorientadas, los cuales utilizan múltiples protocolos psiquiátricos-pedagógicos exclusivamente, para colonizar con un sello nominal y categorial la identidad de niños y a adolescentes. La protocolonización de la subjetividad y sufrimiento infantil está mediatizada por una o varias identidades profesionales, trata de aplacar el sufrimiento psíquico parental y a la vez atribuir una pseudo-identidad a un menor. Un ejemplo, el auge del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), punta del iceberg de la medicalización farmacológica de la infancia sobre los problemas psicológicos. De Celis Sierra (2014) reseñó lo siguiente:

No se trataría de sobrediagnóstico, sino que la raíz del problema es otra: la propia realidad del trastorno, su validez conceptual. Por supuesto que no dudan de que algunos de los niños así diagnosticados tengan problemas reales, algunos muy serios, sino que más bien alertan de que el diagnóstico viene a encubrir cuáles son los condicionantes contextuales de tales problemas, implicando un tratamiento psicofarmacológico que no solo puede ser innecesario sino que también puede resultar perjudicial, mientras que el problema de base que llevó al niño a exhibir las conductas de desatención, impulsividad o hiperactividad seguirá sin abordarse. (p. 298)

Por otro lado, el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos diagnosticados de forma más habitual en los niños. Este trastorno, se caracteriza por una imposibilidad de prestar una atención mantenida a lo largo del tiempo en las distintas actividades de la vida cotidiana de las personas, haciendo muy complicado que estas se mantengan quietas y tranquilas en un mismo lugar, por lo que la impulsividad es mucho mayor que en sujetos que no lo sufren (Piñón et al., 2019). Así mismo, según Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2019) suele ir acompañado de otros trastornos. Desde la Psiquiatría se plantea un TDAH, pero nuestra identidad profesional Psicológica sostiene saber indagar en los sufrimientos psíquicos desde nuestra cultura metodológica científica. Por lo tanto, se plantea un psicodiagnóstico multidimensional en el que se evalúen distintos aspectos de la vida del niño, como sus antecedentes, mundo relacional familiar o medioambiente, funcionamiento mental, ideas intrapsíquicas, creencias sobre el autoconcepto de si mismo y los otros, y/o su fantasía, entre otros. Se puede observar la posibilidad que dicho trastorno esté cubriendo otros aspectos de vital importancia para el adecuado desarrollo psicológico y funcionamiento psíquico del niño.

Por contextualizar, a medida que han pasado los años, es cada vez más común encontrar algún niño de una clase de Educación Infantil o Primaria diagnosticado con TDAH. Numerosos estudios parecen avalar que la prevalencia actual global en psiquiatría se encuentra en torno a un 5% (Polanczyk et al., 2007; Saiz, 2018; y Wei et al., 2018), mientras que, en España, se estima una prevalencia de un 6,8% (Catalá-López et al., 2012;). Se trata de cifras muy relativas debido a que no existe un diagnóstico claro y diferencial frente a otros trastornos. Se ha de puntualizar también que, según los datos de diferentes estudios, la edad en la que más se diagnostica el trastorno ronda los 5 y 7 años (Cerrillo-Urbina et al., 2018). Además, es muy necesario y resulta indispensable para este trabajo señalar los trastornos que presentan comorbilidad con el TDAH, entre los que destacan: trastorno oposicionista desafiante (50%), trastornos de conducta (30-50%), trastornos afectivos y ansiedad (30%), síndrome de Tourette (18%), depresiones (20-30%) y desórdenes de personalidad (18-25%) (Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2017).

El estudio del estilo de apego y el TDAH concluye en sus investigaciones que, a través de la reestructuración del apego desorganizado, se pueden explicar las mejoras en dichas conductas. Señala en su investigación la alta relación entre psicopatología grave como el TDAH con el apego desorganizado. (Pinto et al., 2006)

Un proyecto de investigación, diseñado y proyectado por miembros del Proyecto Padres-Infantes (PIP) y de la Unidad de Investigación de Terapias Psicológicas y Apego Infantil, ambos del Centro Nacional del Niño y la Familia Anna Freud, tiene como objetivo examinar en detalle el proceso de Psicoterapia Psicoanalítica Padres-Infantes en casos de trauma relacional. El objetivo del proyecto fue explorar los micro procesos que constituyen la interacción terapéutica, identificar los episodios interactivos muy breves en la psicoterapia de padres e hijos. Fue posible discernir y describir en detalle micro eventos traumáticos entre la familia, sus hijos y el terapeuta, así como intervenciones terapéuticas sutiles, a menudo no conscientes, que promueven un cambio psíquico (Baradon, et al., 2019).

Estas cuestiones sintetizadas anteriormente, puede contribuir a las conceptualizaciones teóricas de la relación entre procesos relacionales explícitos e implícitos en el desarrollo y la psicoterapia infantil. Además, tiene implicaciones para la investigación del proceso de psicoterapia y la formación clínica. Con base en los hallazgos de este proyecto de investigación se desarrolló un plan para su uso del método para examinar las interacciones en PPIP caracterizadas por estados de excitación desorganizada, que evidencian un factor importante.

Finalmente, otro punto importante cabe mencionar se refiere a la farmacología. Un estudio de Storebø y Gluud (2020) para la Organización Mundial de la Salud demuestra que no existe investigaciones objetivas a largo plazo del uso del Metilfenidato por lo que no es aconsejable para el tratamiento de este trastorno, no aconsejan su administración.

A continuación, describiremos los psicodiagnósticos multidimensionales en la infancia.

Los Psicodiagnósticos Multidimensionales

¿Qué sienten, por qué y cómo sufren los niños?

Para comprender los psicodiagnósticos en múltiples dimensiones, se toma como base fundamental el manual psicodinámico multiaxial que trata de explicar y entender el funcionamiento mental de la etapa de la infancia, explorando numerosos aspectos de sus dimensiones. Estas nuevas aportaciones de Lingardi y McWilliams (2017) son de gran importancia. Es un manual que incluye las investigaciones como proceso resultado, el conocimiento clínico, y otros resultados empíricos aportadas por 10 asociaciones científicas interdisciplinarias e internacionales, con 4000 profesionales de la salud mental. Está centrado en el funcionamiento psicológico, el desarrollo normal y en las posibles complejidades psicopatológicas que se pueden manifestar a lo largo de la vida. Se trata de un manual psicodiagnóstico con un enfoque diferente, que abarca distintas dinámicas psicológicas, emocionales y relacionales de la persona, que confluyen en la configuración personal del individuo en distintas etapas de la vida. Se puntualiza estas características:

- Da respuesta a la complejidad del aparato psíquico a través de los ciclos vitales. (Infancia Temprana, Infancia, Adolescencia, Aduldez, y Aduldez tardía o tercera edad).
- Por este motivo, el enfoque multidimensional del PDM-2, considera la salud mental, la psicopatología y otros aspectos del funcionamiento de la persona, como las competencias de regulación y expresión emocional, las estrategias de afrontamiento, la capacidad de comprenderse a uno mismo, las tendencias defensivas y la calidad de las relaciones entre otras.
- El PDM-2 ofrece un marco psicodiagnóstico en el que se toma en consideración el funcionamiento de la persona en su totalidad, desde los aspectos más profundos hasta aspectos emocionales, cognitivos, interpersonales y patrones de relaciones sociales. Tomando en consideración el rango completo del funcionamiento mental, la segunda edición de PDM pretende proporcionar una “taxonomía de las personas” y no una “taxonomía de trastornos”, señalando la importancia, para el profesional, de centrarse en *quién es el paciente frente a qué tiene el paciente*.

