

## **Bullyng ;la forja de un matón de 8 años: ¡¡no soy un demonio!!**

### **Introducción**

Cada vez son más los niños que llegan a la consulta con cuadros diversos que tienen como trasfondo un maltrato en el colegio. En cambio es menos frecuente encontrarse en consulta una demanda terapéutica de tratamiento al agresor, un niño de 8 años, y menos aún que la familia participe en la evaluación y tratamiento, si bien no de forma totalmente voluntaria ya que son enviados por la comunidad escolar y bajo la amenaza de expulsión. Tal y como se viene definiendo , la conducta violenta en la escuela o la conducta bullying, como la violencia mantenida, física o mental, guiada por un individuo en edad escolar o por un grupo y dirigida contra otro individuo también en edad escolar que no es capaz de defenderse a sí mismo en esta situación, y que se desarrolla en el ámbito escolar.

En Suecia Olwens (1993) afirma que aproximadamente el 7% de los niños en la escuela infantil o básica maltratan con frecuencia a alguno de los compañeros.El mismo investigador ha puesto de manifiesto la importancia de las vivencias primeras en el ámbito familiar como condicionantes en el surgimiento de conductas agresoras en un futuro y más concretamente en el caso del acoso en la escuela. En España , el defensor del pueblo ,Urrea.J (1990) informaba que la violencia real no estaba en las calles ni en los institutos, sino en el hogar, que los niños son generalmente las víctimas, pero ocasionalmente los agresores.

En el presente artículo se aporta una evaluación clínica sistémica de un caso de violencia en la escuela ejercida por un niño de 8 años, Sergio, un matón en ciernes muy activo en todos los contextos. A través de una evaluación clínica familiar conjunta se observará pormenorizadamente cómo los primeros modelos de comportamiento de Sergio, han ido forjándose a golpes de ver el mundo como si sólo existieran dos tipos de polaridades: 1ª agresor-Fuerte ( mayoritariamente hombre) y agredido-débil ( mayoritariamente mujer),y 2ª bueno-malo ( ángel o demonio).

Estas visiones del mundo de los mayores del niño han sido exportadas por un conglomerado de factores predisponentes a partir de un modelado en los diferentes contextos sociales, escolares, y familiares.

## **Evaluación y psicodiagnóstico**

### **1. IDENTIFICACIÓN**

#### **1.1 Datos de filiación del Clínico**

Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Luz Sánchez Escalada. Psicóloga clínica: CA.: 00338

#### **1.2. Datos de filiación del paciente**

Sergio C.F.

### **2. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN CLINICA**

La presente evaluación clínica se establece a partir de la solicitud y consentimiento informado y firmado el día 25 de Mayo del 2006 por parte los padres de Sergio C.F Doña M.M.F. y Don E.C. M. que requieren una evaluación exhaustiva de su hijo, a tenor de las quejas expresadas por la profesora del colegio ante los problemas de conducta agresiva del menor. No se aporta de este ámbito pedagógico informe alguno sobre adaptaciones curriculares específicas a las condiciones que se suponen problemáticas del menor, refiriendo solamente problemas de conductas violentas con los compañeros de su clase/grupo, especialmente para con las niñas . Así mismo, con anterioridad la tutora y profesora del colegio les instó a que remitiera a su hijo a un especialista en psicología; habiendo asistido a las consultas de Salud Mental de la sanidad pública de Cantabria, en donde les comunicaron, verbalmente, que su hijo no tenía ningún problema psicológico, no se les aportó ningún informe clínico de evaluación ni de tratamiento ni de seguimiento.

Ante el nuevo requerimiento del Director del colegio a los padres estos solicitan tratamiento psicoterapéutico para su hijo ante los constantes problemas de conducta agresiva del niño tanto en el colegio como en su familia y esto tanto con ellos como con su hermano menor de 3 años de edad( frecuencia de la agresión diaria).

### 3. METODOLOGÍA

Para la evaluación psicológica de la familia y especialmente de Sergio C. M. se han realizado las siguientes entrevistas y pruebas clínicas complementarias:

#### 3.1. Entrevistas realizadas

- **ENTREVISTA CLÍNICA INFANTIL MULTIMODAL:** tres sesiones; una primera con los padres una segunda conjunta de lo padres y el niño y la tercera específica con el menor.
- Días: 18,22 Y 25 de Mayo 2006, a las 18,00H.
- Horas/sesiones: 5,30 H; tres sesiones dobles.

#### 3.2. Pruebas complementarias: Descripción

- **K-ABC, BATERÍA DE EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA DE KAUFMAN PARA NIÑOS.**

De acuerdo con las aportaciones de la Neurología y la Psicología cognitiva, los autores conciben la inteligencia como la habilidad para resolver problemas mediante procesos mentales de carácter simultáneo y secuencial. Por otra parte, el niño posee una aptitud peculiar para aplicar estos procesos a las diversas situaciones de aprendizaje a que se enfrenta. El K-ABC se ha estructurado, por ello, en 3 escalas que incluyen en total 16 tests: 7 de ellos integran la Escala de Procesamiento simultáneo (Ventana mágica, Reconocimiento de caras, Cierre gestáltico, Triángulos, Matrices análogas, Memoria espacial y Series de Fotos); 3 de Procesamiento secuencial (Movimientos de manos, Repetición de números y Orden de palabra) y los 6 restantes la de Conocimientos (Vocabulario expresivo, Caras y lugares, Aritmética, Adivinanzas, Lectura/decodificación y Lectura/comprensión). Consta de un detallado y riguroso procedimiento estadístico.

- **TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA:** Técnica proyectiva de diagnóstico de la afectividad infantil que facilita la exploración de las vivencias conflictivas del niño, que de una u otra forma siempre guardan relación con los elementos de su familia. Test rico por la valiosa información que aporta sobre la vivencia de las relaciones familiares en el niño. Se estudian las características generales de los dibujos, las valorizaciones y desvalorizaciones de los personajes, los componentes jerárquicos y las diferencias más significativas al comparar los estamentos socioculturales, tamaño de las familias y el lugar relativo a los hermanos.
  
