



FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO: “SÍNTOMAS SOMÁTICOS DE LA
PROSOPAGNOSIA SECUNDARIOS AL BULLYING”**

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTORA:

ADRIANA CRISTINA CANDO CABRERA

DIRECTORA:

Mst. MARÍA FERNANDA COELLO NIETO

CUENCA-ECUADOR

2019

Dedicatoria

Este trabajo investigativo lo quiero dedicar principalmente a mis padres y hermana, quienes han estado conmigo desde el principio de esta maravillosa aventura.

Pero de manera muy especial me gustaría dedicarla a mi abuelito Pastor, quien a pesar de ya no estar muchos años conmigo, se encargó de inculcarme los mejores valores para conseguir cada meta que me proponga y que con su inmenso cariño y su sabiduría siempre creyó que yo llegaría lejos.

Agradecimiento

A Dios, por ser un eje inspirador y darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

Gracias infinitas a mis padres, Santiago y Silvia, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A mi familia, quien me ha apoyado durante todo este trayecto, a mis tíos, primos, y de manera muy especial a mi abuelita Julia por ser como mi segunda madre.

A mis profesores, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de nuestra profesión, de manera especial a la Mst. Fernanda Coello, tutora de mi investigación, quién con su apoyo, dedicación, paciencia mucha paciencia y presión ha guiado esta tesis, convirtiéndose no solo en un docente si no en una amiga.

Al Centro de Rehabilitación Integral (CRIE #5), especialmente al Dr. Francisco Ochoa, por haber compartido todos sus conocimientos durante mi período de pasantías, y además por ayudarme con esta investigación desde el principio hasta su culminación.

Resumen

El bullying es uno de los factores que más afecta a los adolescentes que llegan a ser víctimas del mismo. El presente estudio pretende explicar, los síntomas somáticos de una prosopagnosia secundarios al bullying, en el Centro de Rehabilitación Integral (CRIE #5), en donde se trabajó con una adolescente de 13 años con la aplicación de diversas baterías de test como: SCL 90-R, test de SACKS, y test proyectivos. Además, se utilizaron bases teóricas del psicoanálisis con respecto a la histeria y en particular psicoterapia dinámica. Obteniendo como resultado final que el acoso escolar (bullying), puede llegar a generar trastornos conversivos de índole preocupante en los adolescentes.

Palabras clave: Bullying, Prosopagnosia, Trastorno conversivo, Psicoterapia dinámica.

ABSTRACT

Bullying is one of the factors that most affects teenage victims of school abuse. This study sought to explain the secondary somatic symptoms of bullying in a person with prosopagnosia at the Centro de Rehabilitación Integral (CRIE # 5). This work was carried out in a 13-year-old adolescent with the application of various test batteries such as SCL 90-R, SACKS test and a projective test. Theoretical bases of psychoanalysis were used with respect to hysteria and dynamic psychotherapy. It was obtained as a final result that bullying can generate disturbing conversion disorders in adolescents.

Keywords: Bullying, prosopagnosia, conversion disorder, dynamic psychotherapy.




Translated by
Ing. Paúl Arpi

Índice

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen	IV
ABSTRACT	V
Introducción	1
CAPÍTULO 1	3
LA ADOLESCENCIA	3
1.1 Adolescencia.....	4
1.2 Aspectos biológicos de la adolescencia.....	5
1.2.1 Desarrollo psicosexual de los adolescentes desde la Perspectiva Psicoanalítica.....	7
1.3 Evaluación psicológica en adolescentes	11
1.4 Adolescente, sociedad y cultura	14
1.4.1 Cultura.....	16
1.4.2 Adolescentes y adopción.....	17
CAPÍTULO 2	21
TRASTORNOS CONVERSIVOS.....	21
2.1 Trastornos conversivos desde las diferentes corrientes Psicológicas	23
2.1.1 El trastorno conversivo desde la Perspectiva Psicoanalítica.....	24
2.1.2 El trastorno conversivo desde la Perspectiva Cognitivo Conductual	31
2.2 La conversión desde la Perspectiva Psicodinámica.....	36
2.3 La relación entre la conversión y el complejo de Edipo no resuelto	41
CAPÍTULO 3	43

SÍNTOMAS SOMÁTICOS DE LA PROSOPAGNOSIA SECUNDARIOS AL BULLYING	43
3.1 Bullying	46
3.2 Neurofisiología de la Prosopagnosia	50
3.3 Relación entre el bullying y la somatización.....	55
CAPÍTULO 4	57
METODOLOGÍA	57
4.1 Recolección de información	58
4.2 Caso Clínico	59
4.2.1 Test aplicados.....	62
4.2 Tratamiento.....	65
Discusión	67
Conclusiones.....	71
Recomendaciones	72
Referencias Bibliográficas.....	73
Anexos	80

Introducción

Durante el siglo XXI, el término bullying ha sido escuchado a través de todas las plataformas existentes a nivel mundial, varios niños o adolescentes sufren de este fenómeno en sus escuelas por parte de sus compañeros, por diversas causas: como el color de piel, físico, personalidad, etc. Y a pesar de que con regularidad se realizan campañas para su prevención, siguen existiendo niños o adolescentes que prefieren mantener esto en secreto.

La presente investigación tiene como objetivo principal identificar la relación entre el bullying y la presencia de síntomas somáticos de una prosopagnosia, la cual consiste en la incapacidad de la persona que lo padece en reconocer los rostros de sus más allegados como: familiares y amigos. Los pacientes con este problema, ven y reconocen las distintas partes de la cara, sin embargo, no pueden recordar su ubicación ni identificar de quién se trata. (Broche Pérez, Rodríguez Almeida, & Martínez, 2014).

En la actualidad, se ha encontrado evidencia científica que logra relacionar al bullying con los trastornos somatomorfos, se encuentran síntomas como dolores de cabeza, e incluso se han evidenciado convulsiones sin evidencia médica aparente. Sin embargo, cabe recalcar que estos estudios vienen desde la época de Freud, con resultados aparentemente favorables mediante la aplicación de la terapia psicoanalítica con técnicas con la catarsis y la hipnosis.

Es por esta razón por la que en el presente estudio se optó por la aplicación de la psicoterapia dinámica, que además de la teoría de Freud junta nuevas teorías y nuevas técnicas como la asociación libre, para un mejor entendimiento del trastorno y lograr una curación del mismo, sin embargo en todo tipo de terapia existen riesgos que deben considerarse desde el principio del

tratamiento, como es el abandono por parte del paciente e incluso la poca preocupación para la mejoría por parte de sus padres.

CAPÍTULO 1

LA ADOLESCENCIA

1.1 Adolescencia

La palabra “adolescente”, proviene del latín “*adolescere*”, el cual significa: crecer – madurar. El concepto de adolescencia se caracteriza por, ser una de las etapas en la que se produce un sinnúmero de cambios significativos en todos los aspectos fundamentales de una persona. Según Moreno (2015), durante estos años, se modifica la estructura corporal, los pensamientos, la identidad y las relaciones que se mantienen tanto con la familia como con la sociedad. “*Esta transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y 18-20 años aproximadamente*”. Sin embargo la OMS manifiesta que esta etapa está comprendida entre las edades de 10 a 19 años. (OMS, 2018).

Los adolescentes simbolizan un subgrupo poblacional muy relevante desde el punto de vista de la salud pública, no solo por el porcentaje, si no por su capacidad reproductora y poder adquisitivo, además por su estado de salud, comportamiento y sus hábitos actuales llegarán a tener una enorme repercusión en su estilo de vida y su salud futura. (Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro, & Hidalgo Vicario, 2017).

Se han establecido subetapas de la adolescencia, las cuales se dividen en: una adolescencia temprana comprendida entre los 11-14 años, una adolescencia media 15-18 años y una adolescencia tardía o llamada también juventud que se da a partir de los 18 años. (Moreno Fernández, 2015).

1.2 Aspectos biológicos de la adolescencia

El desarrollo adolescente parte de procesos normales en donde lo primordial es conocer acerca del término salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define a dicho término, como: *“el estado completo de bienestar, físico, social como psicológico de un individuo”*, dentro del aspecto físico, definiremos a la Biología como *“la Ciencia que estudia el funcionamiento y características de los seres vivos”* (Mosby, 2005).

El término adolescencia o pubertad, es un periodo de rápidas transformaciones evolutivas, siendo los principales cambios la parte sexual, la cual está determinada por las hormonas. Los cambios fisiológicos más importantes son: desarrollo de caracteres sexuales secundarios, maduración completa de las gónadas, glándulas suprarrenales, y la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular. (Hidalgo Vicario, Ceñal González Fierro, & Güemes Hidalgo, 2014).

Sin embargo, existe una diferencia entre los términos “adolescencia” y “pubertad”; conociendo a la pubertad como un conjunto de transformaciones físicas que conllevan a una madurez sexual y por lo tanto a la capacidad de reproducirse, y a la adolescencia que incluye además transformaciones de tipo psicológicas, sociales y culturales que son significativas. (Moreno Fernández, 2015).

En la pubertad se pueden encontrar tres periodos evolutivos que presentan diferentes cambios en cuanto a las mujeres como a los varones, siendo estos los siguientes:

- **Primer período o Prepuberal:** En las mujeres este período está presente hasta la primera menarquía, por esto también se conoce como etapa premenarquica. En los varones se extiende hasta el momento en el que se produce el cambio de voz.

- **Segundo período o Puberal Propiamente dicho:** Hace referencia a un punto de cambio culminante es decir en las mujeres en cuanto se presenta la menarquía y en los varones en el cambio de voz.
- **Tercer período o período postpuberal o adolescencia:** Este abarca hasta que el último cartílago de crecimiento se cierre; es decir, hasta los 18 años en la mujer y hasta los 20 en los varones. (Ravera, 1976).

El inicio de dichos cambios tiene origen en variables de tipo genéticas como ambientales, entre estas tenemos: la alimentación, condiciones de salud personal y ambiental, higiene, actividad deportiva, estímulos psíquicos y sociales.

La adolescencia es una etapa que está comprendida entre la culminación de la infancia hasta la adquisición de la madurez, pero ¿con madurez a que nos referimos?, podríamos establecer lo siguiente:

- Como primer punto, a una madurez de tipo biológica, la cual consiste en el término del desarrollo físico y sexual.
- En segundo punto, se habla de una madurez de tipo psicológica, determinada por la construcción de una nueva identidad, que implica: crear el concepto de uno mismo, autonomía emocional, compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad.
- Como tercer punto tenemos una madurez social, la cual está asociada a la independencia económica, la administración de los propios recursos, autonomía personal y la formación de su propio hogar, lo que marca la culminación de la adolescencia y juventud dando paso a la categoría de persona adulta. (Moreno Fernández, 2015).

1.2.1 Desarrollo psicosexual de los adolescentes desde la Perspectiva

Psicoanalítica

De la misma manera que Rousseau, a Freud y a Hall, les llamo la atención el tema de la sexualidad, viéndolo como un motor biológico dentro de la evolución humana. Hall (1844-1924) establece que el ser humano ha evolucionado de una manera psicológica a través de diversas etapas: infancia, niñez, juventud y adolescencia.