- El PDM-2 propone un marco psicodiagnóstico en el que se realiza una descripción multiaxial sistemática del *funcionamiento de la personalidad* (adaptado y problemático) a través de ejes. A continuación, se describen los ejes.

Eje M – Funcionamiento Mental

El funcionamiento mental describe diferentes áreas, con el objetivo de explorar funciones específicas del mundo interno y la organización de la personalidad de la persona. Para niños de 4 a 11 años se incluye las once capacidades propuestas a continuación. De igual manera, en este grupo se incluye una escala de 1 a 5 en niveles de funcionamiento. Debido a la complejidad de la psicopatología de desarrollo y su diversidad de sus cambios en la edad se podrían tener en consideración, se dividen cuatro dominios generales de exploración:

Procesos Cognitivos y Procesos Afectivos

En este dominio, se distinguen tres capacidades: capacidad de regulación, atención y aprendizaje (procesamiento de información, filtraje de información, procesos multitarea), capacidad afectiva, de comunicación y comprensión (experiencial, expresar y comprender estados afectivos relacionados con una situación) y capacidad de mentalización y funcionamiento reflexivo (inferencias y expresiones de su mundo interno, desarrollo de un *self* coherente, entendimiento de estados emocionales).

Identidad y Relaciones

En este caso, encontraríamos otras tres capacidades diferenciadas, a mencionar: capacidad de identificación e integración (distinción del *si mismo* y del otro, realidad-fantasía, representaciones internas-externo, presente-pasado-futuro), capacidad para relacionarse e intimar (habilidad para establecer relaciones positivas con el otro, incluyendo emociones, fantasías sexuales y representaciones mentales de el paciente mismo), capacidad para regular la autoestima (basar su confianza y autoestima en percepciones realistas, ni excesivamente altas ni bajas).

Defensas

Al igual que en los dominios anteriores, encontramos: capacidad para el control de impulsos y regulación (modular en un sentido adaptativo), capacidad para el funcionamiento defensivo (hacer frente a los deseos, necesidades y expectativas en función de la habilidad de modular la ansiedad proveniente de un conflicto interno o externo) y capacidad de adaptación y resiliencia (habilidad para ajustarse a la incertidumbre, pérdida de una forma efectiva).

Autocuidado

Siguiendo el patrón de los anteriores, se diferencian: capacidad de autoobservación (adaptarse en función de la información obtenida a través de la observación de un mundo interno real, ser introspectivo), capacidad para construir y usar ideales (ser consecuente con una serie de estándares establecidos de forma interna en el contexto cultural que se desarrolle) y capacidad de significado y propósito¹(construcción de una narrativa

¹ Esta capacidad no se presenta en niños, debido a su etapa con sus cambios cognitivos y socioemocionales.

personal coherente con las decisiones personales), un sentido de dirección y propósito en cuanto a las generaciones futuras.

Eje P – Síndromes de Personalidad

El objetivo principal de este eje es el de conocer el nivel de organización y patrón de la personalidad, entendida como “quien uno es y no lo que uno tiene” (Lingiardi, 2017, p. 16). Debido a que los niños/as acuden a consulta de salud mental por motivos de aprendizaje o de comportamiento, tienen personalidades o rasgos evaluables. Los niños/as están en desarrollo y crecimiento por lo cual sus patrones de personalidad son emergentes, así como sus capacidades. Además, se incluyen también factores como la epigenética, factores culturales, estilo de apego, temperamento, estilo defensivo y neuropsicología. Por concretar, en dicho eje, también se establece un continuo en el que se distinguen:

Patrón de Personalidad sano

Personas que son capaces de establecer relaciones sociales sanas, pudiendo comprender un abanico de pensamientos y emociones acorde a su edad, mantienen un control de impulsos apropiado a las situaciones, son capaces de gestionar situaciones estresantes y no intentan imponer dicho estrés sobre los demás.

Debido a que nuestro paciente es un niño, los patrones de personalidad sanos se regulan en base a una serie de capacidades, en las que se consideran tanto lo epigenético como el “estilo de apego, las defensas, los estilos culturales y factores protectores y de riesgo” (González, 2020, p.10). Para evaluar dichos patrones, Lingiardi y McWilliams (2017) sugieren una aproximación multimodal en la que se combinen entrevistas, juego, así como test proyectivos de láminas como el CAT-A.

Prosiguiendo con el patrón de personalidad en el niño, como aspecto introductorio, se exploran diferentes áreas, a mencionar: procesos cognitivos, identidad y relaciones, defensa y estilos de afrontamiento, autoconciencia y autodirección.

Patrón de Personalidad Neurótico

Estaríamos incluyendo en este apartado a aquellas personas que presentan cierta rigidez en determinadas situaciones, es decir, ciertos mecanismos defensivos se activan generalmente en ciertas situaciones específicas (por ejemplo, fobias). Sin embargo, aquellas personas que presentan este estilo de personalidad generalmente mantienen relaciones sociales satisfactorias, son capaces de controlar sus impulsos y son capaces de gestionar sus emociones, siempre que no estén relacionadas con el ámbito en cuestión. Se debe puntualizar que presentan predisposición al cambio de su área problema.

Patrón de Personalidad Borderline

Se incluirían dentro de personalidades *borderline* aquellas personas que suelen presentar dificultades relacionales, problemas en el trabajo, incapacidad de control de impulsos, así como las que presentan comportamientos adictivos (compras, sustancias, juego...). Del mismo modo, en situaciones de distrés, suelen ser propensos a la autolisis. Cabe mencionar que son personas propensas a la depresión, ansiedad y rabia. En cuanto a los mecanismos defensivos se refiere, suelen presentar polarización (todo bueno o todo malo), así como proyecciones de personalidad. Se debe añadir que, en la personalidad *borderline*, se distinguen aquellos que presentan patrones más severos de los que son menos intensos en dicha polarización.

Patrón de Personalidad Psicótico

En estos casos, las personas que presentan dicho patrón de personalidad suelen ser incapaces de diferenciar realidad y fantasía, confusiones en su propia identidad, pensamientos sobre generalizados y bizarros, comportamientos sociales inapropiados, ansiedades graves, es decir suelen ser personas que presentan una ruptura interna con la realidad. En cuanto a los mecanismos defensivos, aparecen prácticamente todos en mayor o menor medida.

Eje S – Patrones sintomáticos: experiencia subjetiva

Este Eje S comprende las experiencias subjetivas del paciente relativas a los ejes P y M. Resulta prácticamente obvio que hay que tener en consideración cómo el sujeto percibe, representa y responde tanto al mundo que le rodea como a su propia persona. En este caso, se divide en:

Patrones Afectivos

Los patrones de respuesta afectiva emanan en forma de pérdida de control, poder e identidad, resultante de una experiencia traumática. Además, cataloga que la severidad de la respuesta puede tener un rango muy amplio, desde ansiedad y pánico a preocupación obsesiva y miedos, comúnmente presentes en sueños. Añade, que los niños pueden ser irritables y tener cambios de humor bruscos, tornando de activo a pasivo y viceversa de forma rápida.