- **FÁBULAS DE DÜSS:** Basada en una concepción psicoanalista, esta prueba intenta detectar las estructuras ocultas e inconscientes que explican conductas anormales manifiestas. La integran una serie de historias o fábulas de contenido simbólico en las que se espera que el sujeto se identifique con el “héroe” para expresar a través de él -y de sus reacciones en la situación planteada- sus propios conflictos.
  
- **TEST DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA:** Evaluación de la personalidad a través del dibujo de la figura humana, proyectando toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico.

### 3.2.3. Otras pruebas de interés.

- **CUMANÍN, CUESTIONARIO DE MADUREZ NEUROPSICOLÓGICA INFANTIL . A. Portellano, R. Mateos y R. Martínez Arias, M<sup>o</sup> J. anados y A. Tapia** (CUMANÍN, prueba ganadora del Premio TEA Ediciones 1999, es un instrumento desarrollado íntegramente en España, fruto de un profundo estudio de investigación).

Permite evaluar, diversas áreas que son de gran importancia para detectar posibles dificultades de desarrollo en unas edades que por coincidir con el inicio de la etapa escolar son esenciales en la evolución de los niños: Psicomotricidad, Lenguaje, Atención, Estructuración espacial, Visopercepción, Memoria, Estructuración

rítmico-temporal y Lateralidad. Exhaustivo estudio de sus calidades psicométricas. Incluye recomendaciones para diversos casos de patologías: Disfasia del desarrollo, maduropatía, trastorno por hiperactividad, síndrome de Down, dificultades de aprendizaje, etc..

## 4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y/O EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

### 4.1. Datos sociodemográficos

Nombre: Sergio C.F

Edad: 7 años, 11 meses y 22 días.

Estudiante de 2º curso de primaria.

Colegio: ( concertado-religioso)

Domicilio:XXX. Provincia de Cantabria.España.

Estructura familiar. Primogénito de familia compuesta por padre , madre y hermano menor de tres años. El padre con nivel socioeducativo medio, tiene un trabajo estable como escolta de altos mandos en el país vasco donde vive toda la semana regresando al hogar los fines de semana. La madre con nivel socioeducativo bajo, ama de casa, el nivel socioeconómico familiar medio-alto.

### 4.2.Situación actual

El matrimonio formado por Doña M.M.F y Don E.C M. acuden por primera vez a la consulta de psicología, refiriendo graves problemas de conducta agresiva del primogénito en el colegio en donde la profesora les recomienda que asistan a consulta clínica dado el carácter disruptivo de las conductas de Sergio; así mismo refieren la misma problemática de su hijo en el hogar quién ha llegado a amenazar con armas blancas ( cuchillo) a la madre, también refieren constantes peleas del niño con su hermano y compañeros de clase, escapadas de las clases particulares; constantes problemas de desobediencia y de conducta que son seguidos por castigos frecuentes por parte de los padres, como castigo físico , retirada de juguetes, de juegos y deportes con compañeros, ( boy scout) y eliminación de otros premios.

Se presentan muy confusos, desesperanzados y refieren no saber que hacer ni a que atenerse con la conducta del menor, no

saben que problema tiene su hijo y han considerado un seudodiagnóstico de “doble personalidad” emitido por legos en la materia.

Sergio acude a consulta por primera vez el día 5 de Mayo del 2006 junto a su padre y madre quienes describen en presencia de su hijo la conflictividad del mismo, sus conductas de agresión y la enuresis que padece el niño por un periodo de cuatro años, aproximadamente coincidente con el nacimiento de su hermano menor.

No presenta problemas académicos referidos por el colegio ni por los padres ( solamente desobediencia ante la inconstancia en terminar sus tareas escolares) y es considerado como un niño inteligente y con mucha memoria por los mismos.

#### **4.2. Análisis funcional de los problemas enumerados en el apartado anterior.**

##### **4.2.1. Impulsividad: motora, verbal y cognitiva**

##### **4.2.2. Agresividad verbal y conductual.**

##### **4.2.3. Enuresis nocturna: sólo en casa de los padres, en ningún momento a presentado enuresis en otras casas de amigos de la familia, ni de otros familiares ni en contextos educativos ni deportivos.**

#### 4.3. Adquisición y/o desarrollo de los problemas analizados previamente en los análisis funcionales.

**Acontecimiento 1.** Nacimiento de su hermano → **Problema 1:** Enuresis funcional( contextual). **Problema 1.1.** regresión a conductas infantiles propias de la edad del hermano. Conducta asociadas: llamada constante de atención con las conductas problema de agresión verbal y conductual.

**Acontecimiento 2.** Falta de contacto con el padre → **Problema 2.** Ansiedad de separación. **Problema 2.1.** Ansiedad anticipatoria en presencia del padre.

**Acontecimiento 3.** Castigos impuestos por el padre: físicos y verbales. →

**Problema 3.** identificación con la agresión y la figura del que arremete por considerarla de mayor poder ya que está en ese momento evolutivo de necesitar un modelo de identificación.

Conductas asociadas de agresión y sentimiento de identificación psicológico agresivo( no siente ni miedo ni tristeza : defensas primitivas contra ansiedad)

**Acontecimiento 4.** Castigos impuestos por la madre: físicos y verbales de inadecuación. → **Problema 4.** Desvinculación de

la figura materna y depreciación de figuras femeninas. Conductas asociadas de agresión física a quién considera más depreciado o vulnerable ( niñas, madre y el hermano por ser menor).