- Infancia comprendida entre los 0 y 4 años, considerada la etapa animal, en la cual se da un desarrollo sensorial de autoprotección intuitiva.
- Niñez, entre los 4 y 8 años, considerada una etapa cultural, referente al hombre cazador-recolector, debido a que el niño juega al escondite, vaqueros y construcción de cuevas.
- Juventud, entre los 8 y 12 años, considerada una etapa preadolescente de latencia, en donde la persona desarrolla la educación, que tiene una semejanza con el salvajismo.
- Y por último tenemos la adolescencia, comprendida entre los 12 hasta los 22-25 años. Considerada como una etapa tomentosa, ya que nos describe las turbulencias y contradicciones de la vida adolescente. (Aguirre Baztán, 1994).

Sin embargo, Freud (1856-1939), fue más allá diciendo que la sexualidad no genital se presenta a partir del nacimiento. Para Freud, la infancia fue elevada por la adolescencia, una teoría inversa a la de Hall. Además establece que los cinco primeros años de vida son de gran importancia para el desarrollo de la personalidad, formando en esos 5 años el complejo de Edipo. (Badillo, 1987). Las etapas del desarrollo de la personalidad infantil según Freud, son las siguientes:

- Fase oral o canibalística, esta se encuentra desde los 0 meses hasta el primer año, enfocada en torno a la boca, en esta fase la actividad sexual está concentrada en la absorción de los

alimentos; con dos tipos de oralidad: la pasiva (succión placentera preambivalente), y una sádica (morder: que es una ambivalencia pulsional).

- Fase sádico anal, comprendida entre el primer año hasta los tres años. Enfatizada en la retención o evacuación anal. En esta segunda fase pregenital, encontramos dos tipos: pasiva erótica (el placer de la evacuación) y activa sádica (control y destrucción).
- Como tercera fase se encuentra la fálica entre los 4 y 5 años, que gira en torno a los órganos genitales, en esta fase el niño adoptará la vida sexual. Dentro de la misma encontramos diferentes características:
 - Empieza la manipulación de sus genitales, descubriendo las diferentes formas anatómicas sexuales.
 - No existe una diferencia entre lo masculino y femenino hasta después de la presencia del complejo de Edipo.
 - La presencia de un conjunto de deseos amorosos y hostiles que suele presentar el niño hacia sus padres, en un esquema triangular y de manera aguda en los 5 años de edad, se conoce como complejo de Edipo.
- Dentro de los 6 a 10 años ocurre el período de latencia, que se presenta desde el complejo de Edipo hasta que empieza a aparecer la pubertad, ya que no presenta ningún cambio específico en cuanto a la personalidad. (Aguirre Baztán, 1994).

Freud define a la aparición de la adolescencia como una segunda etapa edípica, sin embargo, el período de latencia se presenta como una barrera contra el incesto, a pesar de que el primer objeto amoroso heterosexual para el joven, puede ser una mujer madura, es decir; se da el desplazamiento materno, y para la joven puede ser un hombre maduro, es decir un desplazamiento paterno. Pero se debe tomar en cuenta que la superación de este segundo Edipo puede ocasionar una inversión

en el objeto sexual (homosexualidad individual y grupal, es decir, chicas con chicas y chicos con chicos). Para Freud, la adolescencia será un logro de la primacía genital y se da la consumación de un proceso de búsqueda no incestuosa del objeto. La diferencia entre la sexualidad infantil y la de la adolescencia, radica en que la primera será autoerótica y no genital, mientras que la segunda será genital y objetal. (Sigmund. Freud, 1973).

Estudios hablan acerca de las relaciones de tipo afectivo con sus padres e iguales, y afirman que mantener una buena relación con sus padres, hará que los adolescentes logren mantener buenas relaciones con sus iguales. Según una teoría, los comportamientos que son adquiridos en la familia son difíciles de generalizar a otros contextos, y será el grupo de iguales el que tendrá una mayor influencia sobre el desarrollo posterior del sujeto. (Laible, Carlo, & Raffaell, 2000). Sin embargo, otros autores llegan a considerar que la influencia que pueden llegar a tener los compañeros, representa uno de los mayores riesgos para presentar conductas problemáticas y antisociales. (Berndt, 1996).

De acuerdo con un estudio realizado por Giedd en el 2004, quién afirma que no se alcanza un desarrollo completo de los mecanismos neurofisiológicos de la corteza prefrontal hasta los 25-30 años, lo cual permite la adquisición de la capacidad de discernir lo que conviene hacer; es decir, una maduración definitiva, que nos ayuda a explicar por qué los jóvenes suelen implicarse en situaciones de riesgo, hasta ese momento. Con respecto a un adulto, encontramos una diferencia, debido a que éste ya presenta un desarrollo completo del lóbulo frontal (implica una conexión de la parte emocional con la racional, originando respuestas adecuadas), un adolescente es capaz de dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (controlado por la amígdala) ante una persona o compañero que le insulte, lo que ocasionaría una pelea y adoptar varias conductas de riesgo. (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

En conclusión, se debe tomar en cuenta que esta transición se caracteriza por lo siguiente: un desarrollo emocional progresivo, a diferencia de una ruptura con una etapa anterior; por la inestabilidad emocional, a diferencia de la presencia de un trastorno; y por ultimo por una formación de tipo gradual, a diferencia de crisis de incapacidad y armonía generacional. Se debe tomar en cuenta que estos tan solo son mitos, ya que si se ven como verdades, los especialistas correríamos el riesgo de no lograr diferenciar una patología, lo que evitaría que se dé un tratamiento adecuado lo antes posible. (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

1.3 Evaluación psicológica en adolescentes

La evaluación psicológica es un proceso mediante el cual, un psicólogo especializado recoge información por medio de distintas técnicas y herramientas (test) creadas con este objetivo. Por lo general, el propósito de una evaluación psicológica es la identificación de posibles síntomas o la realización de un diagnóstico.

Las estrategias de evaluación sea para niños, adolescentes o adultos; se originan en España. Durante estas dos últimas décadas se han llevado a cabo procedimientos de evaluación adecuados para niños y adolescentes, sin embargo, esta tendencia no solo ha ocurrido en España, sino que ha sido un fenómeno generalizado quedando plasmado en libros, artículos, etc. Al principio, la evaluación infantil y adolescente, se centró en la observación como uno de los procedimientos más adecuados para definir y determinar las conductas de objeto de estudio. (Avila, 2003).

Existe un sinnúmero de instrumentos que son utilizados para la evaluación psicológica, los mismos que son: técnicas, que permiten la recolección de datos con referencia a las características psicológicas de las personas evaluadas. Son varios los instrumentos que se utilizan para este fin, y se encuentran clasificados por categorías, para realizar sus mediciones; dichos instrumentos componen la base sobre la cual están los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre.

El modelo psicométrico dentro de la evaluación psicológica, es la valoración de las diferencias individuales que se logra obtener mediante la aplicación de diferentes test o instrumentos de evaluación, esto nos ayuda a la identificación de rasgos o dimensiones que estén asociados a las funciones intelectuales o con características de la personalidad del sujeto evaluado. El fundamento teórico que explica este modelo, nos dice que la determinación de la conducta se basa en atributos

psíquicos estables, por lo que, el objetivo de la evaluación es la búsqueda de las manifestaciones externas de la conducta, que nos conllevan a los indicadores del estado interno de dichos atributos que no son evaluables directamente. (González-Llaneza, 2007).

Las manifestaciones externas (respuestas a los test) y atributos internos, los cuales son estables, están relacionados, lo que puede ayudar a predecir cómo será el comportamiento de una persona en el futuro. Los atributos internos son los que permiten explicar cómo está la conducta, se denominan rasgos; los que hacen referencia a constructos hipotéticos, teóricos, inferidos de la observación de la relación de conductas simples.

Seguidores del modelo psicométrico, manifiestan que *“la personalidad está formada por rasgos o aptitudes que son estables en el individuo y conforman su estructura básica de personalidad”*. (González-Llaneza, 2007).

Además de los test, para una evaluación más precisa es recomendable la utilización de la entrevista clínica en adolescentes y adultos, la cual es conocida también como un instrumento psicológico en el que un profesional, en este caso conocido del mismo modo como entrevistador, entabla una conversación con un paciente. González Núñez y Nahoul (2014) afirman que:

“Es un proceso intersubjetivo en el cual se reduce la subjetividad del entrevistador al ser una persona entrenada profesional y éticamente, para dilucidar las pautas de conducta manifiestas y latentes; o sea, conscientes e inconscientes del entrevistado, en el entendimiento de que el entrevistador sabe y es consciente de los objetivos de la entrevista, además de que posee un conocimiento pleno de algunas o varias teorías”. (Nahoul & Núñez, 2014).

Para la atención de un adolescente no es suficiente solamente el tener conocimientos sobre las características de desarrollo, la manera en la que se enferme y los recursos terapéuticos; sino que

además es necesario tener una capacidad de sentirse a gusto delante del adolescente y cierta experiencia en el trato del mismo. En el primer contacto, el profesional debe saber escuchar, observar y valorar; en caso de ser necesario las entrevistas pueden repetirse, las veces que sean convenientes y necesarias, estas entrevistas se deben llevar a cabo en un ambiente relajado, dedicándole el tiempo que sea necesario. En varias ocasiones la entrevista, representa una gran oportunidad del profesional de la salud para orientar, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a una persona cuando se encuentra en un momento de crecimiento y desarrollo, antes de que se logre estructurar como un adulto. (Gallart, 2008).

Según Gallart (2008), en algunas ocasiones las relaciones que se establecen entre un entrevistador y un adolescente, suelen desencadenar conflictos que se mantenían ocultos, y que eran los causantes de la sintomatología, muchas de las características específicas que poseen los adolescentes, junto a sus formas de expresión, es de lo que dependa el éxito o el fracaso de los resultados en una entrevista.

Dentro de los problemas más significativos, por los que los adolescentes acuden a terapia se encuentran los de tipo emocional y conductual, sin embargo, en varias ocasiones estos también pueden llegar a afectar a la salud física, de igual manera es importante conocer las posibles relaciones que existen entre las quejas de salud o síntomas que presentan los adolescentes. Algunas de las quejas más comunes en los adolescentes, son el estrés y la forma en la que suelen afrontarlo, el estado de ánimo y el apoyo social, de igual manera presenta un gran peso los problemas en cuanto a su imagen corporal. (Barra A, Cerna C, Kramm M, & Véliz V, 2006).

1.4 Adolescente, sociedad y cultura

Dentro del estadio evolutivo de los adolescentes, se encuentra un sinnúmero de características, entre estas las transformaciones del pensamiento; gran variedad de teorías psicológicas del aprendizaje afirman que con la llegada de la adolescencia se producen varios cambios a nivel cualitativo y cuantitativo en las habilidades cognitivas, cambios que muestran grandes diferencias con el pensamiento infantil. (Urbano & Yuni, 2016).