Contenido Mental

Se incluyen rumiaciones y pensamientos fragmentados, así como fantasías escapistas, sintiéndose en muchos momentos como malos o rechazados. Añade que, niños con este tipo de trastornos, pueden presentar dificultades en diferenciar la realidad con la fantasía.

Estados Somáticos

Están muy relacionados con los estados afectivos. En este caso, se puede manifestar por movimientos constantes, ritmo cardiaco alto, músculos tensos, dolores de cabeza... además, menciona que, aquellos traumas relacionados con daño físico, dicho daño puede ser vivenciado en formas disociadas.

Patrones de Relación Asociados

Se suele considerar a aquellas personas extrañas como potencialmente dañinas. Añade que, como aspecto relevante, cualquier estímulo que recuerde a dicho evento traumático puede desencadenar reacciones de ansiedad y agresividad.

Como percibimos, todo lo explicado anteriormente responde a una explicación general en el que se podrían encuadrar cualquier tipo de persona, independientemente de la edad que tenga. Debido a que el propio PDM-2 proporciona una serie de diferenciaciones según la edad (cuatro grupos), en el caso nos delimitaremos a comprender y explicar aquellos pertenecientes a la niñez, concretamente a la franja de edad establecida entre los 9 y los 11 años (Caso Alberto de 9 años)

Por ello, en el siguiente apartado se desarrollarán cada uno de los ejes, siguiendo el caso de Alberto.

Muestra y Caso Clínico

El paciente² que se presenta fue seleccionado de una muestra clínica con edades entre 5 y 16 años en un centro sanitario de la Comunidad de Madrid agrupados en un periodo 2010-2020. Todos los pacientes se agruparon con el criterio de diagnóstico biomédico TDAH previo en el motivo de consulta psicológica. Un 20% de padres de 54 pacientes solicitaron una segunda opinión psicodiagnóstica. De este grupo de pacientes 30 eran niños y 24 eran niñas de los cuales un 64,8 % presentaba un TDAH combinado. La farmacología administrada por otros profesionales sanitarios en el momento de la primera consulta psicológica era metilfenidato, o atomoxetina de 40mg. En la fase del psicodiagnóstico un 45 % de pacientes de los 54 de la muestra presentaba ideas suicidas infantiles, en su modo de creencias o fantasías (Morandini et al., 2019).

Identificación Del Paciente y la Metodología utilizada*

Se identifica en adelante al paciente como Alberto de 9 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron las entrevistas clínicas iniciales: a) entrevistas abiertas parentales y b) las entrevistas individuales incluida la hora de juego psicodiagnóstica al paciente.

Dada la extensión de este trabajo y su relevancia a continuación, se presenta la primera entrevista con la madre y padre, y la primera entrevista de juego psicodiagnóstica. Es necesario señalar, que el trabajo con niños en las primeras entrevistas se diferencia de las posteriores pues en ella integra dos motivos principales: la inclusión en el campo terapéutico del material clínico, con los contenidos de tres participantes (el niño/a, el terapeuta y la familia) y el motivo de consulta del propio malestar del paciente. Las entrevistas de juego son el medio privilegiado que despliega el niño para comunicarse con el terapeuta. La ejemplificación de una primera hora de juego psicodiagnóstica infantil y su análisis ponen de relieve la transcendencia de ese momento.

Motivo De Consulta

Durante la conversación telefónica antes de la primera entrevista la madre comunica que consultan con la intención de que Alberto disminuya los síntomas del TDAH la inquietud y la impulsividad con el fin de mejorar su rendimiento en el colegio, así como su bienestar mental. Además, espera aminorar las conductas violentas del niño, tanto en casa como en el colegio y que su hijo se sienta tranquilo. Fue diagnosticado y medicado por un neurólogo.

Primera Entrevista Parental

En la primera entrevista, la familia de Alberto, de 9 años acuden a consulta. Comentan muy angustiados (especialmente la madre) que su hijo es “bastante violento”. Indica que ayer, en el colegio, atacó a un niño de color, al parecer de forma reiterada. El padre, agrega que desde el primer día de clase “tiene a este niño como la diana”. Cuando la madre lo va a buscar a la salida, generalmente oculta la violencia o no comunica nada acerca de lo que ha pasado. Se enteran a través de la agenda o de una llamada telefónica del colegio. La madre comenta que es ella quien va y viene con los niños al colegio, ya que trabaja lejos y como su padre tiene que viajar al ser militar, casi siempre está convocado, ella se hace cargo de los niños toda la semana. A medida que avanza la entrevista, la madre y el padre indican que Alberto es el pequeño de dos hermanos (una hermana cinco años mayor y él) y proviene de una familia de corte militar (su abuelo y su padre han sido militares). Además, como factor añadido, Alberto asiste a un colegio militar.

² Consentimiento informado para la publicación del material clínico. Se ha cambiado los datos de identidad del paciente para el resguardo de su identidad respetando la ley de protección de datos.

Agrega que Alberto está medicado desde los 7 años y está en segundo curso, ya que repitió un año de primaria. Está medicado con *Concerta* desde que le diagnosticó el neurólogo hiperactividad y déficit de atención. La madre, agrega que “Alberto es inteligente y cariñoso algunas veces, cuando no está con berrinches”. “El año pasado, tuvo un accidente muy grave un fin de semana”. Relata la madre que “estaba desayunando en el restaurante del hotel, Alberto preguntó dónde estaba su padre, y como estaba en su habitación la cual estaba en planta baja, se fue hacia ella”. La madre agrega que varias veces se fue de la mesa a la habitación, ya que estaban cerca. Cuando llega el padre con su hermana al comedor del hotel se dan cuenta que falta Alberto. El niño no había llegado a la habitación, por lo que la familia le busca por detrás del hotel y los alrededores. Después de andar, la familia encuentra a Alberto, el cual se había caído 10 metros hacia abajo por la ladera. Los padres pidieron auxilio y lo rescataron con helicóptero. A pesar de ello, el niño estaba consciente, se había fracturado ambas piernas y un brazo.

Estuvo enyesado 7 meses sufriendo varias operaciones en una pierna. Comenta la madre que por eso perdió el curso y tuvo que repetir un año de primaria. El padre señala en la entrevista lo siguiente: “no me importa el colegio y su rendimiento académico, yo vi muchas cosas en la guerra”, “Que estoy harto de ir y venir y no entiendo las pavadas y pequeñeces, y discusiones sin sentido que escucho por allí”.

Agrega la madre que la hiperactividad que tiene Alberto viene desde hace mucho: “siempre fue un niño inquieto, le gustaba mover y agitar cosas”. Añade que “en la casa de la playa cuando tenía 2 años se perdió por una hora”. Salió de la urbanización de su casa descalzo y casi sin ropa mientras la madre se duchaba. Lo encontraron cerca del puerto, en brazos de una señora y no parecía disgustado. Otra vez se perdió en el supermercado.