**Acontecimiento 5.** Quejas constantes del profesorado, de familia extensa de origen y de su contexto cercano y por extensión el ámbito clínico de consulta de inadecuación del niño. → **Problemas**

**5.** Aumento de una identificación psicológica disfuncional buena/mala y mantenimiento de las defensas agresivas propias de su estructura psicológica no integrada.

□ **FUNCIONAMIENTO INTERACTIVO DE ACONTECIMIENTOS EN CONJUNTO EN RELACIÓN A LAS CONDUCTAS PROBLEMA:**

mantenimiento por retroalimentación estableciéndose un círculo vicioso de ciclo violento en escalada del niño: se siente acorralado e inadecuado y sin mecanismos más adaptativos que le hayan sido enseñados para sentirse aceptado y querido incondicionalmente. Esto ocurre en el ámbito familiar por los antecedentes comentados, pero también en el contexto escolar si bien este último le aporta gratificaciones y una posibilidad de adaptación y adecuación algo mayor a partir de sus resultados académicos, pero el contexto escolar presenta también un clima y ambiente conflictivo no manejado adecuadamente por el profesorado.

#### **4.4. Análisis histórico de la vida del sujeto**

##### *4.5.1. Historial psiquiátrico/psicoterapéutico.*

- Tratamientos terapéuticos/psicológicos o psiquiátricos previos:
- Tipo de tratamiento: tratamiento psicológico Conductual (registros conductuales no llevados a término). No diagnóstico clínico. Referencias por parte del clínico de normalidad. No tratada específicamente la Enuresis.
- Duración del tratamiento: VARIABLE ( unos tres meses)
- Lugar o profesional que le ha tratado: Unidad de salud mental del hospital Universitario de Cantabria
- Problema presentado: agresividad.
- Resultados del tratamiento o motivos de finalización del mismo: ninguna mejora asociada al tratamiento.
- Hospitalizaciones previas y/o administración de fármacos para el tratamiento: ninguno

##### *4.5.2. Historial académico profesional*

- Gráfico del progreso académico (asignaturas fuertes y débiles) desde la enseñanza primaria hasta el nivel alcanzado: progresa adecuadamente en general en las áreas escolares estando cursando 2º de primaria.
- Relaciones con profesores y compañeros: con la profesora presenta relación conflictiva relacionada con frecuentes interrupciones por hablar durante las clases; conflictividad con los compañeros ante cualquier frustración, agrediendo por no

tener otros recursos más adaptativos, a tal fin refiere que en su clase todo el mundo se pega mucho y a él concretamente le insultan con frecuencia.

- Actividades que ha tenido .Razón para finalizarlos o cambiarlos: Campamentos con boy scout suspendidos por castigo paterno.
- Aspectos más estresantes del entorno escolar: el área nueva de matemáticas le produce más ansiedad que otras áreas como lenguaje donde destaca.
- Aspectos menos estresantes o más favorables en el colegio: las áreas de escritura y especialmente plástica.
- Grado gral. de satisfacción escolar diaria: buena si bien refiere poca responsabilidad de sus propias conductas agresivas. Poca conciencia expresada de la inadecuación de las conductas problema pero en cambio manifiesta sentimientos de su inadecuación general referidos a su propia identidad muy notables a nivel inconsciente.

#### 4.5.3. Historial médico/sanitario

- Enfermedades de la niñez, enfermedades importantes sufridas, intervenciones quirúrgicas: embarazo de riesgo por glucosa elevada en la madre con tratamiento y seguimiento médico nacimiento por cesárea y normopeso: 2,700 Kg. Ningún problema asociado.
- Enfermedades leves, molestias relacionadas con la salud( dolores de cabeza, hipertensión..): molestias psicósomáticas de dolores de cabeza ( cuando mi madre me grita) y gastrointestinales a las horas de las comidas.
- Tratamiento recibido par las molestias frecuentes: no ha recibido tratamiento estando en las primeras fases de consulta médica.
- Problemas de salud importantes frecuentes en la familia de origen del cliente ( padres, abuelos y hermanos): Obesidad mórbida de la madre , Diabetes tratada de la madre y depresión menor, con tratamiento farmacológico recetado por el facultativo de atención primaria, en dos ocasiones, en el momento de la consulta está tomando fármacos antidepressivos; Diabetes crónica en la familia materna y paterna( muerte de la abuela paterna por esta enfermedad). Tía materna trastorno psicopatológico orgánico crónico con internamiento vital en hospital psiquiátrico de Cantabria.

- Patrones del sueño del cliente: normal
- Nivel de apetito del cliente: normal
- Medicación,,: no medicación.
- Alergias a fármacos y a otros productos: no presenta, no conocido.
- Dieta diaria típica del cliente, incluyendo bebidas/alimentos excitantes: alimentación normal pero con frecuentes sustituciones por dulces ( chocolate y galletas con posterioridad ante la repulsa de la misma).Golosinas frecuentes diarias.

Actualmente normopeso y estando en la altura normal para su edad, se presenta delgado con constitución mixta: sanguíneo-atletica/nerviosa con tendencia a la sobreactividad física y psíquica cambiante, destreza,rapidez, actuación en plena marcha, no aguanta bien la monotonía ni la rutina, poca constancia. Necesidad de contactos sociales, entusiasta pero inestable.

- Patrones de actividad física: las ofrecidas por el colegio y la participación en los boy scout, (excursiones y campamentos).

#### 4.5.4. *Historial evolutivo/social*

- Religión: católica, en preparación catequista para recibir la primera comunión.
- Valores, prioridades y creencias predominantes; prioridades: ***jugar más con sus padres sobre todo con su padre, y de que éstos no le castiguen ni peguen.***
- Creencias: ***“de no ser malo” como dicen sus amigos que lo llaman demonio, y mamá también y por eso no podrá hacer la primera comunión. ¡¡No soy un demonio!!***
- Sucesos cronológicos/evolutivos significativos que mencione el paciente: hacer la primera comunión
- Acontecimientos significativos referentes a los siguientes periodos evolutivos:
  - a) Infancia ( Primera: 0 a 3 años; segunda: 3 a 6 años): Segunda infancia:nacimiento de su hermano.
  - b) Niñez ( 6 a 13 años).: entrada y adaptación a mayores exigencias escolares típicas del ciclo escolar.