Al hablar de habilidades cognitivas o modos de pensar de los adolescentes, se hace referencia a procesos y estrategias para el conocimiento acerca de la realidad; tiene que ver con fenómenos externos a ellos (ambiente, sociedad y moda), o a fenómenos internos (emociones, sensaciones, esquemas mentales y afectivos). Después de los estudios de Piaget e Inhelder, se ha continuado con las investigaciones que confirman, que en el período de la adolescencia, los jóvenes suelen experimentar una gran variedad de cambios en el funcionamiento intelectual; en dicho estadio los adolescentes van adquiriendo conocimientos: incrementado sus habilidades para comprender, pensar y percibir el mundo, habilidades que ayudan en la resolución de problemas de la vida cotidiana. Es importante señalar que las habilidades de tipo cognitivo están relacionados y son interdependientes de un entorno socio – cultural, es decir, el pensamiento no solo se desarrolla por la consecuencia en cambios de tipo biológico, sino que está ligado a interacción con objetos del mundo que lo rodea. (Urbano & Yuni, 2016).

Como se mencionó con anterioridad la adolescencia no solo hace referencia a un ciclo evolutivo dentro del desarrollo de una persona, sino que además es conocido como un fenómeno socio – cultural, que categoriza a un adolescente dentro de un grupo de cierta edad cronológica, en donde encontramos: grupos que desempeñan diversos roles sociales, gozan de un estatus social determinado por el contexto y suelen poseer un conjunto de valores y formas de vida diferentes a

los de una sociedad adulta. En ocasiones los adultos suelen tachar a los adolescentes como un grupo social, quienes se caracterizan por tener actitudes como: vagos, desinteresados, materialistas o perezosos, sin embargo, existen algunas personas que a diferencia los idealizan como solidarios, puros, honestos y jóvenes que no se encuentran interferidos por la corrupción. Las dos clasificaciones no son más que una proyección que tiene la sociedad adulta acerca de esta etapa. Dentro de las culturales occidentales se tiene la creencia de que los varones que pasan a la transición de la adultez tienen el propósito de ocuparse de traer el alimento a la casa y ser los jefes del hogar, a diferencia de las mujeres, quienes tienen que tomar la responsabilidad en cuanto a los temas del hogar, es decir: quehaceres de la casa, cuidado de los niños y servir a su marido. (Urbano & Yuni, 2016).

Los adolescentes suelen priorizar la relación con sus iguales lo que les genera dejar a la familia en un segundo plano, formar un grupo con las personas que presentan los mismo intereses, permite de alguna manera que los jóvenes logren ir formando su propia personalidad y realizar una especie de ensayo hacia lo que llega en el futuro, que es una vida adulta. Varias de las características que se presentan en esta etapa suelen tener relación en cuanto al enamoramiento, rebeldía, peleas e incluso las rivalidades, es por lo que a pesar de alejarse de los padres, estos son muy necesarios en el crecimiento ya que así como se presentan cosas positivas pueden también relacionarse con personas que se encuentren en bandas delincuenciales o sectas, es por esto que la presencia de un adulto es imprescindible, sin embargo, la cercanía debe ser prudente y sutil. (Gualtero & Soriano Sala, 2013).

1.4.1 Cultura

La palabra cultura proviene del latín *culturam*, la cual hace referencia al cuidado y cultivo de los campos. Adquirió un sentido diferente a mediados del siglo XVI, en donde adopta un concepto otorgado, en 1871 por el antropólogo inglés Edward Tylor quien dice que cultura; *“es todo complejo que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y la otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto miembro de una sociedad”*. (Colegio24hs., 2004).

Dentro de la psicología encontramos grandes relaciones entre las etapas socioculturales de los seres humanos con el campo psíquico, J. Bruner, nos dice que el estilo de vida en la sociedad ayuda a explicar el funcionamiento cognitivo e incluso es un gran influyente en el funcionamiento cerebral. Las demandas de una persona que lleva una vida en común con varios individuos es muy diferente a la de una persona que tuviera una vida aislada, el ser humano necesita, mezclar acciones propias con la de los otros, o incluso si se llegará a producir un aislamiento no podría ser capaz de desarrollar un lenguaje tan rico y especializado, ni tampoco podría llegar a modular su propia cognición. (Bruner, 2006)

Otro autor conocido en el campo de la psicología es Vygotski, quién también se atreve a hablar de la relación entre la Psicología y la cultura, interpretando que las respuestas individuales surgen de las formas de vida colectivas; es decir, considera a una dimensión individual en relación a la social, como secundaria en cuanto al origen del desarrollo psicológico. (Vygotski, 1993).

Vygotski (1978), habla acerca del fundamento del método genético, el cual parte de una comprensión de tipo dialéctica; la cual hace referencia a la relación entre la conducta humana y la naturaleza, esta se diferencia de los principios de Pavlov, en donde se hablaba solamente del

esquema del estímulo - respuesta, ya que no solo admite la influencia que tiene la naturaleza en la conducta humana, sino que además, esta modifica su entorno y ayuda en la creación de nuevas condiciones en las que pueda vivir y logre desarrollarse. (Cubero, 2005).

Bowlby es uno de los autores más mencionados después de Piaget y Vygotski, es un psicoanalista quién describe a la teoría del apego como un efecto que producen experiencias tempranas y la relación de la primera figura vincular en el desarrollo de un niño. En 1988, Bowlby afirmaba que la capacidad de adaptarse de las personas frente a eventos estresantes que ocurren, están influenciadas por el patrón de apego o el vínculo que llegan a desarrollar las personas en su primer año de vida con su cuidador, quien generalmente suele ser la madre, aunque en diversas ocasiones puede llegar a ser otras personas. (Moneta, 2014).

Las investigaciones de Bowlby también hablan acerca de un apego desorganizado o la falta del mismo, se da una pérdida de confianza a la figura vincular en casos de abandono a temprana edad o incluso pueden mostrar miedo al mismo. Para que el vínculo sea confiable y seguro depende de que el cuidador sea constante, atento y que pueda comunicarse con él bebe de pocos meses, y que no solamente se preocupe de cubrir sus necesidades de limpieza o alimentación, el niño demanda una necesidad de atención permanente hacia la madre o el cuidador, lo que se desconocía era que esta demanda del bebé obedece a una de sus necesidades biológicas de comunicarse para lo que se está programado genéticamente. (Moneta, 2014).

1.4.2 Adolescentes y adopción.

Como primer punto es necesario conocer el significado de la palabra adoptar, la cual hace referencia a: *“Aceptar como hijo a aquel que no lo es de forma biológica con la finalidad de formar una familia”*. (Mirabent & Ricart, 2012). El termino adopción se remonta al Antiguo Testamento,

en donde Moisés es adoptado por la hija del faraón, y continua como una costumbre a Egipto, de donde siguió hasta Grecia y posteriormente a Roma y así sucesivamente se hizo conocer a nivel mundial.

Como afirma Pilotti (1988), en la adopción se pueden llegar a diferenciar dos etapas:

- En la primera, se encuentra, la adopción clásica, la cual tiene como objetivo solucionar crisis dentro de los matrimonios que no tienen hijos, buscando de esta manera favorecer los intereses y deseos de los adultos.
- Como segunda, está la adolescencia moderna, en la cual el principal objetivo es ayudar a buscar familias a niños y niñas que han sido abandonados, así pues cumplir el derecho del menor que le asegure vivir en un entorno familiar correcto y estable. (Mirabent & Ricart, 2012).

La adopción es otra forma de constituirse como familia, como se conoce desde la antigüedad la especie humana por ende necesita de un grupo que acompañe su desarrollo filogenético. Sin embargo, se conoce que la familia siempre ha cumplido dos funciones básicas:

- Una de esas funciones es la biológica, con el propósito de engendrar hijos y, así, perpetuar la especie.
- Otra de las funciones es la de crianza y educación, tal como lo explica Meltzer (1989). El ser humano cuando nace, lo hace con una gran inmadurez, llega al mundo en condiciones limitadas y con grandes necesidades de tipo material y afectivo, la creencia es que el ser humano necesita de un ambiente en donde pueda completar su desarrollo para lograr sobrevivir y convertirse en adultos sociales y autónomos. (Meltzer & Harris, 1989).

Si bien es cierto la familia biológica cumple las dos funciones, sin embargo la adoptiva cumple solamente la segunda, la cual es considerada una de las más importantes para el desarrollo psicológico de una persona, por el hecho de contar con el apoyo de personas que los acompañaran a lo largo de su vida. La familia adoptiva, para llegar a tomar esta decisión pasa por una serie de acontecimientos, y lo primordial es enfrentar el hecho de la infertilidad si así llegase a ser el caso, porque en varias ocasiones encontramos familias que solamente le quieren brindar un hogar a alguien que lo necesite, sin embargo, no es una decisión fácil de tomar, el hecho de criar y cuidar a un niño completamente ajeno a su entorno familiar lo hace una decisión difícil de aceptar.

Tras la toma de decisión y después del largo proceso formal, la familia debe prepararse también para un encuentro con los padres biológicos, en caso de que estos quisieran tener un seguimiento de su hijo, lo cual ocurre en algunas ocasiones, en otras los niños son abandonados y nunca llegan a saber del paradero de su familia de origen. Según Relvas y Hernández (2011), existen tres sombras que suelen aparecer en las familias adoptivas.

- La primera de ellas hace referencia a los comportamientos de los niños, lo padres suelen hacer énfasis en que los educaron bien, y que no entienden sus conductas, culpando de las mismas a factores hereditarios por parte de sus padres biológicos.
- Como segunda sombra, esta, las expectativas ocultas, las cuales nacen en los niños adoptados, en cuanto sus padres adoptivos les dicen cosas como que sus padres biológicos han muerto, y ellos sienten que esto no es así, por lo que crecen con la ilusión de ser adultos y encontrar su paradero.
- Y como última sombra, está la esperanza que guardan los padres biológicos de que sus hijos vuelvan a casa, ya que en ocasiones los niños se dan en adopción cuando ya son grandes, y esto permite que la familia guarde fotos y recuerdos del niño, culpando a la familia adoptiva

del hecho de que ellos no pregunten o se comuniquen con ellos, o incluso diciendo a sus otros hijos que estas familias son los que le prohíben comunicarse a los chicos con su familia de origen. (Relvas & Hernández Reyna, 2011).

En cuanto a la decisión de informar a un hijo acerca de su adopción, es netamente de la familia, si esta lo prefiere puede buscar ayuda psicológica para el día de la confrontación o incluso se han escuchado de casos en donde la familia busca ayuda de la iglesia, esto depende de la fe y creencias de la misma.

Freud, quien es uno de los pioneros más importantes en la rama de la psicología, específicamente en el psicoanálisis, nos habla acerca de ciertas funciones de la religión, la cual esta nutrida por otros aspectos de la cultura, afirmando que la religión, no solamente es moral y prohibición, sino que además se presenta como esperanza y consuelo. De ahí nace la hipótesis de que el peligro no es más que una ilusión. Freud (1927), nos dice que la religión ha prestado varios servicios a la civilización, ayudando a la dominación de los impulsos antisociales. (Sánchez, 2012)

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS CONVERSIVOS

Una de las ramas de la Psicología, es la Psicopatología, la cual estudia los síntomas psíquicos y los signos de conducta que suelen manifestar las personas que presentan una enfermedad mental, que acompañan a una enfermedad física, o que se presentan como efectos secundarios frente a un tratamiento farmacológico. El estudio de las enfermedades o los síndromes mentales reúnen un conjunto de síntomas y signos psicopatológicos, los cuales son objeto de estudio de la Psicología Clínica y la Psiquiatría. La diferencia principal entre estas dos últimas, está en que la Psiquiatría suele emplear fármacos psicoactivos en el tratamiento. (Sarráis, 2016).