La madre agregó que el niño nació cuando el padre estaba destinado lejos. Que tuvo dificultades en hacerse con él. Alberto tiene una hermana mayor. Algunas veces “le hace chingar”, le quita sus cosas y se las esconde. Es un niño con fondo bueno. El padre agregó “a mí me gusta mi hijo, es ocurrente, sé que le compro cosas todo el tiempo los fines de semana, sé que está mal, pero creo que no le hago ningún daño. Creo yo”. El padre señaló como importante en el primer contacto con su hijo a la edad de 4 meses que su hijo Alberto “lo miraba con cara de piedra”. Se relaciona mejor con el abuelo materno. En cuanto a enfermedades psiquiátricas agregó la madre que su suegro tiene demencia senil, y un hermano del padre tiene un trastorno límite de la personalidad. Agregó que en la próxima entrevista traerá todos los informes de Alberto pues tiene un archivo de ello. Se pregunta para qué tanta evaluación de su hijo, que está muy cansada y no le ve salida a tanto malestar. En esta entrevista, además, se preguntó a la familia (compuesta de madre y padre) si tienen algún pensamiento o idea de cómo se sienten en la dinámica familiar, la madre comentó que estaba estresada y que podía ser que los niños estén en tensión con los deberes escolares y las exigencias de llegar a todo. Además, sentía que no podía tener un apoyo con los niños y responsabilizarse de su suegro con sus cuidados. Agregó a los últimos minutos de la entrevista que, uno de los días que se dirigía al colegio la madre con Alberto y su hermana, en el trayecto en coche, Alberto se tomó una dosis muy superior de pastillas a la indicada, en concreto se tomó 17 pastillas. Al preguntarle, después al niño expuso: “si el médico dice que con una pastilla pensaré mejor y me concentraré bien, con muchas estaré mucho mejor”. El padre parecía estar desconectado, murmurando en voz baja: “hace lo que puede” (refiriéndose a su esposa).

Primer encuentro con el paciente Alberto

El paciente acudió acompañado por su padre y su madre. La observación del lenguaje no verbal y aspecto físico fue la siguiente: Los tres presentaban un aspecto físico muy cuidado, el niño con el uniforme del colegio y la familia vestidos cuidadosamente. Del mismo modo, la exigencia y la disciplina eran factores que se apreciaban desde el primer momento en consulta, principalmente por parte del padre hacia el niño, el cual le comunicó una indicación: “Vas a contar a la psicóloga todo lo que hablamos en el coche”. Se despidieron rápido y sin dificultad.

Entrevista Clínica individual del Paciente (Referencia Ps/ Psicólogo - P/ Paciente)

Alberto era un niño muy delgado, tenía dificultades para caminar, por su accidente. Cuando nos saludamos me dio un apretón fuerte con la mano sacudiendo el brazo.

P.: “Dijo mi mamá que aquí vengo a jugar y a que te cuente qué pasó ayer en el colegio porque ella está muy enfadada y ya no tiene paciencia. ¿Tú eres psicóloga de niños? ¿Puedo mirar los juguetes y coger uno?”

Alberto observó toda la consulta. Se acercó a un espejo pequeño de la pared y dijo: “¡Qué bonito!” Tocando el marco.

P.: “Tienes cosas chulas, ¿puedo coger la plastilina negra de la caja?”

Ps.: “Claro.”

P.: “Voy a hacer ... No sé... Algo negro para tirar a la pared.”

Alberto cogió la plastilina negra, hizo una pelota y golpeó varias veces la mesa con la plastilina. Después, hizo lo mismo golpeando la plastilina sobre el suelo. Volvió a pedir plastilina negra. Como no había otra de ese color se enfadó tirando la bola de plastilina al espejo de juguete el cual cayó al suelo rompiéndose.

P.: “Mi madre te va a comprar uno, es de IKEA” (ayuda a recoger el espejo).

Cogió la silla pequeña y la hizo girar como un trompo, varias veces. Después, se sentó y cogió un folio para dibujar.

P.: “Quiero regalar un dibujo a mis compañeros del colegio. Voy a dibujar un regalo. ¿Sabes que estos caraduras cuando vienen a casa quieren jugar al Risk, que es de mi padre ¿Cómo van a jugar al Risk, que es un juego de guerra si ellos son niños y es un juego, ¿verdad? Qué idiotas jajajajajajajajajajajajajaj”. (tono maníaco)

Alberto buscó lápices negros, los separó y desorganizó toda la mesa con lápices, ceras, bolígrafos negros y preguntó:

P.: “¿Tienes carboncillo? ¿O pasteles negros? No sé qué hacer con este regalo después te voy a contar algo que pasó. Voy a hacer mmmmm no sé, ah si, ya sé qué voy a hacer.”

Dibujó coloreando con fuerza el folio. Pidió ir al baño. Siguió coloreando el dibujo.

P.: “Mi madre no tiene paciencia, dice que te cuente lo que pasó hoy, ¿Te cuento?”

Ps.: “Claro, ¿qué ha pasado?”

P.: “Jorge estaba pesado, le pegué un puñetazo en las jajajajaj partes. ¡Joder! dice mi papá. ¡Me dijo que los pajaritos que yo tengo se murieron porque los tenía en mi casa y hay que dejarlos sueltos, que ¡soy un asesino! Los que murieron eran pequeños, los teníamos en una caja. Antes eran marrones, pero cuando crecieron eran azules con amarillo. Vine del cole, les iba a dar de comer y me asusté, uno estaba muerto e intenté reanimarle. Mi mamá le reanimó, pero no pude hacer nada.”

Siguió explicando.

P.: “¿Cómo voy a jugar al pilla- pilla con él? Me va a dar unas hostias... Perdón, si me escucha mi papá me da un guantazo. Ah, me olvidaba, el electricista de la urba, cogió el nido de la terraza, eran 3 y se murieron 2. Uno estaba escondido, pero ¿sabes? estaba muerto. ¿Te gusta lo que he dibujado?”

Ps.: “¿Quieres contar algo de tu dibujo?”

P.: “Es para Jorge y mis amigos del colegio. Este soy yo, voy con un mensaje. Es un mensaje verdadero, nada de mentiras, ni hostias, ni joder más. Mi madre dijo que, si jodo más, me quedo sin colegio militar. Que en el colegio no hay guerras, la guerra está en otra parte, no sé en dónde. ¿Te gusta mi dibujo negro? Este soy yo, joder, cómo soy jajajajajajajajaj casi un robot, me gustan los robots.” (refiriéndose a la persona del gráfico proyectivo). Se tomó su tiempo para colorear el dibujo, comentando en la terminación de primera entrevista que quiera volver rápido para seguir nuevamente.

Durante la realización del dibujo, Alberto mostró una actitud cómoda para transmitir sus malestares y conflictos. Dibujó manchando de negro la mesa, de forma compulsiva cogiendo el solo el folio, en una disposición horizontal, denotando una clara impulsividad, y defensas hipomaniacas con tono burlón con contenidos violentos. El dibujo le demandó unos 15 minutos de la entrevista. En los primeros momentos de la entrevista

cogía las sillitas de plástico las hacía girar, movía de un lado a otro un carrito de bebé mientras observaba con atención los objetos de la consulta.