#### 4.5.5. *Historial familiar*

##### ***Familiar ( de origen):***

- formas de refuerzo y castigo, paterno y materno (estilo educativo): los padres tienen un marcado estilo educativo ambivalente que va de la permisividad al castigo, no siendo

siempre contingente a la conducta problema y/o no relacionado en contenido y forma con las mismas; lo que ha traído en consecuencia una saciación de todo tipo de castigos ofrecidos, acompañado de un refuerzo aleatorio y contraproducente en efectividad ya que a veces los castigos son sustituidos por refuerzos y viceversa; en consecuencia el niño no percibe coherencia ni dentro de la misma figura( padre o madre) ni entre ellos.

- existencia o no de malos tratos intra familiares: castigos físicos leves ante la pérdida de control y/o por no conocer otros tipos de castigo efectivo de los padres ante las conductas disruptivas del niño.( Tanto el padre como la madre refieren historia de malos tratos en su infancia)
- actividades que el paciente desarrolla, o desarrollaba con sus parentes (padre y madre):con su madre pasa casi el total de la jornada restante a sus actividades escolares y extrascolares, la ausencia del padre por motivos laborales hace padecer al niño mucha ansiedad de separación y una ansiedad anticipatoria constante en su presencia con constantes llamadas de atención sostenida.
- relación que mantiene con su padre y madre: Estilo afectivo de apego ansioso. La relación con su madre está desvalorizada ( desprecio verbal), no aceptación ni de su imagen- Obesidad mórbida- ni de su vínculo) en favor de una idealización paterna al que considera dador de todos los atributos físicos y psicológicos, con el que mantiene un apego ansioso desarrollado por la ausencia frecuente del padre por motivos laborales.
- relación que mantienen sus padres, entre sí: estable y formal muy asociada a sus roles parentales.
- Hermanos más querido y cual el menos: en principio ambos son percibidos por igual al menos en las conductas disruptivas ya que también refieren conductas inadecuadas en el mas pequeño. Sergio percibe a su hermano con mayores dosis de atención y dedicación al menos por su madre.
- Hermano más favorecido por la madre y por el padre. El hermano por ser menor recibe atenciones propias de mayor dependencia que son percibidas por Sergio de privilegio y desatención a su persona.

#### 4.5. Resumen de los factores de predisposición (vulnerabilidad)

Tres categorías principales:

- **1. factores sociales/escolares:** el ambiente escolar de clase en el que está inmerso Sergio no está aportando unos mecanismos de adaptación e integración sociocultural propios de la estructura social democrática, recibe solamente instrucción religiosa clásica e instrucción académica clásica pero no educación emocional psicológica, estando esta forma de instrucción que no educación (LOGSE- LOE 2006. obligatoriedad de una educación integral, contextualizada, etc.) ajustados a categorías bueno/malo religiosas que el niño vive con gran ansiedad luchando por identificarse con la figura buena a toda costa y eliminando su responsabilidad conductual en aras de ser aceptado por su grupo/clase y por la comunidad religiosa ante la inminente formación para la entrada ritual religiosa de la primera comunión. Para este objetivo- rito de paso- no está recibiendo clases específicas de manejo de conflictos en régimen de convivencia, ni en horas de clase ni tutorías adecuadas a tal fin. ***EL niño refiere que en su ambiente escolar todo el mundo se insulta y se pega y él es castigado frecuentemente. La maestra siempre piensa que soy yo el malo, pero no es verdad, muchas veces me pegan a mi primero, y las niñas me insultan, ¡son malas, tontas, feas!*** En este sentido se corrobora lo que viene siendo confirmado por numerosas investigaciones que estudian la educación emocional en la educación primaria (currículo y práctica): en numerosos estudios se demuestra que el profesorado está sensibilizado con la educación emocional, pero le falta la formación y espacios adecuados para desarrollar. Asimismo, se demuestra que el contexto sociocultural del alumnado condiciona las interacciones emocionales entre el profesorado y el alumnado, que en el caso de Sergio se muestran desajustadas.

El único ambiente social que es percibido como altamente socializador e integrador de una educación social y cívica es el grupo de los Boy scout que es donde además el niño percibe que le ofrecen mecanismos de convivencia cívica con reglas claras, contingentes y en donde se siente integrado y aceptado incondicionalmente, mostrando una gran implicación y contento por

el grupo .La retirada de la participación del niño en este grupo como castigo por las conductas de agresión es un factor de vulnerabilidad añadido de considerable riesgo dada las pocas posibilidades de adecuación percibidas por el niño.

- **2. factores familiares: La historia del niño de desaprobación y castigos constantes anteriormente citados es el factor de mayor vulnerabilidad. En este sentido conviene enfatizar la importancia de estos factores familiares:** Todos los análisis correlacionales de investigaciones han mostrado correlaciones significativas entre la autoestima y las subdimensiones del neuroticismo (estabilidad/inestabilidad psicológica) y la estabilidad emocional . Del mismo modo se hallan correlaciones significativas entre la **Desaprobación Parental** y las dos subdimensiones citadas. Se observa **el papel mediador de la autoestima en la predictibilidad de la Desaprobación Parental en función del Neuroticismo** . A modo de conclusiones generales, en todas las investigaciones se encuentran que los datos confirman que exista una relación entre las tres dimensiones de rasgos de **personalidad, autoestima y desaprobación parental**.
- **3. factores personales.** Temperamentales y constitucionales. Los factores madurativos del desarrollo en las funciones neuropsicológicas prefrontales, de auto-regulación de la conducta, autocontrol están en buena medida mediados por la ansiedad anticipatoria del niño ante situaciones de prueba y, en general, de funciones ejecutivas cognitivas en desarrollo, así como de marcadores psicofisiológicos específicos del rasgo **ansiedad e impulsividad**.