Sarráis (2016), afirma que en Psicología Clínica, en la actualidad la expresión de enfermedades mentales ha sido sustituida por trastornos mentales, los cuales presentan dos características generales que pueden llegar a presentarse de manera junta o por separado: una de ellas es el intenso sufrimiento psíquico que llegan a producir en el paciente, lo que dificulta de una manera seria su vida normal; y la otra es el sufrimiento que genera en su entorno, ya que las conductas pueden llegar a provocar daño tanto físico como psicológico, lo que dificulta gravemente la convivencia con el paciente.

Por lo tanto la palabra trastorno hace referencia al desorden que altera el funcionamiento normal de una persona o de una situación. Dentro del campo de la Psicología encontramos un sinnúmero de trastornos, los cuales se dividen en diferentes categorías, los especialistas en salud mental suelen diagnosticar a los mismos con la ayuda de criterios diagnósticos escritos por profesionales que se encuentran en el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición).

2.1 Trastornos conversivos desde las diferentes corrientes Psicológicas

Una de las características principales del trastorno conversivo es la presencia de síntomas o el déficit no deliberado que suelen afectar al funcionamiento motor voluntario o sensorial. Se define como un patrón sintomático que está caracterizado por síntomas que suelen afectar al comportamiento y que se parecen a una enfermedad de tipo neurológica, sin embargo, no proceden de ninguna enfermedad física o no se logran explicar por ella. (Romero et al., 2017).

Los trastornos conversivos en la población infantojuvenil presentan una alta complejidad, en la práctica pediátrica, esto se debe a la dificultad para llegar a comprender una enfermedad que presenta síntomas alarmantes, similares en apariencia, pero que tras estudios clínicos se concluye que no padece, sino que más bien tiene relación con un sufrimiento emocional. (Vásquez Rojas, Silvestre, & Escobar Sánchez, 2010). En los adolescentes se han encontrado la influencia de factores como la procedencia rural, la pobreza y elevadas exigencias en cuanto al rendimiento académico o deportivo. (R. Shaw & DeMaso, 2010). Con respecto a la etiología hay estudios que demuestran que existe una relación entre la sintomatología conversiva y la sintomatología ansiosa. (Nicholson, Stone, & Kannan, 2011). La ansiedad puede llegar a ser una de las causas para la presentación de síntomas somáticos, esto se debe a la intervención de importantes fenómenos psicológicos de supervivencia que suelen intervenir en la regulación del estado interno del organismo y en la capacidad de respuesta al ambiente ante una agresión. (Duque, Vásquez, & Cote, 2015).

En cuanto al tratamiento del trastorno conversivo dentro de la *pediatría*, existen escasos estudios que además presentan una serie de limitaciones metodológicas que en la mayoría de los casos no ayudan a la diferenciación entre los diversos tipos de tratamiento y la efectividad que posee cada

uno. Sin embargo vemos conveniente conocer algunas de las terapias que en psicología han sido utilizadas para este trastorno. (Romero et al., 2017).

2.1.1 El trastorno conversivo desde la Perspectiva Psicoanalítica

La *corriente psicoanalítica* ha sido una de las principales ramas dentro del estudio de la Psicología Humana, el hablar de psicoanálisis es hablar de la figura de Sigmund Freud (1856 – 1939), quien fue un médico y creador de dicha corriente. En sus aportaciones encontramos contribuciones hacia diversas enfermedades mentales, siendo la neurosis uno de sus principales objetos de estudio, sin embargo también realizó estudios acerca de la histeria. Una de las más grandes afirmaciones de Freud es que un acto psíquico, incluso un sueño o un síntoma, está provisto de un sentido, y que todo acto psíquico comienza de manera inconsciente.

Ellenberger en (1976), relató que posiblemente Freud trató a sus primeros pacientes basándose en técnicas de *sugestión hipnótica* de Bernheim, esto se dio mediante la comprensión, apoyo y agregando algunas de las enseñanzas de Moritz Benedikt quien hablaba de una segunda vida; la que estaba conformada por ensueños, deseos reprimidos y ambiciones de tipo conscientes. La primera vez que se habla de la psicoterapia freudiana, es en la obra de “Estudios sobre la Histeria”, junto a Breuer. (Espada, Menchaca, & Gutiérrez, 2014)

En la actualidad el trastorno de histeria ya no se conoce como tal, si no pertenece a los trastornos somatomorfos en el DSM V; con anterioridad el tratamiento que se conocía para este trastorno era la utilización de ungüentos que se aplicaban en las zonas afectadas. La etiología afirmaba que esta enfermedad era más frecuentada en las mujeres, lo que tenía relación con la falta de relaciones sexuales y que esto producía un resecamiento en la matriz del útero, en el caso de las mujeres solteras, se recomendaba la contracción de matrimonio inmediata. (Veith, 1973).

El *psicoanálisis* busca lazos, que aún están desconocidos, entre el síntoma y la manifestación exterior de un problema, y el evento ocasionador al cual debe estar ligado, con este se descubría lo que Freud decía: *“los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras al afecto”*. (S. Freud & Breuer, 1995).

El estudio de la neurosis ayudo a Freud a crear un nuevo concepto, afirmando que en el caso de un neurótico, este paciente es aquel que recuerda hechos del pasado que creía olvidados, pero dichos recuerdos no están disponibles en la conciencia del paciente, y el trabajo del terapeuta, era ayudar a devolver esos recuerdos con el afecto ligado a la conciencia del paciente. (S. Freud, 1995). Así Freud llego a suponer que el lugar de alojamiento de dichos recuerdos no podía ser la conciencia en un estado llamado “normal”, y que por lo tanto la hipótesis, era una conciencia segunda, término que le otorgo en ese tiempo a lo que hoy se conoce como inconsciente. (Marchant, 2000). Quedando así el paciente en una situación de imposibilidad frente al síntoma, ya que se ve afectado por una causa desconocida, dificultando el tratamiento, debido a que el paciente no tiene acceso, al menos de manera consciente, a lo factores que actúan en la producción de síntomas.

De esta manera iniciaron las investigaciones de nuevos caminos para los síntomas histéricos, los cuales se decía que eran alteraciones de conflictos psíquicos en una intervención somática, ya que su expresión no correspondía al funcionamiento de una estructura anatómica como sucede en las enfermedades de tipo orgánicas. El dinamismo de la teoría de Freud ayudo a cuestionar posteriormente acerca del origen traumático de la histeria, donde afirmó que no era completamente necesaria la intervención de un evento sucedido realmente, sino que este podía ser fantaseado o real y de igual manera provocar un efecto. Fue ahí donde Freud se dio cuenta que este lugar en

donde se alojaban los recuerdos traumáticos no podía ser un estado secundario de la conciencia, esto lo llevó al descubrimiento de *lo inconsciente*, que era un lugar con características diferentes a las de la conciencia como: la no – temporalidad, la ausencia de contradicción, etc. (Marchant, 2000).

En un caso de histeria, el paciente suele desconocer las causas que le provocan síntomas físicos, pero Freud luego de diversas observaciones a pacientes logro descubrir que aquellos recuerdos que provocaban los fenómenos histéricos se conservan con gran nitidez en el paciente, sin embargo, este no puede disponer de dicho recuerdo con la facilidad que lo hace con otros. Freud afirmaba que estos recuerdos podían florecer gracias a la hipnosis, que consiste en un estado de sugestionamiento por parte del terapeuta al paciente, en donde se realiza un interrogatorio para conocer el origen del trastorno. (S. Freud, 2006).

Jung (1902), describe un caso de estupor histérico, en donde cita a Freud y Breuer, identificando que su paciente presenta un caso de conversión histérica, ya que estos autores creían que cada persona presenta un umbral, y que cuando este se excede se presenta la histeria. En este caso, la conversión era profunda, y provenía del deseo de la paciente por no querer recordar, no querer saber, al sufrir esta desconexión, fue cuando se provocó una disociación, y posteriormente fue sometida a la hipnosis para su recuperación. Existen diversos casos en los que la patología inicia con una idea cargada afectivamente, esta presentación automática de los síntomas histéricos, ayuda en la explicación de su falta de conciencia; debido a que no intervienen procesos conscientes, el complejo inconsciente puede completar de manera perfecta su acción. Jung llega a concluir que los pacientes histéricos no mienten, incluso si lo que llegan a decir no es verdad en un sentido estricto; en donde se presenta una histeria, se debe tomar en cuenta el término simulación con cuidado, para que no se presenten malentendidos. (Quiroga, 2015).

Jung (1900 – 1909), da una clara definición de la patología histérica, con relación a la existencia del inconsciente: *“La mayoría de las personas histéricas están enfermas porque poseen una gran cantidad de recuerdos muy cargados afectivamente y profundamente enraizados en el inconsciente, los cuales no pueden ser controlados y tiranizan la mente consciente y la voluntad del paciente”*. (Quiroga, 2015). En 1905, Jung hace un descubrimiento, en donde afirma que cada paciente histérico presenta un complejo reprimido, y propone el test de asociación como una buena manera de identificar este complejo, al mismo tiempo se logra comprobar la hipótesis de que la represión se presenta en la histeria. Pero en 1906 Jung, publica su *Teoría de la histeria*, en donde mantiene su postura con respecto a la definición que le dio a la histeria, y afirma que no debe generalizarse la idea de que esta patología se deriva de fundamentos sexuales. (Quiroga, 2015).

Al hablar de la terapia para la histeria, existe la hipótesis de que existe la unión de los postulados freudianos y jungianos, del cual se puede comenzar a hablar de un método analítico semejante al de Freud. Se empezaron a utilizar términos como el de experimento de asociación en vez de asociación libre, para la identificación del síntoma y así conseguir un ahorro considerable en tiempo y eficacia. Analizar de manera detallada los contenidos del síntoma para así deshacer la represión y recuperar la energía. Hacer que los contenidos del complejo salgan a la conciencia, aceptando las ideas que habían sido reprimidas. No nos debemos enfatizar plenamente en la abreacción, sino más bien en la posibilidad de recuperar energía y fortalecer la voluntad que provoque sensación de que se ha adueñado de ideas que antes solamente aparecían en el complejo. (Quiroga, 2015).

Quiroga (2015), nos dice que Jung propone una terapia menos libre y más estructurada, con trabajo y objetivos concretos y sistemáticos que se centran en reforzar el complejo del yo, no solo basta la confesión, ni la abreacción, el trabajo psicoterapéutico va más allá, apelando a la energía y a la voluntad.

Al igual que Freud, Lacan nos habla acerca de la histeria, pero sin embargo, el da una concepción diferente a la del padre del psicoanálisis, dejando a un lado el concepto de conversión, Lacan le da uno propio, en el cual dice que el síntoma histérico, es una desintegración de una función sintomática que está localizada como una parálisis, su sentido está basado en el simbolismo organomórfico (lo que es una estructura fundamental del psiquismo humano según Freud). (Lacan, 1932).