Figura 1



Interpretación Clínica del Dibujo Gráfico Proyectivo

Para la evaluación del dibujo de la Persona, dentro de una hora de juego psicodiagnóstica, Buck (2002) propone una serie de aspectos a los que prestar especial atención, que pueden ser signo de psicopatología, si se consideran combinados con la historia del paciente, el problema actual y el discurso del paciente. Se hace hincapié en consideraciones como: el tiempo que utiliza el paciente para dibujar, el tamaño del dibujo, la disposición en la que se encuentra dentro del folio, las proporciones, los detalles (excesivos, carencias, inusuales...), el color y el trazo y su discurso.

Se considera que la intuición y la subjetividad del terapeuta infantil es un factor clave en la detección de problemáticas que puedan subyacer en el dibujo. Pero, sin duda alguna, el aspecto más relevante es la narración que el paciente establezca o no respecto de aquello que ha dibujado.

En el caso del dibujo de la persona, podemos apreciar claramente un robot con forma de bala-bomba que no se asemeja a una persona, dibujo con una gran carga de violencia. En el dibujo, vemos que existe una figura central de dimensiones considerables, pintada totalmente de color negro y con pequeños toques en rojo en la zona inferior. Además, podemos intuir algo similar a una boca pintada de un color gris oscuro. Todo ello con un trazo muy marcado con disposición relacionada con la regresión. A medida que dibujaba, se pudieron apreciar comentarios puntuales, los cuales, literalmente, fueron: *¿Te gusta mi dibujo negro? Este soy yo, joder, cómo soy jajajajajajajaj casi un robot, me gustan los robots*". Se escucha la búsqueda de aprobación del color elegido, y se observa gran sorpresa en verse reflejado en el dibujo como un objeto violento.

En cuanto al tamaño se aprecia claramente que el dibujo de la persona es muy grande presentando una importante simetría, que denota un entorno muy restrictivo y tensión. Además, también se observa, en el mismo dibujo, una importante distorsión de la realidad, presente en niños con problemas graves.

En lo que a la perspectiva se refiere, destacar que el dibujo de la persona está situado en el centro del papel, ocupando gran parte de este, flotando sin base de sustentación lo cual es referencia de impulsividad, aislamiento y rigidez. Además, acompañado con su discurso, denota cierta actitud egocéntrica, y pérdida de su propia realidad (“*quieren jugar al Risk, pero son niños*”). En este apartado, es conveniente destacar, considerando que esa figura sea el propio Alberto, el contundente mensaje lleno de rabia, riesgo violento sobre sí mismo y hacia sus compañeros.

En cuanto a los detalles, apreciamos claramente que el dibujo de la persona es aquel en el que mayor cantidad de detalles encontramos. En dicho dibujo, se identifica claramente una cabeza, un tronco, dos pies y dos brazos, apareciendo todo con simetría y denotando rigidez y tensión, acompañado de, probablemente, un entorno restrictivo y castigador.

Con referencia a la cara, se observa una cara totalmente en negro, sin ningún tipo de detalle y sin poder distinguirse los ojos, nariz, orejas o boca, signo de tendencia psicopática, en la que podrían darse alucinaciones, principalmente visuales y auditivas. Por su parte, no aparece cuello, quedando desconectados el cuerpo y la cabeza, sugiriendo, también representación psicótica con elevados rasgos fantasiosos.

En lo que al tronco se refiere, indicar que es la parte del cuerpo más amplia y grande, revelando la existencia de muchos impulsos insatisfechos que el sujeto siente de forma acusada. De este tronco, surgen dos brazos grandes, uno a cada lado, reflejando gran ambición que genera grandes esfuerzos; sin embargo, la ausencia de manos denota la incapacidad de establecer relaciones psicosociales favorables. Buck, (1969) señala la relación de sus investigaciones de las relaciones intra-familiares con el conflicto vigente en el dibujo de la persona como así, en el HTP (Test Gráficos Proyectivos de la Casa, Árbol y Persona).

Del mismo modo, se pueden observar en el dibujo la presencia de dos pies, relativamente grandes y en forma triangular, lo que indica necesidad intensa de seguridad y énfasis en lo traumático. Parece llamativo aquello que resalta en rojo, en la zona de los pies, signo de algo traumático, como su propia historia (se cayó y se rompió las piernas). Contando con la subjetividad del terapeuta, el dibujo realizado por Alberto sugiere que se trata de un dibujo violento y triste a la vez, bajo un panorama desolador, pintado completamente de negro y con un mensaje claro. Tiene el aspecto de una granada, una bomba, con todo el sufrimiento e ira que dicho objeto conlleva, siendo capaz de explotar en cualquier instante y arrasar con todo lo que esté a su paso.

Interpretación clínica de las entrevistas iniciales

Todo lo que se ha referido con respecto al dibujo es algo que se articula y relaciona tanto con la propia narrativa de Alberto como con la entrevista familiar inicial que se realizó a los padres. Se trata de un panorama de guerra, sufrimiento psíquico y muertes, de otras generaciones que debe ser contado y elaborado. El dibujo de la imagen es un objeto extraño en la cual subyace una cripta fantasmática violenta que se ha transmitido de forma transgeneracional al paciente. Sobre esta complejidad clínica Eiguer A. (1987) señala:

Las criptas fantasmáticas tienen contacto con dos pares opuestos de procesos mentales. Por una parte, el par de la violencia transgeneracional y el mensaje simbólico de los orígenes. Por otra, el par de la identificación narcisista y la identificación primaria creadora de espacios relacionales. En ambos casos el primer elemento del par predomina sobre el segundo. Por contraste, la familia funcional mantiene el equilibrio entre los dos elementos de cada par. Agente de la dignidad humana, el mensaje simbólico es vehiculizado por la identificación primaria. ...En la familia del psicótico la pertenencia al linaje es ignorada, esta secuestrada por aspectos encriptados. (Pág. 165)

Es necesario señalar que las investigaciones recientes sobre la transmisión del trauma relacional a través del apego van en la misma dirección de la clínica caso por caso. De esta forma Byun et al. (2016) revelaron que el vínculo entre el abuso infantil y la disociación.

Las perturbaciones narrativas en la Entrevista de Apego Adulto estaban relacionadas con el abuso y la disociación. Los resultados se discutieron en relación con el papel de los procesos de comunicación entre padres e hijos en los caminos hacia la disociación de los estados mentales.

Durante el juego simbólico, se pudo apreciar claramente la angustia, ansiedad y rabia contenida de Alberto. Esto, se percibe en la forma de coger los muñecos, de forma muy agresiva, así como con los colores que utiliza, prácticamente siempre el negro, indicativo de la pulsión de muerte.

Del mismo modo, se aprecia la inquietud definida en el motivo de consulta: se trata de un niño que, desde el primer momento, utilizaba la plastilina, volvía a pintar, se levantaba... de forma muy constante. Algo muy significativo e inquietante, ya que se considera que tal es la intensidad que le imposibilita finalizar una tarea y comenzar otra, significativa de ansiedades arcaicas intensas.