Estos dos rasgos de personalidad tienen cierto apoyo de heredabilidad y ambos padres presentan unas marcadas tendencia según evaluación clínica realizada a tal fin ( MILLON, MMPI). Padre: patrón de conducta tipo A ( P. 999,9) RASGOS: ambición,- competitividad e irritabilidad e impaciencia. Madre: estructura psicótica con notable inestabilidad emocional ( ansiedad/ depresión).

#### 4.6. Exploración psicopatológica del paciente.

El niño se presenta expansivo, ansioso, muy impulsivo en su conducta motora y verbal principalmente, no sabe ni donde se encuentra ni el motivo de estar en la consulta, ante las explicaciones ofrecidas por el clínico sobre la naturaleza del lugar y el motivo de la consulta de sus padres se muestra impasible y sigue en sus conductas disruptivas verbales ( interrumpe preguntando constantemente sobre temas no referidos a su conducta ni a sus persona) y conductas disruptivas motoras( se quiere cambiar de sitio por el de sus padres a los que dirige todo tipo de demandas de atención). Ante el requerimiento por parte del clínico de no interrumpir se muestra más receptivo y contenido llegando a situarse en el rol apropiado a lo largo de la entrevista.

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. Impresión diagnóstica

##### DSM-IV

- ◆ **EJE I.F98.0. Enuresis funcional. Tipo. Nocturno.**
- ◆ **EJE II. Trastorno de comportamiento perturbador no especificado.**

Criterios: no cumple criterios de trastorno disocial ni desafiante, ni TDAH.

##### \* ***Trastorno reactivo por vinculación. Tipo desinhibido.***

Criterios: A2) vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados.

B). El trastorno no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C) desestimación de las necesidades básicas del niño relacionadas con el bienestar emocional ( no físicas) y el afecto.

#### 5.2. Resultados de las pruebas complementarias

##### 5.2.1. INTELIGENCIA. K-ABC, BATERÍA DE EVALUACIÓN DE KAUFMAN PARA NIÑOS.

CI COMPUESTO: CI. P106. Centil 66. **Inteligencia global media.**

COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES:

CI VOCABULARIO: P 113. Centil.7. Inteligencia media alta.

CI MATRICES: P101. Centil. 5. Inteligencia media.

### 5.2.2. TEST PROYECTIVOS.

**Integración de resultados de las pruebas:**

- **Sergio en el grupo familiar:**

**Características de contenido:**

Se han considerado los siguientes rasgos: **Valoración, desvalorización.**

- **Valoración:** Se valoriza a quien se considera más importante, se admira más, se teme y/o con quien es más fácil la identificación. Se va a evidenciar este aspecto a través de: En la primera figura que se dibuja, a la que se le adjudica un mayor tamaño (aunque guardando las proporciones), a la que se la distingue por su mayor número de detalles y calidad de realización y, finalmente, también se puede resaltar esa figura colocándola en el centro del dibujo para que sea el centro de atención de todas las demás miradas.
  - **Sergio ha obtenido una sobrevaloración de todos los demás miembros de la familia, situándose él mismo en lugar , forma y posición de no valoración ni integración completa en el grupo familiar. Especialmente sobrevalorada la figura paterna seguida de la del hermano menor.**
- **Desvalorización:** Implica un rechazo y un componente agresivo hacia una/s figura/s concreta/s. En algunas ocasiones, y como consecuencia de lo expuesto, el niño siente sentimientos de culpa y tiende a desvalorizarse también asimismo.
  - **Sergio ha obtenido un lugar máximo de desvalorización acentuándose por la omisión del cuerpo. se dibuja solo la cabeza de las figuras.-** Los conflictos emocionales, en los casos de omisión del cuerpo, pueden señalar también

complejos de castración, sentimientos de incompletud, problemas de rivalidad, conflictos con la autoridad paterna, complejos de inferioridad físicos y otros. El sujeto puede no querer dejar ver de sí mismo y de su padre/madre más que la cabeza, que representa la apariencia social, con lo que puede ocultar también problemas de convivencia familiar.

- ***Sergio tiene seguidamente desvalorizada la figura materna y femenina, pudiendo también estar reflejando conflictos en su identidad sexual.***
  
- ***Comportamiento durante la realización del dibujo en presencia de los padres : dice que quiere cambiar a su madre el cuerpo, cambiar de nombre a su hermano madre y el suyo, solo salva a su padre a quién considera perfecto y quisiera ser como él, y por ello se dibuja unas gafas como las suyas; al finalizar el dibujo responde a la pregunta de la clínica sobre como ve a su familia, responde: “guapa” y posteriormente agarra la pintura y comienza a clavar la punta en todo el dibujo diciendo “ familia mala, fea” , rompiendo la punta, el lápiz y la hoja. Los padres sonríen nerviosamente.***

#### □ INTEGRACIÓN PSICOLÒGICA

- **Sergio ha obtenido un perfil que se caracteriza por los siguientes elementos:**

Integración pobre de las partes, brazos pegados al cuerpo, manos omitidas, presencia nubes ; con un 17,1% cada uno. *La integración pobre de las partes* parece estar asociada con inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad e indicar inmadurez por parte del niño, por causa de un retraso evolutivo, menor maduración neurológica, serias perturbaciones emocionales, o bien estos tres factores en conjunto. *Los brazos pegados al cuerpo* parecen reflejar un control interno muy rígido y una dificultad de conectarse con los demás. *Las manos omitidas* reflejan sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente o por la incapacidad para actuar. *Las nubes*; es decir, el agregado espontáneo de éstos, indica que el niño

se siente amenazado por el mundo adulto, especialmente por los padres. \* *Sol o luna con un 17,1%*. Ha sido asociado con amor y apoyo parental, (figura paterna) y con la existencia de una autoridad adulta controladora.