En este período Lacan habla de otras tres indicaciones sobre la histeria, que al parecer son menos relevantes en la familia.

- Cuando se presentan los síntomas de histeria y obsesión, y estos son el resultado de accidentes que se dan en el desarrollo sexual, se habla de “seducción” para la histeria y “revelación” para la obsesión.
- Se decía que después de una obsesión se presentaba una histeria, sin embargo, ambas recaen sobre dos aspectos del drama existencial: la “asunción de la separación” y la “identificación del yo.
- Por último, no se puede generalizar sobre cuáles son las causas de los síntomas neuróticos, sin embargo, quizá se deba indicar que exista una ambivalencia para la neurosis obsesiva y una homosexualidad para la histeria. (Lacan, 1938).

Dentro de la histeria, la identificación viril cumple un papel muy importante en la identificación de esta, sin embargo, en la mujer encontramos una desventaja que es en cuanto al acceso de identidad hacia su propio sexo, y también a su sexualización como tal, esto al mismo tiempo puede convertirse en una ventaja en la histeria, gracias a la identificación imaginaria con el padre, al que puede acceder debido a su lugar en la composición del Edipo. (Lacan, 1955).

Para Lacan, la mujer histérica, suele identificarse de manera imaginaria con el hombre para, desde ese punto, poder hacer el intento de responder acerca de que es ser mujer por medio de la mirada masculina. (Lacan, 1951). Otro componente que se presenta en la histeria, mencionado por Lacan, es el deseo insatisfecho, el cual trata de lo siguiente: el deseo suele distinguirse de lo que demanda, porque no se enfoca precisamente en un objeto de satisfacción, sino que a otro deseo, es decir se trata de un deseo de deseo. De esta manera, la insatisfacción es intrínseca, pero cabe recalcar que dicha insatisfacción se presenta en el histérico de dos formas.

- Como primer punto, aparece un deseo insatisfecho para así no quedar sometido a la demanda del Otro.
- Pero a diferencia de la primera, insatisface al Otro para así lograr sostener su deseo.

La necesidad del sujeto de crearse un deseo insatisfecho, es una condición para que así se constituya para él un Otro real, es decir, que no sea del todo inherente a la satisfacción recíproca de la demanda, a la completa captura del deseo del sujeto por la palabra del Otro. Como resultado, podemos decir que el deseo de una histérica, no es el deseo de un objeto sino más bien es el deseo de un deseo, el paciente con histeria se esfuerza por mantenerse frente a un punto en donde ella convoca a su deseo, este punto en donde se encuentra el deseo del Otro. (Lacan, 1999). Además Lacan, hace menciones a la posición del padre en la histeria, en relación con el deseo insatisfecho. Vuelve a resaltar, que el deseo siempre es el deseo del Otro: el deseo en la histérica, que suele hacerse manifiesto de manera resaltante en la observación, es sostener el deseo del padre: hace mención al caso Dora; relata que ella necesita que se conserve un vínculo con aquel elemento tercero que le permita ver la permanencia del deseo, de todos modos insatisfecho: tanto el deseo del padre que ella favorece de manera impotente, como el suyo, por no poder realizarse como el deseo del Otro. (Lacan, 1987).

Lacan en uno de sus seminarios, menciona acerca del goce de la privación, en esta perspectiva, la histeria se caracteriza por el robo del goce. La histérica se excluye del goce sexual, que no existe pero llega a suponerlo como absoluto, y se aleja del lugar en donde es vista como un objeto de goce. De esta manera la persona goza de la privación del goce, pero sobre todo llega a gozar de ser un objeto de insatisfacción, es decir, de sostener el deseo del Otro. (Soler, n.d.). Se dice que la histérica promueve la castración en el Nombre del Padre simbólico respecto del cual se plantea como queriendo ser, en última instancia, su goce. Debido a que este goce no puede ser alcanzado ella rechaza cualquier otro, que con respecto a esa relación absoluta que quiere plantear, suele tener un carácter de disminución, lo que por otra parte es verdad por no ser más que externo, por estar solamente en el plano de la suficiencia o insuficiencia. (Lacan, 2008).

En un planteo discutido en uno de los Seminarios de Lacan, él habla acerca de la relación en cuanto al padre con la histeria. Examinando el lugar del padre en la histeria, Lacan compara su posición significativa, que otorga cierta objetividad con el padre real, por lo general bastante carente. Tanto en el caso de Dora como en otros hablados en *“Estudios sobre las histerias”*, se destaca que el padre es un hombre castrado en cuanto a la potencia sexual, así es que se le atribuye una asignación simbólica, equivalente a decir que el padre no es solo lo que es, sino que es conocido como un título. En un campo simbólico en donde el padre ocupa un papel de amo para la mujer histérica, sostiene una posición con respecto a la mujer aunque este no esté presente, esto se trata del padre idealizado. (Lacan, 1992).

A ese padre, impotente e idealizado, el paciente histérico lo ama, esto es a lo que Lacan llama el síntoma de la armadura del padre. La diferencia entre una histérica y yo dice Lacan es la siguiente: *“Quien, a fuerza de tener un inconsciente, lo unifico con mi consciente, es que la*

histórica esta sostenida en su forma de garrote por una armadura, distinta de su consciente, y que es su amor por su padre”. (Lacan, 1977).

Si bien se ha dado un concepto al término de histeria, cabe recalcar que el eje principal de su abordaje se lo debemos a Sigmund Freud. En balance Lacan también ha elaborado sus propios conceptos, los cuales relacionan a la histeria con la modalidad subjetiva y una forma de discurso.

2.1.2 El trastorno conversivo desde la Perspectiva Cognitivo Conductual

Al hablar de terapia cognitivo – conductual (TCC), se formulan intervenciones que tienen por objeto la reducción del malestar psicológico y conductas desadaptativas, esto se realiza mediante la modificación de los procesos cognitivos.(Kaplan, Thompson, & Searson, 1995). Esta terapia basa su teoría, diciendo que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos), se constituyen en gran parte como el producto de las cogniciones (lo que pensamos), y que en conclusión las intervenciones de tipo cognitivo – conductual pueden llegar a realizar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar. (Kendall & Chansky, 1991).

A lo largo del tiempo han venido evolucionando los fundamentos teóricos acerca de la TCC, encontrando como una de las primeras influencias a la de Pavlov, quién desarrollo la teoría del condicionamiento clásico, el cual consistía en que las respuestas que se presentaban de manera natural (en este caso la salivación) podían tener una asociación (condicionamiento) a estímulos específicos (el sonido de una campana). De igual manera Skinner (1974) fue uno de los principales influenciadores de esta corriente, quien destacó el papel que tienen las influencias ambientales sobre la conducta, a esto se le conoce como condicionamiento operante, el cual centra su estudio en la relación que existe entre los antecedentes (condiciones del contexto), consecuencias (es decir, el refuerzo) y por ultima la conducta; en conclusión hace referencia a que una conducta determinada

aumenta su frecuencia por el hecho de presentarse luego de una consecuencia negativa o positiva, por lo que dicha conducta ha quedado reforzada. (Stallard, 2007).

Se ha dado una gran importancia a la aplicación de la TCC a niños y adolescentes, esto se debe a que existe una serie de estudios que han concluido que la TCC es una intervención prometedora y eficaz, cuando se trata de problemas psicológicos infantiles. (Kazdin & Weisz, 1998; Target & Fonagy, 1996; Wallace, Crown, Cox, & Berger, 1995). Dicha terapia ha demostrado su eficacia en trastornos como: ansiedad generalizada, trastornos depresivos, problemas en las relaciones y fobia social, fobias simples, absentismo escolar, abusos sexuales, así como en la manera de afrontar y superar el dolor. (Stallard, 2007).

Dentro de los trastornos mencionados con anterioridad se encuentran: la ansiedad, y las fobias, para los cuales existe una técnica dentro de la TCC eficaz en su tratamiento. Se trata de las técnicas de exposición, que tienen como objetivo el mostrar un estímulo temido, y se diferencian en cuanto a algunas características.

- En la forma en cómo se presenta el estímulo temido: sea de manera real o simbólica.
- En cuanto a la intensidad de la presentación (Inundación vs exposición gradual).
- En el tiempo en el que dure la presentación.
- En la frecuencia con que se realicen las presentaciones. (Ruiz Fernandez, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012).

Pese al gran éxito que tuvieron las técnicas de exposición en imaginación (Desensibilización Sistemática), en la actualidad se han visto mejores resultados con la exposición en vivo, ya que es un procedimiento más breve debido a que no es necesaria la intervención de una respuesta incompatibles con la ansiedad, tampoco se hace uso de alguna técnica de relajación, ni el

entrenamiento en imaginación (que en varios pacientes era completamente necesario), tampoco se usa la elaboración ni el seguimiento de una jerarquía de un estímulo ansiogénico que pueda alargar el tratamiento. (Ruiz Fernandez et al., 2012).

Además las formas de exposición más utilizadas y factores moduladores de su eficacia, son las siguientes:

- **Exposición en vivo:** esta técnica consiste en que el contacto con la situación o estímulo sea de manera directa, gradualmente, en donde el paciente entre en contacto desde que inicie con situaciones que generen altos niveles de ansiedad, en este caso la exposición toma el nombre de *inundación*. La eficacia de esta técnica es mantenerse en contacto con el estímulo hasta que el paciente logre reducir su ansiedad a la mitad, o incluso sería más favorable que llegará a obtener un puntaje de 2 en una escala subjetiva de ansiedad que va de 0 a 8. (Bados & García, 2011). Las sesiones suelen tener una duración de una hora o más, este tiempo está más relacionado con una exposición prolongada, que con una reducción de la ansiedad, pues, aun esta debatida la idea de que la reducción de ansiedad debe ser prioritaria, a diferencia de la exposición prolongada la cual permite un nuevo aprendizaje lo que es imprescindible. El paciente debe mantener el contacto con el estímulo aun cuando sus niveles de ansiedad se hayan incrementado notablemente, e incluso si el paciente llegase a presentar un ataque de pánico, no es recomendable suspender, sin embargo, en caso de que el paciente no pueda continuar, la suspensión debe ser temporal y rápida. Si los niveles de ansiedad incrementan moderadamente, puede ser útil que el paciente utilice otras técnicas como la respiración diafragmática, auto – instrucciones, procesos cognitivos breves como la reatribución de sensaciones, o la distracción. La distracción es una técnica que es utilizada como una retirada temporal y no tiene

repercusiones negativas sobre los resultados, esto se logra siempre y cuando la atención sea redirigida de manera inmediata al estímulo temido. (Ruiz Fernandez et al., 2012).