Siguiendo con el juego simbólico, la fragmentación psíquica se detecta a raíz del dibujo de la persona y la incongruencia con su fragmentación en muchos puntos de su discurso, variando de un tema a otro, siempre con el simbolismo de la muerte presente a través de las palabras utilizadas: guerra, muerte, múltiples tacos, violencia con su entonación, “son niños”. Además, la disociación está presente, ya que se abstrae de la realidad, adentrándose en un mundo paralelo en el que él “es un robot”, y “los demás son niños”.

Siguiendo con el juego simbólico, la forma de jugar con la plastilina, en muchos momentos haciendo pelotas y lanzándola de una forma muy fuerte contra la pared, también es indicativo de un problema que es incapaz de expresar de una forma verbal algo que está oculto dentro de su sistema intrapsíquico cuya única forma de manifestarlo y expulsar la angustia con descargas de rabia buscando contención en la pared de la consulta. Además, hacia todo aquello que le rodea para fragmentar en este caso, los objetos, dejar marcas y huellas en la consulta. Siente la necesidad de verificar si la terapeuta lo va a contener en con sus intensidades emocionales o expulsar como en otros momentos y en otros contextos, con los compañeros en el colegio y con su familia.

Así mismo, también se sienten desbordadas y claudicadas algunas capacidades parentales de diferente forma la madre que el padre. Existen posibles problemáticas en cuanto a la enunciación desautorizada de límites, cuando se refieren los padres, le castigan sin colegio cuando se la conducta no es la esperable. El caos familiar del paciente se refiere que los innumerables tacos los reproduce su padre en casa e, incluso, en la entrevista inicial. El mismo padre admite cierta seducción con los objetos pues le regala cosas muchas veces durante el fin de semana, algo que cataloga como algo malo, pero que cree que no le hace daño.

Psicodiagnóstico Multidimensional

Al comprender en profundidad el psicodiagnóstico del caso de Alberto, se recurre a realizar un psicodiagnóstico multiaxial en el que se tengan en cuenta diferentes factores que confluyen en la vida del paciente y nos proporcione una visión más completa y profunda, así como de aquellos aspectos que pueden influir en la problemática que presenta. Por ello, se utilizará la segunda versión del Manual de Diagnóstico Psicodinámico PDM-2 (Lingiardi y McWilliams, 2017). Se expone el modelo psicodiagnóstico multidimensional, se proseguirá a mencionar cada uno de los ejes, con sus respectivas modificaciones por la edad, para la comprensión multifactorial de nuestro paciente.

Eje M – Funcionamiento Mental

En el caso de este eje, se debe mencionar que se establece una escala de niveles de funcionamiento en la que a cada capacidad se le asigna un número, del 1 al 5, para posteriormente obtener una puntuación cuantitativa de lo cualitativo que no son excluyentes. Estará ligada al nivel de funcionamiento mental que el niño presenta. Por ello, en cuanto a las capacidades propias para un niño de 9 años, y relacionándolas con nuestro caso, encontramos:

Capacidad de Regulación, Atención y Aprendizaje

Para Alberto, estas capacidades resultan especialmente complejas, principalmente debido al constante movimiento presente durante cualquier actividad. Si bien es cierto que es capaz de utilizar la lógica en determinados momentos, la mayor parte se encuentra sometida a una lógica delirante traumática. Del mismo modo, queda expresa la capacidad de autorregulación en la que, a través del movimiento, es capaz de aliviar el malestar interno como una forma de apaciguamiento. Finalmente, en cuanto al seguimiento de reglas, principalmente es capaz de seguirlas en aquellos momentos en los que está presente el padre (bajo coacción).

Capacidad Afectiva, de Comunicación y Comprensión

Se puede apreciar en consulta a través de su discurso, que la capacidad empática es algo prácticamente inexistente en Alberto durante todas las entrevistas psicodiagnósticas. También, expone claramente sus sentimientos de culpa y miedo (“*¡Que soy un asesino!, ¡Me dicen que no voy a ir al colegio militar!*”).

Pese a que es capaz de utilizar la fantasía para manejar la agresividad, esta fantasía es confusional con la realidad. Como aspecto a señalar, no aparece el aspecto sexual en la entrevista, aparecen la vida y la muerte de sus pajaritos, que representan la transmisión comunicacional de un cuidado frágil.

Capacidad De Mentalización

Alberto presenta una problemática de desmentalización en su capacidad, siendo incapaz de entender e inferir ciertos sentimientos y emociones de sus pares, así como de las personas que le rodean. Añadido a esto, no presenta intenciones de comprender lo explicado ni lo señalado. Del mismo modo a los apartados anteriores, todas las emociones que aparecen van unidas de forma férrea a las fantasías de muerte y violencia. Su nivel es de -1significa, rechazo a la mentalización o respuesta extraña desorganizada, o evitación activa de la mentalización.

Capacidad de Identificación e Integración

La identidad de Alberto viene marcada, de nuevo, por la idea delirante (“*soy un robot, qué fuerte soy*”). Esto es algo identificativo de personas que presentan “pérdidas de ideales paternos y temores de inadecuación” (González Ruiz, 2020). Al tratarse de un niño que no ha perdido a su padre, este se encuentra ausente (en la guerra) es percibida como la presencia de una ausencia, y a consecuencia una desorganización en las funciones de cuidado y el sistema de exploración en el apego. Además, hay una falta de integración con sus pares, generando una exclusión automática. Se realiza a través de la desadaptación relacional con contenidos confusionales: El paciente no ve como un niño, se ve como un robot-bala.

Capacidad Relacional e Intimidad

La violencia que presenta Alberto provoca que sus patrones relacionales se vean alterados, tanto con sus amigos como su entorno familiar. Esto, provoca malestares reiterados, quien no es contenido, provocando de nuevo, repeticiones compulsivas de situaciones, conductas y discursos. Por ello, muchos de sus compañeros se han alejado de él, quedándose prácticamente solo, en el ámbito escolar. Del mismo modo, se debe mencionar en este apartado la relación especial por identificaciones paternas y cómo estas han sido transmitidas como propias desde dicho modelo relacional. La exclusión vincular se repite a través de la relación paterna.

Capacidad de Regulación de la Autoestima y Experiencia Interna

Para este apartado, es necesario mencionar las fuentes de autoestima que suponen las relaciones con sus pares, las cuales hacen que el niño se sienta más seguro e independiente. De nuevo, como se viene percibiendo, la desintegración del yo de Alberto viene dado por una violencia explícita que está presente en los juegos, y en el mundo relacional. Esto, más allá de que el paciente se sienta en el par, admirado-subestimado por los demás, actúa como forma de sentirse superior a sus pares.

Capacidad de Control y Regulación de Impulsos

Alberto es incapaz de controlar sus impulsos, tanto en su ámbito familiar como en el colegio y durante las entrevistas. Del mismo modo, es incapaz de modular su conducta, especialmente cuando se incluye la violencia en ella. La fantasía de su propio autoconcepto de ser una bala-robot genera desregulación impulsiva, y violencia.

Capacidad de Funcionamiento Defensivo

El paciente presenta varios mecanismos defensivos, entre los que se destacan la disociación, despersonalización y negación entre otras (“*cómo van a jugar al Risk, si son niños*”). En el dibujo se comprende la deshumanización de la imagen corporal, “soy un robot”.