*Las piernas juntas* parecen indicar tensión en el niño y un rígido intento por parte de él por controlar sus impulsos sexuales. También indica rigidez y un control frágil.

Cabeza grande con un 20%. Ha sido asociada con esfuerzo e inadecuación intelectual, inmadurez, agresión, migraña 8 dolor de cabeza) y preocupación por el rendimiento escolar.

OTROS DATOS DE INTERES:

**Dibujos a base de trazos fuertes, netos y bien delimitados:**

**En sentido positivo:** Carácter enérgico, voluntarioso, activo y decidido. Buena salud mental y física. Capacidad de resistencia a las influencias externas. Buena afirmación de sí mismo y de las actitudes tomadas. Libido fuerte y en progresión. Capacidad de rendimiento en el trabajo. Perseveración en los objetivos a lograr, estabilidad, madurez y seguridad en sí mismo.

**En sentido negativo:** descarga o liberación violenta de las pulsiones, audacia, brusquedad, falta de consideración y de miramientos en las relaciones del Yo con el Tú.

**El sombreado de la cara en los DFH.** Karen Machover encontró esta anomalía en sujetos con perturbaciones emocionales graves, dominados por la ansiedad y con un concepto muy pobre de sí mismos. También este síndrome gráfico en sujetos agresivos, con problemas de adaptación social, faltos de confianza en si mismos que les puede hacer llegar a las agresiones físicas.

**Sombreados del cuerpo y de las extremidades en los DFH.** Suele ser indicio de problemas psicosomáticos y ansiedad por el cuerpo. El sujeto tiende a estar observándose continuamente, está al acecho de cualquier pequeña sensación o molestia que percibe en su organismo. Su preocupación hipocondríaca por el propio cuerpo, su egoísmo y egocentrismo, unido a su ansiedad, hace al sujeto fatigante para los que le rodean. Siempre está hablando de sus síntomas de enfermedad, generalmente imaginados, fantaseados y preocupantes. Requiere que los demás le estén escuchando

constantemente y si sus excesivas reclamaciones de atención no son satisfechas, se llena de mal humor, acuden a la visita de varios médicos, a veces más para sentirse escuchados, que para recibir un tratamiento, que no suelen seguir al pie de la letra.

**Ojos y cara muy perfilados** Como en el caso anterior, es un indicador de la necesidad acusada de impresionar, de exhibir una personalidad "atrayente y captativa" a través del cultivo del aspecto físico, de "una fachada externa" (narcisismo). El sujeto, varón es propenso a sentir celos y envidia por aquellos que destacan más o que pueden robarle atenciones y miramientos

### **SITUACIÓN EN EL ESPACIO:**

La ubicación de las figuras en el área izquierda superior, asociado a la emoción de alegría se asocia a la "regresión" a estadios infantiles, la fijación a la madre, la necesidad de protección o las actitudes de retirada o evasión de la realidad.

La ubicación de las figuras en la parte inferior central en su mayoría incompletas refleja un sentimiento de avasallamiento por parte de las figuras de poder.

### **5.2.3. PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA.**

**Conclusiones:** todas las pruebas han sido confirmatorias de un estado neurológico normal si bien las funciones ejecutivas superiores presentan unas puntuaciones más bajas de lo esperado para su grupo de edad y nivel de inteligencia . El factor ansiedad anteriormente analizado está mediando como interferencia en sus rendimientos.

**Resumen y explicación de las funciones superiores evaluadas con referencia a las conductas problema:**

#### **Introducción**

Los primeros dos años de vida representa el periodo más crítico del desarrollo neuronal del ser humano. Estos primeros años son esenciales porque son la génesis del sistema nervioso, es una época de aprendizaje, en la cual se aprende a hablar, a reconocer rostros

familiares y hacer uso del comportamiento para interactuar con los demás. Así, en el cerebro descansan las experiencias de la primera y segunda infancia para "educar" un sistema ingenuo de respuesta de estrés. (Niehoff, 2000). En ningún otro periodo de la vida el cerebro volverá a estar tan abierto al cambio como durante la primera infancia y nunca el entorno volverá a ser tan simple.

**Las funciones ejecutivas** son conceptualizadas por Seitz y Stephan (2000) como un sistema jerárquico de control de acción que compromete la atención, la voluntad, la planificación, la selección y la ejecución de movimientos. En principio es importante tener una habilidad para prestar *atención* a estímulos internos o externos. El sistema intencional permite que los movimientos sean voluntariamente seleccionados e iniciados. Los movimientos intencionados se programan y planifican en el contexto conductual. Finalmente los parámetros de movimiento son seleccionados en relación con el estado físico y emocional del sujeto.

***El rendimiento de las funciones ejecutivas de Sergio son:***

**\*P(9). Media-baja. *habilidad de controlar la atención*** en los sujetos cuando son incapaces de resistir la interferencia de estímulos que podrían ser normalmente suprimidos o ignorados y por el contrario su importancia es incrementada (percepción errónea de amenazas). Los sujetos también pueden encontrar una dificultad para mantener la concentración en cualquier dirección dada de pensamiento o acción, por tanto son incapaces de terminar una tarea. Esta incapacidad para atender se puede ver reflejada en los comportamientos impulsivos.

**P. (20;19,20) Media. *La memoria a corto plazo verbal*** es un proceso asociado a las funciones ejecutivas, de dominio prefrontal y subcortical. Se trata de la habilidad para usar información de la experiencia del reciente pasado y es el proceso por el cual un estímulo recuperado es sostenido, para guiar la conducta, en ausencia de señales externas (Owen, Lee y Williams, 2000). En el caso de los sujetos maltratados y de los sujetos delincuentes, éstos tienden a atender a estímulos que perciben como amenazantes. Por tanto pueden crear un inadecuado control verbal, de impulsos y monitoreo sobre la naturaleza de los comportamientos y sus consecuencias.