- **Exposición simbólica:** está se diferencia de la anterior, debido a que el contacto con el estímulo no debe ser de manera real si no que se puede dar a través de representaciones mentales (imaginación), visuales (fotografías, dibujos, películas), estímulos físicos auditivos (grabaciones), o mediante programas de realidad virtual. Este tipo de exposición se diferencia de la Desensibilización Sistemática, debido a que a pesar de que las dos utilizan la imaginación para acercarse al estímulo, en la exposición a la imaginación no se utiliza un medio de supresión (relajación) cuando se presenta la ansiedad. (Ruiz Fernandez et al., 2012). Esta técnica puede ser muy útil en casos en los que el acceso al estímulo temido no sea accesible (como por ejemplo en el medio a las alturas). De igual manera en casos en los que el paciente necesite facilitar el acceso a la exposición en vivo. (Echeburúa & Corral, 1993).
 - **Exposición a través de la realidad virtual:** es un tipo de exposición simbólica, ya que si bien las representaciones no son objetos reales, simulan serlo mediante un programa de ordenador que integra gráficos e imágenes en tiempo real. Este procedimiento tiene varias ventajas sobre la exposición en vivo en aquellas circunstancias en donde es difícil el acceso al estímulo temido, o cuando el paciente muestra un rechazo a la exposición en vivo. En cuanto a las aplicaciones en la clínica esta técnica ha ganado atención dentro del tratamiento en las fobias en las alturas, volar, siendo esta más eficaz en la Desensibilización Sistemática en estos trastornos. Además como se mencionó con anterioridad en el caso de fobia a volar esta técnica

junto a la Terapia Cognitiva potencia los efectos de la misma. (Choy, Fyer, & Lipsitz, 2007)

- **Exposición en grupo:** hace referencia a la planificación y evaluación en un contexto grupal, sin embargo, se mantiene la ejecución de la exposición de manera individual. Una de las ventajas es que ayuda a optimizar tiempo de la intervención, ya que permite manejar de manera conjunta a aquellos pacientes que presenta problemas similares y que se benefician de la experiencia y retroalimentación de otros pacientes con sus mismas dolencias. Esta técnica es útil cuando los pacientes les hace falta apoyo social o presentan relaciones conflictivas con sus allegados, en estos casos el efecto motivador otorgado por el grupo puede ser de gran ayuda al momento de realizar tareas individuales de exposición. (Ruiz Fernandez et al., 2012).

En un estudio realizado en el 2018 en diferentes instituciones en la ciudad de Londres, acerca de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual de los Síntomas Neurológicos Funcionales en niños y adolescentes, en donde la muestra fue de 22 participantes (13 hombres y 9 mujeres), con edades comprendidas entre los 6 -17 años siendo la media 14,5. Se explicó uno de los casos: un adolescente de 16 años que presentaba ataques no epilépticos psicogénicos para los cuales se realizó una serie de sesiones basadas en la terapia cognitivo conductual, debido a que al parecer presentaba además un ansiedad social, sin embargo la familia y el paciente sentían que no le gustaban los entornos sociales debido a la preocupación por las convulsiones. Durante las sesiones Sam y su terapeuta idearon experimentos conductuales, es decir tareas de exposición, que se practicarían todos los días en casa, trabajo y en la escuela, logrando una gran mejoría en cuanto a su padecimiento, sin embargo esto no asegura que para todos los pacientes la misma terapia sea eficaz. (McFarlane et al., 2019).

2.2 La conversión desde la Perspectiva Psicodinámica.

La terapia psicodinámica, también conocida como psicoterapia dinámica, es un enfoque terapéutico que basa su teoría en las aportaciones del psicoanálisis clásico, cuyo representante fue Sigmund Freud. A pesar de que las dos corrientes presentan similitud en cuanto a sus concepciones, la terapia psicodinámica se diferencia del psicoanálisis en varios aspectos, como: frecuencia de las sesiones (una a dos veces por semana), el tratamiento puede darse en un periodo de tiempo ya sea limitado o ilimitado. (Shedler, 2010).

Este nuevo modelo de psicoterapia, fomenta la curación de los síntomas y procesos psicológicos, mediante el uso de la palabra, recuerdo, la asociación, y además a través de la relación terapéutica. En Estudios sobre la Histeria, se manifiestan los primeros sistemas de psicoterapia freudiana, en donde Freud sigue con el método catártico, el cual fue una técnica aplicada por Breuer, quien a su vez lo tomó de Pierre Janet. En el momento en el que Breuer (1842-1925), aplicó la hipnosis en el caso de Anna O., complementándola con estrategias de asociación e implicando la relación terapéutica, fue en el momento en el que aparecía una nueva forma de tratamiento, que es la Psicoterapia. Gracias a esta labor, y a algunas otras de las cuales no quedaron registros documentados, es que debe considerarse a Joseph Breuer como el iniciador de la psicoterapia contemporánea, a pesar de que el psicoanálisis incorpore esta terapia como propia. (Hirschmüller, 1989).

Dentro del tratamiento psicoterapéutico se utilizó la relajación física, que fue una técnica precursora de la del diván. Freud quien además presentaba dificultades en cuanto a la aplicación del método hipnótico, solía pedir a sus pacientes que:

- Cerrarán los ojos.

- Se mantuvieran concentrados y relajados
- E incluso en algunas ocasiones, ponía su mano sobre la frente de sus pacientes, y aseguraba que era una técnica que ayuda en la evocación de los recuerdos que ya habían sido olvidados. (S. Freud, 1912)

Freud (1904), a petición de Loewenfeld describe su método terapéutico: el paciente se reclinaba sobre el diván, pero ya no es necesario que cierre los ojos; el terapeuta se sienta detrás y ya no frente a él, tampoco le pone la mano sobre la frente. En ese momento el método de la asociación libre ya estaba formulado de una manera clara, definiendo que se trata de: que el paciente debía expresar todo lo que viniese a su mente, independientemente de si es algo absurdo, inmoral o penoso. (S. Freud, 1904). Luego de un año expuso el Caso Dora, en donde pudo mostrar la interpretación de los sueños dentro de la psicoterapia y se encontró con uno de los mayores obstáculos para la curación que fue la transferencia. (S. Freud, 1905).

El *psicoanálisis* apareció como una de las técnicas para la superación de las histerias y además como una superación de las técnicas hipnóticas. Aliviar secretos penosos mediante la confesión verbal, explorar deseos frustrados, mejorar en los síntomas mediante una toma de conciencia de sucesos y contenidos, todo esto ya era conocido con anterioridad. Pero lo que caracterizó al psicoanálisis fue la conjunción de todos estos elementos que se relacionaron con una teoría del psiquismo (psicoanalítica), y además con un propósito terapéutico, que depende de la experiencia particular de cada terapeuta y paciente en el recorrido dentro de un proceso, cuyo objetivo es: hacer consciente lo inconsciente, lo que es el primer modelo para la curación. (Espada et al., 2014)

En un artículo escrito en la Revista Chilena de Neuropsiquiatría realizado a pacientes (niños y adolescentes), que presentan trastornos somatomorfos y conversivos, se habla acerca del enfoque

psicodinámico en el trastorno mencionado. Del cual nos dicen lo siguiente: los trastornos somáticos tuvieron un predominio a mediados del siglo XX, apareciendo como resultado de una falla emocional adaptativa como consecuencia de conflictos intrapsíquicos que no se han resuelto según el grado de desarrollo infantil. Es por lo que en niños mayores de cinco años aparecen síntomas conversivos cuando, determinados impulsos rechazados por el yo son convertidos en una diversidad de síntomas psicofisiológicos que se encuentran asociados a la parte sensorio – motora, mostrando como rasgos distintivos la sensibilidad a la interpretación por parte de la psicología y presentando un significado simbólico oculto. Estos niños suelen identificarse con personas relevantes en sus vidas, a lo que llamamos identificación histérica, en donde podemos encontrar síntomas físicos iguales a los que presentan sus padres. Desde la perspectiva psicoanalítica se han hablado de diferentes teorías como la de las relaciones objetales y también la patogénesis de los fenómenos tempranos de apego y vínculo. (Arancibia, Sepúlveda, Martínez-Aguayo, & Behar, 2016; Guevara & Vasquez, 2012; Verhaeghe, Vanheule, & De Rick, 2007).

La autora de las relaciones objetales fue Melanie Klein, quien mantuvo su interés en cuanto al abordaje de las angustias, para Klein detrás de la angustia se encuentra la *fantasía inconsciente*, mientras que Freud decía que la angustia era una condición que se producía por la tensión, como consecuencia de un conflicto. Klein en cambio propone que la asociación libre no es un técnica aplicable en niños, debido a la presencia de la gran angustia infantil, y sin embargo habla de enfatizarse en cuanto a las fantasías negativas (agresivas, destructivas, etc.) del niño. (Espada et al., 2014).

Cuando Klein inserta su nueva técnica del juego, pudo inferir acerca de las fantasías que operaban en el inconsciente infantil, lo que dirigía su conducta. Esta *fantasía inconsciente* se define como una expresión mental de instintos que está presente desde el comienzo de la vida. (Espada et

al., 2014). Sin embargo, mientras que el psicoanálisis ortodoxo hablaba acerca de la existencia o bien de la realidad o fantasía, Klein y sus seguidores propusieron que la fantasía inconsciente estaba junto a las experiencias de realidad, de modo que la actividad psíquica esta sobre las bases de las relaciones fantaseadas con objetos. (Segal, 1993).

Klein mantiene su posición acerca de que las fantasías al principio son de carácter agresivo y están principalmente orientadas a objetos parciales de una madre fantaseada como dividida en partes gratificantes pero a la vez frustrantes, para a continuación dirigirse a otros objetos relacionales. Además la fantasía puede considerarse como una defensa, tanto contra una realidad externa como una interna. (Espada et al., 2014). Klein es considerada como la fundadora de la *Teoría de las Relaciones Objetales*, ya que toda su teoría habla acerca de la importancia del objeto externo. No obstante, Klein pone toda su atención en la dinámica interna del individuo y los conflictos con sus objetos internos y con la pulsión de muerte. Tal como señala Hinshelwood (1989), el objeto interno es: *Una experiencia o fantasía inconsciente de un objeto concreto localizado físicamente en el interior del yo (cuerpo) por vía de los mecanismos de defensa, que tiene sus propios motivos e intenciones hacia el yo y hacia otros objetos*". (Hinshelwood, 1989).

Al fin y al cabo, el objeto interno hace referencia a una experiencia de un objeto que está situado en nuestro interior, este se forma de las experiencias que presenta un objeto externo, pero de una manera modificada, se podría decir pues que se expresa, mediante el mecanismo de la proyección. Para Klein el niño ya presenta una relación con algunos objetos que muestran una excepción en cuanto al yo desde su nacimiento; esta relación viene de una aptitud innata del niño para la interpretación de sensaciones corporales acerca de objetos buenos (sensaciones placenteras) u objetos malos (sensaciones de displacer). Dichos objetos internos, se presentan como imágenes distorsionadas de objetos reales (padres externos), quienes se establecen no solamente en el mundo

externo, sino que además mediante un proceso se incorporan también en el Yo. Obtener un objeto interno bueno y estable con el cual logremos identificarnos, es el fundamento de una personalidad estable y segura a lo largo de la vida. De esta manera el bebé que tiene una madre que le ayude a introyectar una relación de objeto de una manera positiva y segura, presenta cimientos para obtener un desarrollo emocional adecuado y poder construir un Sí mismo fuerte y diferente. (Espada et al., 2014).