Capacidad de Adaptación, Resiliencia y Fortaleza

Todas las adversidades que ha presentado Alberto en su corto período de vida, así como su forma de superarlas, hacen que se le pueda considerar una persona resiliente, con una capacidad de adaptación propia a un niño de su edad (recordar que se ha fracturado las piernas y un brazo; se ha perdido constantemente). Sin embargo, existen numerosos riesgos que pueden provocar que esto varíe más adelante, como su estilo de apego desorganizado, la falta de regulación psicobiológica y las innumerables ocasiones en las que ha tenido dificultades. La situación autolítica de la ingesta de medicación farmacológica.

Capacidad de Autoobservación

Alberto tiene poca capacidad introspectiva. La disociación en su observación a sí mismo que realiza, se basa en identificaciones con objetos extraños, con bombas, balas... Es decir, aspectos violentos, destructivos, negativos para su propia integridad y riesgo para los demás.

Capacidad para Construir y Utilizar Normas e Ideales Internos

Puede conocer algunas de las normas establecidas en su entorno, únicamente se adapta aquellas que suponen un perjuicio en su identificación y su yo ideal. En este caso, todo lo relacionado con lo militar transmitidas a través de identificaciones paternas es capaz de respetarlo, sin embargo, aquellas normas básicas de no agresión, así como aquellas establecidas en el colegio, es incapaz de seguirlas, transgrediendo. Como se ha mencionado anteriormente, se puntúa del 1 al 5 cada una de las capacidades de Alberto. MC – Ejes de capacidad del 1-11 total 15.

Según la puntuación obtenida y los criterios establecidos en el PDM-2, se distinguen siete categorías cualitativas, comprendiendo para Alberto lo siguiente.

Psicótico. MC7 (Defectos mayores en funciones mentales básicas, rango 11-16). Alberto muestra dificultades severas en prácticamente todos los dominios del funcionamiento mental, presentando distorsión de la realidad, diferentes dificultades en la regulación afectiva, control de impulsos, diferenciación del yo y del otro, así como para establecer relaciones con sus pares y con su entorno de forma satisfactoria. Además, su capacidad de mentalización no se encuentra desarrollada, imposibilitándole crear una representación del otro integrado. Junto a ello, las diferentes defensas rígidas que presenta, principalmente a base de disociación, despersonalización, de negación y proyección, la identificación de sí mismo como algo fantástico, irreal, poderoso y dañino, hacen que, desde el eje M, se pueda comprender el funcionamiento psicótico.

Eje P – Patrones de personalidad

Como se ha explicado previamente, el eje P mantiene los mismos dominios y capacidades, integrándose en muchos momentos debido a que se trata de un psicodiagnóstico dinámico. Por ello, atendiendo al nivel de funcionamiento mental que Alberto presenta (MC7), nos centraremos en la explicación y comprensión del patrón de personalidad de un perfil psicótico, relacionándolo con el caso.

Como se ha podido apreciar durante la entrevista psicodiagnóstica individual, el paciente es un niño con una serie de déficits estructurales, conflictos relacionales, y desbordes pulsionales provocando que se encuentre en una etapa cuyo desarrollo se encuentra detenido. Toda esta problemática compleja conlleva: problemas de comunicación con sus pares, incapacidad para sostener un aprendizaje de trabajo propio para su edad, así como mantener una concentración prolongada en una determinada tarea. Por ello, su capacidad de aprendizaje también se ha visto afectada, estando por debajo de lo esperable para un niño de su edad. Esto, sumado a la incapacidad de establecer relaciones con los demás de forma satisfactoria debido a su falta de empatía e incapacidad de mentalizar adviene la imposibilidad de controlar impulsos (Fonagy et. al, 1993, 2002; Fonagy y Target, 1996). Además, se observa una gran dificultad de distinguir aquello que está en su mente con lo que está en la mente de los demás.

Como aspectos también a destacar del patrón de personalidad, cabe destacar que Alberto es un niño cuyo discurso se encuentra fragmentado, incoherente en muchos puntos, y con una risa maníaca con excitación pulsional intensa en varios momentos de la entrevista, sin haber habido ningún tipo de circunstancia derivada, solo la excitación emocional proyectada a la terapeuta en la entrevista. Del mismo modo, presenta constantes fragmentaciones de la realidad y difusión de límite entre aquello real y fantástico, formando proyecciones varias con figuras irreales. Hace alusión a su cuerpo históricamente desintegrado incluida en una representación gráfica y discursiva señalando parte de yo corporal fragmentado, violento e idealizado (“soy el más fuerte, qué fuerte soy”).

Aspecto importante para señalar es el fallo de internalización de contención que presenta, debido a la incapacidad de los adultos a contenerlo. Esto, sumado a la falta constante de su padre (figura con la que se contra identifica) y la agresividad con la que éste se dirige hacia él, le provoca sensación de incoherencia, miedo y culpa, propio de un apego desorganizado. A su vez, también es de considerar los antecedentes familiares que presenta la familia respecto a enfermedades de salud mental.

Eje S – Experiencia subjetiva

La complejidad de este eje de dividirse en numerosas categorías, al igual que el resto de los ejes, se propone un desarrollo completo:

Alberto es un niño cuyos estados afectivos relevantes recaen en la alerta, la cual se manifiesta en forma de violenta durante aquellos momentos en los que su fantasía militar (la cual sirve como defensa ante el mundo), se ve atacada. Al aparecer un objeto extraño y traumático violento se instala en su imagen de su yo desintegrando su identidad en construcción. Podemos intuir como se despliegan en la dinámica familiar los actos violentos, las experiencias agresivas vinculares en la familia. Los diferentes traumas superpuestos individuales del

paciente desde su infancia temprana quedan reflejados y condensados en el dibujo de su imagen. Robot negro con piernas rojas signo de traumatismo grave. Esto, provoca que se activen numerosos mecanismos defensivos inconscientes, con el objetivo de disociar y negar una situación dolorosa, sintiéndose diferente a sus pares, considerándose con sentimientos de omnipotencia, y confusión identitaria.

Además, debido a su constante relación con la guerra y las mencionadas situaciones bélicas, su respuesta al mundo es como si viviese en una situación así, con violencia en la que se ve rodeado de agentes externos peligrosos para su integralidad, siendo incapaz de autorregularse, así como de que le regulen aquellas figuras principales para él. La confusión temporal es propia de los pacientes traumatizados.

En definitiva, vive todo lo que tiene en su mundo interno como algo real, a lo que tiene que hacer frente. El paciente a los nueve años hasta el momento de las primeras entrevistas, fue poco escuchado viviendo en forma de actuaciones, sin capacidad de reflexión en sus diferentes contextos.

Conclusiones

En cuanto a las conclusiones sobre el motivo de consulta y la etiología del problema mental se puede apreciar desde los apartados anteriores lo siguiente:

Alberto es un niño con un alto grado de fantasía, rabia, angustias primitivas de muerte e ideas suicidas, provenientes de numerosos traumas no resueltos. Esto, provoca una disociación grave en el niño debido a la incapacidad de pensar y elaborar la intensidad afectiva y emocional de los traumas mencionados, provocando que se manifieste con ira, impulsividad e inatención hacia todo aquello que le rodea: amigos, familia, compañeros de colegio.