\***P.( 9)Media- baja. La capacidad para planificar** está ligada a la atención y la memoria, pues está sujeta a interferencias, por tanto, su alteración hace que el individuo fracase al formular planes, en especial los nuevos. La ejecución sucesiva de un plan necesita el esquema conceptual previo, la preparación de cada uno de los pasos a implementar y la anticipación de sus consecuencias.

\***P.( 6)Baja.** Para que un plan se lleve a cabo eficazmente, depende del **control inhibitorio** de interferencia, pues protege la estructura de la conducta, lenguaje o pensamiento, de interferencias, internas o externas, que pueden competir con ella y dirigirla o perderla. Por tanto, su afección no permite al sujeto responder con una inhibición frente al autorregulador verbal "no hacer" (Pineda, 1997), deficiencia que se ve reflejada en el comportamiento impulsivo y perseverativo. Aquí es donde se observa como los factores emocionales afectan mayormente a Sergio en esta función cognitiva superior.

\* **P( 7).Media- baja. Las perseveraciones,** están relacionadas con la falta de iniciativa que lleva al sujeto a incrementar sus respuestas en forma de conductas automáticas y repetitivas. Los sujetos persisten con un comportamiento realizado en otro contexto (por ejemplo: manipulación e impulsividad emocional) o la incapacidad para detener una conducta cuando se le da la instrucción de detenerse (Pineda, 1997).

**P.(113:7) Meido-alto. El cociente intelectual verbal** es lo suficientemente normal como para descartar un déficit asociado a esta área, no presentando ninguna disfunción en la comprensión de estructuras lógico verbales que le dificulten establecer un buen control comportamental, al utilizar las directrices reguladoras del lenguaje y para comprender los conceptos morales o apreciar las consecuencias de actos violentos.

## CONCLUSIONES NEUROPSICOGÒGICAS

Las puntuaciones Obtenidas por Sergio no permiten realizar un diagnóstico patológico de las funciones analizadas en relación a funciones ejecutivas superiores, si bien en relación a las conductas problema – en pruebas medidas con tiempo se hizo necesario repetir las mismas varias veces, ante tal situación y debido a que es un sujeto en desarrollo ( segunda infancia) se recomienda un

seguimiento pormenorizado si presentara dificultades de aprendizaje en las áreas escolares donde más se necesitan estas funciones-capacidades y donde se ha obtenido menor puntuación ( matemáticas, física,etc) /( dígitos, cubos: rotación mental, discriminación: figuras solapadas, figura /fondo) .

**\*NOTA:** Naturalmente los problemas de conducta suelen asociarse a corto-medio plazo , siendo predictivas de problemas en el aprendizaje e incluso fracaso escolar. Ante futuras condiciones de ansiedad que pudieran persistir la presencia de una condición de conductas agresivas, no se puede descartar que podría estar asociado a un deterioro asociado a la baja actividad de la corteza prefrontal. Neurofisiológicamente, un funcionamiento prefrontal reducido puede traducirse en una pérdida de inhibición o control de estructuras subcorticales, como la amígdala y el hipocampo. Neuropsicológicamente estas estructuras están relacionadas con la disminución en funciones cognoscitivas como control atencional, de inhibición y de impulsos emocionales, rigidez cognoscitiva que se traduce en perseveraciones, dificultad para memorizar, aprender, organizar información, planificar, monitorear verbalmente su comportamiento y solucionar problemas. Socialmente, la pérdida de flexibilidad cognoscitiva, el razonamiento y la habilidad para resolver problemas, así como la disminución en la capacidad para usar la información suministrada por indicación o autorregulación verbal puede deteriorar seriamente las habilidades sociales necesarias para plantear soluciones no-agresivas a los conflictos. Comportamentalmente, los sujetos pueden ser arriesgados, irresponsables, trasgresores de las normas, con arranques emocionales y agresivos, que pueden predisponer a actos delictivos. La personalidad se asocia con impulsividad, pérdida de autocontrol, inmadurez, falta de tacto, incapacidad para modificar e inhibir el comportamiento de forma adecuada y cierta incapacidad para razonar y evaluar correctamente las situaciones sociales que pueden predisponer a la violencia.

## 6. Conclusiones clínicas

**PRIMERO.** Sergio C.F. posee un nivel de inteligencia normal y adecuado a su grupo edad; notables rasgos evolutivos de inmadurez en impulsividad y, ansiedad asociada a características y patrones familiares y a sus relaciones paternofiliales con enuresis funcional. El diagnóstico- provisional- dado su desarrollo se ajusta a un trastorno del comportamiento no especificado y ajustándose cercanamente a criterios de un trastorno reactivo de vinculación.

**SEGUNDO:** Sergio C. F. requiere de un tratamiento psicológico lo suficientemente prolongado que le permita mejorar las variables evaluadas que afectan a su desarrollo y adaptación óptima a los contextos familiar y educativo. Variables cognitivas, emocionales y conductuales.

**TERCERO:** Se recomienda una intervención familiar en psicoeducación para los padres de Sergio C. F. que permita consolidar , desarrollar y generalizar los tratamientos clínicos necesitando de la implicación de los padres en todas las variables, especialmente las emocionales .