Es importante mencionar que durante el periodo de prácticas preprofesionales de la Universidad del Azuay 2009-2010, realizadas en el Hospital “José Carrasco Arteaga” una estudiante realizó un estudio en donde da a conocer que en el 2007-2008, de 58 pacientes atendidos por el departamento de Psiquiatría y Psicología, el 12% (7 pacientes) presentaban trastornos somatomorfos, además hace referencia a la terapia utilizada en los trastornos conversivos, atendiendo un total de 5 casos de mujeres, comprendidas entre los 13-40 años con dicho padecimiento, obteniendo resultados favorables en cuanto a la aplicación de la psicoterapia dinámica en trastornos conversivos, a pesar de disponer de poco tiempo en cuanto al acompañamiento psicoterapéutico. Esto se logró también gracias a conceptos psicoanalíticos básicos, ya que de esta manera el paciente soluciona sus conflictos psíquicos gracias a la verbalización de los mismos, junto con la descarga afectiva. Se puede deducir que las teorías freudianas se encuentran vigentes hasta la actualidad, al relacionar a la histeria con problemas de carácter sexual, y además la psicoterapia dinámica, quien incluyo la asociación libre dentro de su tratamiento, haciendo que terapeutas en la actualidad hagan practica de esta técnica obteniendo resultados positivos. (Delgado Moreno, 2010)

2.3 La relación entre la conversión y el complejo de Edipo no resuelto

El complejo de Edipo hace referencia a una serie de elementos teóricos, como: metáfora paterna, lo real, lo simbólico, lo imaginario, el falo, la represión originaria, el deseo y las formaciones del inconsciente. Todos los conceptos mencionados con anterioridad son parte del discurso psicoanalítico, y el complejo de Edipo es el acceso más conveniente para comprender el inconsciente, al que este dirigido a la práctica analítica. (García & Rivarola, 2016).

Pero es importante mencionar a que hace referencia el complejo de Edipo, es un sentimiento de deseo que muestra el niño por su madre y odio hacía el padre. Este odio se presenta debido a que el niño ve a su padre como un competidor por quien consigue el cariño de la madre, y la manera de expresar sus sentimientos son: enojos, rabietas y comportamientos de desobediencia. (García-Allen, 2019).

Cabe recalcar acerca de la importancia que Freud y Breuer le dieron a la sexualidad en la patogénesis de las histerias, haciendo énfasis en que juegan un papel importante como fuente de traumas psíquicos e incluso se presentan como defensas. La atención estará presente en el factor accidental o traumático, de manera específica en el trauma sexual, que está comprendido como el dominio seductor de un adulto hacia un niño o niña. La teoría de la seducción es vista como una hipótesis psicopatológica, en donde la histeria presenta un origen traumático que está centrado en la seducción sexual, en el cual el padre se presenta como uno de los agentes provocadores, sin embargo, no exclusivo. Freud planteara en *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*, acerca del origen de los síntomas histéricos que se presentan en traumas sexuales infantiles, que están producidos por los adultos sobre los niños. (Sigmund. Freud, 1896).

En las cartas que Freud le escribe a Wilhelm Fliess, indaga acerca de las hipótesis psicopatológicas, para perfilar acerca de las concepciones que se tienen de las figuras paternas. En el Estudio de la Histeria Freud habla del padre como una autoridad, como un modelo idealizado que está presente en las elecciones amorosas de la histeria, lo que muestra altas exigencias sobre el amor, humillación ante la presencia del hombre amado o ideales que son imposibles de cumplir que suelen presentarse como obstáculos para la realización del matrimonio. Así Freud, intenta formular una teoría universal acerca de la histeria, diciendo que las histéricas tendrían a un padre perverso. (S. Freud, 1985).

En unas cartas que le escribe más tarde a Fliess, habla acerca de la teoría de la seducción y su creciente apego hacia la teoría del complejo de Edipo, en donde explica el caso del niño varón que se enamora de la madre y presenta celos hacia el padre. Para Freud los síntomas de la histeria pasan a ser, represiones del complejo de Edipo. (S. Freud, 1950).

Freud retoma las nociones edípicas cuando estudia el caso Dora, quien era una persona muy apegada a su padre, mientras que con la madre presentaba conductas que eran inamistosas e incluso desobedientes. En este caso es en donde Freud dice que la cura consistirá en la resolución de este complejo de Edipo, esto significa, realizar un desasimiento libidinal con respecto a su figura paterna, que en este caso se había transferido también a la figura del analista. (S. Freud, 1905).

Para Freud el complejo de Edipo es una estación culminante en cuanto a la sexualidad infantil y como pieza clave para la presentación de una neurosis. La tarea principal de todo ser humano, Freud dice que es la de dominar el complejo de Edipo, es decir desestimar fantasías incestuosas que constituyen al mismo. La persona que no logre cumplir con esta tarea, será presa de la neurosis. (León, 2013).

CAPÍTULO 3

SÍNTOMAS SOMÁTICOS DE LA PROSOPAGNOSIA SECUNDARIOS AL BULLYING

Como parte de la clasificación de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, se encuentran los trastornos de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), el cual está dentro de la clasificación de los trastornos somatomorfos, para lo que es conveniente diferenciar los términos somatización o hipocondría. Conceptualizando a la somatización como un proceso complejo, cognitivo, afectivo y conductual, en donde el paciente, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimenta y comunica diversos síntomas físicos atribuyéndolos a una enfermedad médica y buscando ayuda para aliviarlos, a diferencia de la conversión, que hace referencia al proceso en el cual una persona transforma de manera involuntaria un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos, el paciente no los finge para buscar beneficios externos. (Ponce & Nielsen, 2017).

El inicio de un *trastorno conversivo* puede tener asociación con estrés y trauma, ya sea que éste se presente de manera psicológica o física, esta patología a menudo se asocia con síntomas disociativos, como la despersonalización, desrealización y la amnesia disociativa. Encontramos factores de riesgo temperamentales, los cuales están asociados a rasgos de personalidad desadaptativos. Los factores ambientales en donde se pueden encontrar antecedentes de abuso y negligencia en la infancia. Este trastorno es tres veces más frecuente en mujeres. (Association, 2014).

En las últimas décadas, ha habido un incremento en la prevalencia de Trastornos somatomorfos, en el área clínica, la conversión es un proceso en el cual una persona transforma involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos, usualmente en el sistema motor voluntario, sensitivo y ambos. (Ponce & Nielsen, 2017). Una investigación realizada en el Hospital de niños de Boston en el departamento de Psiquiatría, reveló que de la muestra total de 282 pacientes (edades comprendidas entre 12 – 22) el 70% presentaron quejas somáticas siendo

víctimas de bullying según los cuestionarios aplicados a los padres. (Ibeziako, Choi, Randall, & Bujoreanu, 2016).

Pero para poder entender acerca de una posible relación entre los síntomas conversivos y el bullying es necesaria la explicación de los conceptos básicos del mismo, haciendo énfasis en las graves consecuencias que puede presentar un adolescente cuando es víctima de acoso escolar.

3.1 Bullying

Con frecuencia, los autores suelen dar una diferenciación entre el término violencia y acoso, sin embargo se debe establecer una diferencia entre estos dos términos:

- **Violencia escolar:** cuya característica es que la presencia de maltrato, acoso, agresión no son repetitivos.
- **Bullying / acoso escolar:** a diferencia de violencia escolar, en el bullying, la presencia de maltrato, acoso y agresiones se presentan de manera repetitiva, con el objetivo claro de perjudicar o hacer daño hacia la otra persona, impidiendo que esta se defienda y con el riesgo de que pueden generar graves consecuencias. (Wanceulen Ferrer, 2016).

Sharp & Smith (1994), dan otro concepto al bullying o acoso, diciendo que es un tipo de comportamiento agresivo, preconcebido, duradero y que se presenta de manera continua, en donde es dificultoso que los acosados logren defenderse por sí mismos. (Smith & Sharp, 1994). Sin embargo, es necesario conocer que para que se considere bullying debe cumplirse con las siguientes características:

- La intención de hacer daño por parte del acosador, la cual se lleve a cabo.
- La conducta presentada por parte del acosador, debe hacer daño al acosado sea: físico, verbal, emocional o social.
- El deseo por parte del acosador de querer hundir al acosado. Por lo general, el acosador, suele tener más fuerza tanto en lo físico, verbal o social. El acosado siente que es incapaz de defenderse.
- Casi siempre, la acción no suele tener justificación.

- La conducta debe ser repetitiva, los actos se presentan de manera reiterada y son sistemáticos.
- Que el daño llegue a producir en el acosador una sensación de satisfacción y poder, y el acosado pueda llegar a sentir intimidación, vergüenza y ofensa.
- Que la conducta se siga presentando, debido a que el acosador, tenga apoyo de un grupo y la víctima se muestre como indefensa y que las personas que la rodean muestren una actitud pasiva y no lleguen a intervenir. (Díaz-Aguado, 2006; Voors, 2005).

En algunas ocasiones no existen motivos o causas provocadoras, para el agresor es suficiente con fijarse en el aspecto físico del acosado (obesidad, delgadez, talla baja o alta, cabello, utilización de gafas, etc.). Además es importante conocer cómo debe detectarse el bullying.

- Por lo general, las situaciones de acoso suelen mantenerse en secreto, es importante que a la edad de 10-12 años, haya que tener en cuenta los cambios notables dentro del comportamiento de los adolescentes, por ejemplo: si antes mencionaba con regularidad a sus amigos y de pronto ha dejado de hacerlo. O incluso si el fin de semana ha estado tranquilo, y cuando llega el domingo por la noche comienza a mostrar nerviosismo, o si se le llega a preguntar y responde con evasivas.
- Varios de los adolescentes suelen dejar de hablar, no quieren comer, no salen los fines de semana, o regresan a sus casas inmediatamente después de haber terminado las clases. En otros casos, suelen bajar las calificaciones, muestran tristeza, ansiedad, el problema aquí, es que en algunas ocasiones todos estos síntomas suelen confundirse con aspectos de la adolescencia. (Mengual & Izeddin, 2012).

Hay que tomar en cuenta que todo tipo de violencia tiene su origen en la agresividad, estas conductas agresivas, se dividen en dos tipos: primero, las que vienen desde el nacimiento y las conductas que aprenden a tener comunicación con otros individuos. (Estrada, 2015).

Dentro de las teorías psicoanalíticas se habla acerca de la agresividad. Melero (1996), afirmó que la teoría psicoanalítica no está compuesta solamente por el consciente y preconsciente, sino que además encontramos a lo que Freud denominó inconsciente, el cual está regido por el placer y además por pulsiones, fantasías, afectos así como también vivencias que llegaron a impactar al individuo. Estas pulsiones suelen llevar a los pacientes a un estado de ansiedad, buscando primordialmente la eliminación de ese estado, por medio de la satisfacción de la pulsión. Por lo que, se podría decir que los comportamientos humanos podrían estar ligados a la manifestación de estas pulsiones. (Melero, 1996).

Freud afirmaba la existencia de dos pulsiones: la de vida (Eros) y la de muerte (Tanatos). Tubert (2000), afirmaba que las pulsiones de vida, que suelen abarcar pulsiones sexuales tienden a preservar unidades vitales ya existentes, y a formar a partir de las anteriores unas más amplias. En cambio, cuando se trata de la pulsión de muerte, se habla de una reducción de manera completa de tensiones, conduciendo al ser humano a un estado inorgánico. (Tubert, 2000).