Además, sumado a los traumas intergeneracionales presentes en su familia (el padre, debido a los acontecimientos de la guerra, se aprecia que está completamente disociado), la disfunción en el vínculo de apego y los problemas de la capacidad parental de una adecuada regulación psicobiológica (el padre intenta compensar su ausencia comprándole objetos, presenta dificultad en equilibrar la distancia en el apego y reconocimiento como otro, madre desbordada sin apoyo social), conlleva que se trate de un caso muy complejo.

Alberto es un niño de nueve años en la etapa de su infancia tardía. Ha sufrido numerosos traumas individuales a lo largo de su vida. Como se puede apreciar en la evaluación, existen desequilibrios afectivos intensos latentes en la relación madre-hijo, padre-hijo, dificultades en la contención afectiva y sostén sobre la protección y cuidado en el apego, con sentimientos de angustia activados por el desamparo familiar y ausencias paternas prolongadas.

La formulación clínica del caso y su evaluación psicodiagnóstica multidimensional propone una complejidad creciente a medida que se va desarrollando dicho proceso multiaxial. Se propone que, a través de la evaluación y análisis de diferentes áreas vitales se favorezca un espacio terapéutico en la fase misma del proceso de psicodiagnóstico con dos entrevistas semanales para este paciente. Las primeras entrevistas del psicodiagnóstico son diferenciales para un niño con problemática grave compleja que para un caso clínico con un problema mental menos grave. No podemos realizar las mismas frecuencias de entrevistas homogenizantes como si todos los casos fueran parecidos, pues las necesidades en las infancias no son las mismas. La detección de las ideas suicidas en la infancia podría ser un objetivo clínico

McWilliams (1999) propuso evaluar aspectos irreparables (genética, consecuencias irreversibles de trauma, realidades físicas), problemas del desarrollo, mecanismos defensivos, afectos, identificaciones, patrones de relación, autoestima y creencias patológicas.

Los casos muy complejos y graves en la infancia y adolescencia requieren de una intervención diferencial pensada con cada singularidad de pacientes, caso por caso para recoger numerosos aspectos, pudiendo así contener al paciente progresivamente y comprender con rigurosidad su problemática. Además, se añade que la formulación dinámica de los psicodiagnósticos multidimensionales es una gran base de evidencia para explorar aspectos tanto relacionales, como intrapsíquicos y transgeneracionales desde una epistemología compleja, Morin, (2021).

Por lo tanto, realizar un psicodiagnóstico que sea clínicamente significativo teniendo en cuenta la subjeti-

vidad tanto del paciente, como del clínico, con su importancia experiencial será de gran ayuda para formular el caso. La experiencia relacional del clínico será un elemento clave para el proceso de evaluación. Los psicodiagnósticos multidimensionales y la clínica psicoterapéutica precoz de los problemas o sufrimientos psíquicos en las infancias es un objetivo para la prevención y reducción de los conflictos y los déficits en salud mental, para que no se instale la enfermedad grave en la adolescencia y la vida adulta (Morandini, 2022).

Referencias

- Baradon, T., Avdi, E., Amiran, K. y Slead, M. (2019). *Microanalysis of clinical process in Psychoanalytic Parent Infant Psychotherapy*. Workshop presented at the Anna Freud National Centre for Children and Families.
- Bonilla, M. E. (2019). *TDAH: Del diagnóstico DSM al enfoque psicoanalítico*. Universidad de Antioquía.
- Buck, J. N. (1969). The use of the HTP in the investigation of intrafamilial conflict. En J. N. Buck y E. F. Hammer (Eds), *Advances in the house-free-person technique: Variations and applications* (pp. 347-379). Western Psychology Services.
- Buck, J. N. (2002). *Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo HTP*. TEA.
- the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 17(4), 460-479. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1141149>
- Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix-Gimeno, G., Gènova-Maleras, R. y Catalá, M. A. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC psychiatry*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-168>
- De Celis, M. (2014). Reseña en Libro García de Vinuesa, González Pardo y Marino Pérez Álvarez. Volviendo a la Normalidad. La Invención del TDAH y del Trastorno Bipolar Infantil. *Revista Clínica Contemporánea*. 3(5) 297-300. <https://doi.org/10.5093/cc2014a22>
- Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Martínez-Vizcaíno, V., Pardo-Guijarro, M. J., Ruiz-Hermosa, A. y Sánchez-López, M. (2018). Prevalence of probable Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms: result from a Spanish sample of children. *BMC Pediatrics*, 18(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1083-1>
- Eiguer, A. (1987). *El Parentesco fantasmático. Trasferencia y contratrasferencia en terapia familiar Psicoanalítica*. Amorrortu Editores.
- Fonagy, P., Edgumbe, R., Moran, G. S., Kennedy, H. y Target, M. (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *Psychoanalytic Study of the Child*, 48(1), 9–48. <https://doi.org/10.1080/00797308.1993.11822377>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.
- Fonagy, P. y Target, M. (1996). Playing with reality: I Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217–233.
- González Ruiz, N. (2020). Niñez (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas Psicoanalíticas*, 65. <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001133>
- Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2* (2.a ed.). Guilford Publications.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. Guilford Press.
- Morandini Roth, P. (octubre, 2019). Panel: Suicidio. Trabajo presentado: Las ideas suicidas infantiles. *Jornadas Clínicas con Niños y Adolescentes*. APA-IPA.
- Morandini Roth, P. (2022). Los Psicodiagnósticos Multidimensionales. En P. Morandini Roth, *Prevención en Salud Mental Infantojuvenil. Un modelo integrativo para la Comunidad Educativa. 0-18 años* (pp. 51-56). Editorial Circulo Rojo.
- Morin, E. (2003). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Gedisa

- Pinto, C., Turton, P., Hughes, P., White, S. y Gillberg, C. (2006). ADHD and Infant Disorganized Attachment. *Journal of Attention Disorders*, 10(1), 83–91. <https://doi.org/10.1177/1087054705286058>
- Piñón, A., Carballido, E., Vázquez, E., Fernande, S., Gutiérrez, O. y Spuch, C. (2019). Rendimiento neuropsicológico de niños y niñas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 13(1), 116–131.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. y Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Quiñonez, X. Y. P., Giraldo, C. E. G., Giraldo, A. A., Botero, J. C. R. y Bastidas, J. C. A. (2021). Efectos de la intervención terapéutica de orientación psicoanalítica en niños con TDAH. *Affection Societatis*, 18(35), e183503. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v18n35a03>
- Rusca-Jordán, F. y Cortez-Vergara, C. (2019). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatra*, 83(3), 148–156. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Saiz, L. C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 301–330. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100016>
- Storebø, O. J. y Gluud, C. (2020). Methylphenidate for ADHD rejected from the WHO Essential Medicines List due to uncertainties in benefit-harm profile. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 26(4), 172–175. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2019-111328>
- Wei, Y. J. J., Zhu, Y., Liu, W., Bussing, R. y Winterstein, A. G. (2018). Prevalence of and Factors Associated with Long-term Concurrent Use of Stimulants and Opioids Among Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Network Open*, 1(4), Artículo e181152. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1152>
- Zuluaga-Valencia, J. B. y Fandiño-Tabares, D. C. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 61–66. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031>

Artículo recibido: 19/09/2022
Artículo aceptado: 31/10/2022