## 7. CONCLUSIONES FINALES

A través del proceso de la evaluación sistémica familiar se ha ido dibujando la dificultad de Sergio para establecer un vínculo en el seno de su propia familia, lo que le impide formar vínculos positivos entre sus iguales. Sergio ha ido introyectando un solo modelo fuerte: para él es mejor ser temido que marginado como débil. Desde la más tierna infancia aprendió a ser duro, a deshumanizarse, no sintiendo realmente culpa y dando un viraje, de víctima en casa a acosador que resuelve sacando los puños en el colegio. Así se forja una personalidad psicopática inmadura ( a los 8 años termina en buena parte la maduración temporal) que luchará durante su vida por ser el fuerte. Si bien sus rasgos personales temperamentales son difíciles, no hemos encontrado ningún rasgo definitivo invariable de violencia per sé – algo que los padres buscaban sin duda a tenor del seudodiagnóstico(no conformes con la anterior evaluación realizada en el centro de Salud Mental) y de su actitud de externalización del problema- , pero si en cambio un aprendizaje de su contexto familiar que estando estructurado aparece durante el proceso de evaluación como marcada y claramente disfuncional, en donde no se enseñan a respetar los límites con coherencia, ya que cuando los padres pegan después de no haber puesto los límites, lo que están mostrando una vez más es su impotencia. Estas condiciones aumentan el riesgo de violencia en el niño. Los niños pueden no ser inofensivos, pero si inocentes. Su culpabilidad, su responsabilidad ha de ser compartida por quienes les educan o mal educan, olvidando darles instrucciones

de uso para manejar su vida y como no respetarse a si mismo y a los demás. Aquí hemos visto como Sergio no era un emisor puro de la violencia era ante todo un receptor.

Además conviene recordar que, "en la jurisdicción española no se permiten los castigos físicos de padres a hijos, pero la intención del Ejecutivo es hacer una declaración de principios para reforzar la actual prohibición". Por ello los ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales y de Justicia están estudiando la posibilidad de modificar el artículo 155 del Código Civil, que autoriza a los padres a "corregir razonable y moderadamente" a sus hijos. Cuando el cambio sea una realidad, el texto contendrá, además, una frase más o menos parecida a ésta: "Sin que en ningún caso se les pueda imponer castigos físicos o humillantes o que atenten contra sus derechos fundamentales".

Por otra parte el contexto socioeducativo " escuela" se observa la clara falta de compromiso que aún teniendo herramientas para prevenirlo, en muchas ocasiones como la de Sergio, prefieren lavarse las manos y enviar al chivo expiatorio al clínico esperando con ello que les confirmen y les aseguren una etiqueta clínica determinante del espacio definido como problema - " Sergio"- , aumentando con ello la desconfianza de los padres de las victimas y de los agresores , entre institución escolar y progenitores y entre los niños con todos los demás pone de manifiesto la tendencia a ponerse a la defensiva cuando alguien denuncia el problema.

**Por ello, la solución al problema de los conflictos escolares pasa por “restaurar la autoridad -no arbitraria- en las aulas”. La creación de cursos para padres, potenciar los departamentos de Orientación, ampliando sus competencias a los profesores y las familias; aumentar el personal docente de apoyo en centros conflictivos y tener profesores que actúen como enlace entre la familia y el centro, son algunas de las medidas útiles para erradicar los casos de conflictividad escolar o, los más graves, de violencia.**

**Educar en valores –cristianos como en el caso de Sergio sólo en la escuela; y/o éticos- es necesario pero no suficiente, sobre todo si no hay coherencia, y es que los valores hay que practicarlos pues los niños no nos obedecen, nos imitan.**

**Para terminar, un decálogo para padres y educadores:**

**“Los niños aprenden lo que viven”:  
Si un niño vive criticado. Aprende a condenar.  
Si un niño vive con hostilidad. Aprende a pelear.  
Si un niño vive avergonzado. Aprende a sentirse culpable.  
Si un niño vive con tolerancia. Aprende a ser tolerante.  
Si un niño vive con estímulo. Aprende a confiar.  
Si un niño vive apreciado. Aprende a apreciar.  
Si un niño vive con equidad. Aprende a ser justo.  
Si un niño vive con seguridad. Aprende a tener fe.  
Si un niño vive con aprobación. Aprende a quererse.  
Si un niño vive con aceptación y amistad. Aprende a hallar amor en el mundo.**

### Referencias bibliográficas

AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1982). *Abrege de Psychopatologie de l'enfant*. París: Masson (Trad. cast.: Manual de Psicopatología del niño. Barcelona: Masson, 1987).

BANDURA, A. (1973). *La agresión. Un análisis del aprendizaje social*. Londres: Prentice Hall.

BANDURA, A. (1979). Psychological mechanism of aggression. En VON CRANACH, M., FOPPA, K., LEPENIES, W. y FLOAG, D. (eds.): *Human ethology: claims and limits of a new discipline*. Cambridge: Cambridge University Press.

BARKLEY, R. A. (1998). El desorden de hiperactividad y déficit de atención. *Investigación y Ciencia*, noviembre: 48 - 55.

BOLWBY, J. (1969). *Attachment and loss*. Nueva York: Basic Books.

BRIOSO, A. y SARRIÁ, E. (1993). Trastornos de comportamiento. En MARCHESI, A., COLL, C. y PALACIOS, J.: *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. III. Madrid: Alianza Editorial: 183-196.

DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.

FESHBACH, S. (1970). Aggression. En MUSSEN, P.H. (ed.), *Carmichael's Manual of Child Psychology*. Nueva York: Wiley.

HERBERT, M. (1983). *Trastornos de la conducta en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Paidós.

LORENZ, K. (1966). *On aggression*. Londres: Methuen.

MOLINA, M.T. (2000). *Habilidades sociales y autoestima*. En prensa.

OLWENS, D. (1980). Familiar determinants of aggressive behavior in adolescent boys: a causal analysis. *Developmental Psychology*, 16: 644-660.

OLWENS, D. (1993): *Bullying at school. What we know and what we can do*. Blackwell, Oxford.

**APICV. ASOCIACIÓN PROFESIONAL PARA LA INVESTIGACIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN  
CONFLICTOS Y VICTIMS.**