Fromm (2004), en una de sus obras analiza las teorías activistas, de manera principal la de Freud, determina que según este autor al ser humano lo mueve una fuerza innata de destrucción. Pero, Freud, mantiene que el impulso destructor tiene un opuesto que es igual de poderoso, es decir, la fuerza de Eros (vida, sexualidad). Además, considera que un agente educativo siempre y cuando sienta que está en peligro, puede llegar a mostrar agresividad en contra de otro actor educativo, cuando sienta que llega a estar en peligro su integridad. (Fromm, 2004).

Ahora es importante conocer acerca de cómo se debe actuar en caso de que un familiar, amigo, etc., sea víctima de un caso de bullying.

- Realizar una intervención temprana suele ser clave cuando se trata de abusos.
- Se debe considerar que la víctima se encuentra aislada, y llega a sufrir maltrato y abandono.
- La intervención por parte de los padres, para que dialoguen con el tutor, director del establecimientos, y si esto no llega a ser suficiente, que presenten un escrito.
- En el último de los casos, si la situación lo amerita, lo recomendable sería presentar una denuncia de tipo penal. (Wanceulen Ferrer, 2016).

3.2 Neurofisiología de la Prosopagnosia

La Neurología ha sido de gran ayuda para el desarrollo de la Neuropsicología, debido a la observación de distintas patologías originadas por un daño cerebral, se comenzó a comprender mejor el comportamiento humano. Sin embargo, es importante diferenciar entre los intereses, tanto de un neurólogo como de un neuropsicólogo. El neurólogo por lo general se interesa en la conducta del individuo, para así conocer de manera más profunda el cerebro, mientras que el neuropsicólogo, se interesa en el cerebro para así comprender mejor la conducta que presenta el individuo. (Portellano, 2005).

Dentro de estas enfermedades neuropsicológicas está presente el término *prosopagnosia*, que es un tipo de agnosia visual. Definiendo que una *agnosia visual* consiste en la dificultad que presenta una persona para el reconocimiento visual de diversas categorías como: personas, objetos o incluso colores, pero manteniendo conservada su agudeza visual y capacidad de rastreo, así como sus funciones mentales superiores. (Portellano, 2005).

Es importante mencionar acerca de la memoria de rostros, debido a que las investigaciones son recientes, sin embargo, existen autores que dicen que la memoria de caras poseen los mismos mecanismos que el resto de las memorias. (Broche & Herrera, 2011). La memoria de rostros hace referencia a la destreza que tenemos para diferenciar una persona de otra, es una de las primeras habilidades cognitivas del ser humano.

Manzanero (2008), habla sobre una propuesta realizada por Jacobby Dallas sobre la existencia de dos variantes:

- **Reconocimiento perceptivo:** esta funciona a través de las opiniones que da la familia, donde se toma en cuenta la información física.

- **Memoria de reconocimiento:** esta llega a coincidir con el reconocimiento por identificación, resultando de un proceso elaborado y recuperando el contexto en el que se codificó la información. (Manzanero, 2008).

Es importante conocer cómo funciona la anatomía del lóbulo occipital. El cruce de las fibras retinianas en el quiasma óptico permite que, tras la estación talámica correspondiente, se presente en la corteza visual primaria el campo visual contralateral con una inversión dorsoventral en la cisura calcarina de las porciones superiores e inferiores del mismo. (Giménez-Amaya, 2000).

Brodmann dividió el lóbulo occipital en tres regiones anatómicamente distintas: áreas 17, 18 y 19. Existe también una división anatómofuncional V1 que corresponde al córtex estriado o área 17: V2, V3 y V4, que corresponden al córtex preestriado o córtex de asociación visual. Otras dos regiones cerebrales V5 y V6 ubicadas en el córtex temporal y parietal. La información visual es procesada por dos vías principales, paralelas y funcionalmente independientes entre sí:

- Vía dorsal (donde), que concentra sus proyecciones hacia V5, que recibe aferencias desde V1 y V2 en el córtex parietal posterior. Esta vía está especializada en la percepción del movimiento, en la ubicación espacial y en el control de movimientos guiados por blancos visuales.
- Vía ventral (del qué), la cual concentra sus proyecciones hacia V4 y se localiza en el lóbulo occipital inferior en la corteza temporal inferior, especializada en la percepción del color, luminosidad y profundidad, reconocimiento de formas e identificación de objetos y caras. (Nogales-Gaete, Donoso S., & Verdugo L., 2005).

El término *prosopagnosia* viene del griego *prosopos* que hace referencia a rostro o persona, y *gnosis* que quiere decir conocimiento. Bodamer (1947), fue el primer investigador que utilizó este

término, sin relacionarla con otros tipos de agnosia visual. El paciente que padece de *prosopagnosia* presenta dificultades para reconocer los rostros de las personas, teniendo que recurrir a otras características como: accesorios, voz o incluso la vestimenta, para lograr identificar a alguien. En este déficit selectivo de la identidad de un rostro, suele presentarse, en algunas ocasiones, la capacidad de interpretar otros tipos de información facial, como: expresiones emocionales, edad y sexo. (Sergent & Villemure, 1989).

Se han logrado identificar dos tipos de *prosopagnosia*, la aperceptiva y la asociativa. La primera se trata de un trastorno en el sistema perceptivo de la cara, es decir, no logran ubicar un rostro dentro de una categoría, lo que es un impedimento para el reconocimiento de edad, género y expresión facial. Individuos que padecen este trastorno no logran relacionar un grupo de fotos de diferentes rostros dentro de diversas categorías según las características faciales. (Cerón, 2016). La segunda se trata de una disfunción a nivel del proceso perceptivo facial y la información semántica almacenada dentro de la memoria, las personas que presentan este tipo de *prosopagnosia* son capaces de agrupar retratos de acuerdo a la edad o género del rostro, no obstante no lograrían la identificación de la identidad así conozcan a esa persona de toda una vida.

Los pacientes que padecen de *prosopagnosia*, son capaces de reconocer las diferencias entre un rostro y otro, e incluso tienen la capacidad de juntar rostros que son semejantes, pero no logran identificarlos. En algunas circunstancias, el defecto puede llegar a presentarse en el propio rostro del paciente, siendo incapaz de reconocerse frente a un espejo o en una fotografía, e incluso olvidando como era su rostro. No obstante, sabe que es una cara, y que está formada por elementos como: ojos, nariz, boca, etc. (Ardila & Rosselli, 2007). Además este es un defecto, que impide el reconocimiento de los miembros individuales dentro de una categoría visual específica, es decir, son capaces de reconocer las categorías (“es un perro”) pero no logran determinar que raza de perro

es. El problema se presenta en que los rostros se visualizan de una manera difuminada y sin los rasgos que lo caracterizan, lo que impide su diferenciación y reconocimiento correcto. (Cerón, 2016).

Debido a que la *prosopagnosia*, es un síndrome neuropsicológico poco frecuente, y sus estudios anatómicos siguen siendo objeto de análisis. Quaglino y Borelli, dieron las primeras descripciones acerca de que la prosopagnosia se debía a la presencia de lesiones en el hemisferio derecho. (Damasio, Damasio, & Van Hoesen, 1982) hablaron sobre lesiones bilaterales en pacientes y describieron regiones inferiores y basales occipito-temporales (circunvolución fusiforme y lingual). Pero en 1985, se realizaron estudios radiológicos en pacientes con prosopagnosia, que indicaban lesiones en el hemisferio derecho. (De Renzi, 1986; Landis, Regard, Bliestle, & Kleihues, 1988).

Dentro del proceso para el reconocimiento facial está involucrada la capacidad para distinguir entre expresión facial, identidad facial, y lectura de labios. Esta alteración se debe a la presencia de varias lesiones en el cerebro, en especial al giro lingual, fusiforme y parahipocampal preferentemente del hemisferio derecho. (Bouvier & Engel, 2006). Pacientes que padecen de prosopagnosia suelen utilizar otro tipo de información sensorial para el reconocimiento de sus familiares y amigos, como: la forma de hablar, lentes, modo de caminar o vestir, o algún tipo de peculiaridad. (Cerón, 2016).

Por lo general, es necesaria una lesión en el hemisferio derecho para provocar prosopagnosia, aunque en algunas ocasiones, pacientes que presentan dominancia izquierda ha sido diagnosticado con dicho trastorno con lesiones en el hemisferio izquierdo. (Mattson, Levin, & Grafman, 2000).

Un metanálisis arrojó suficiente evidencia neuroanatómica que relacionó a la prosopagnosia con el giro occipital inferior derecho, posterior al giro fusiforme. (Bouvier & Engel, 2006).

Se ha propuesto un modelo de percepción facial que se basó en el Sistema Core que implica bilateralmente al giro occipital inferior, fusiforme y el surco temporal superior, además con la intervención del surco temporal superior cuando se trata de las características del rostro. (Grossi et al., 2014). El “Área fusiforme facial” (AFF), es una región crítica dentro del giro fusiforme, que se activa de manera significativa durante la visión de caras pasivas, comparada con estímulos de objetos y correlacionando con un procesamiento facial exitoso, que predomina en el hemisferio derecho. Además, encontramos una “Área occipital facial” (AOF), que se encuentra en el giro occipital inferior, está presente sensibilidad en cuanto a características físicas faciales, a diferencia del surco temporal superior, que suele procesar aspectos dinámicos de la información facial como; las expresiones, mirada. (Minnebusch, Suchan, Köster, & Daum, 2009; Schiltz et al., 2006).

3.3 Relación entre el bullying y la somatización

Como se mencionó con anterioridad el bullying es un tipo de agresión sea verbal, física o psicológica. (Smith & Sharp, 1994). Y la somatización hace referencia a la presencia de quejas físicas que ocasionan un malestar significativo, sin encontrar ninguna causa clínica que logre justificar una causa orgánica. (Association, 2014).

Relatos clínicos y empíricos muestran una conexión entre el bullying y síntomas somáticos (Ani, Reading, Lynn, Forlee, & Garralda, 2013; Due et al., 2005) como por ejemplo, dolor, alteraciones del sueño, enuresis y mareos. (Fekkes, Pijpers, Frediks, Vogels, & Verloove-Vanhorick, 2006). En Reino Unido el acoso se identificó como uno de los factores más estresantes en pacientes pediátricos, presentando un 23,8% de pacientes con trastornos conversivos. (Ani et al., 2013).

Investigadores canadienses han logrado identificar tres diferentes grupos de individuos que se encuentran involucrados en la intimidación. Los primeros, los niños que intimidan a otros, que ocupan entre el 5-17% de los niños de edad escolar.(Nansel, Craig, Overpeck, Saluja, & Ruan, 2004; P.W. et al., 2012; Vaillancourt et al., 2010). Como segundos, encontramos a los niños que son víctimas de sus pares, estos constituyen del 4-12% de niños. (Nansel et al., 2004; Vaillancourt et al., 2010). Y finalmente los niños que son vistos como víctimas de intimidación, es decir los niños que acosan a otros porque ellos también son acosados, ellos constituyen entre el 4-13% de los niños.

Cabe recalcar que niños que son víctimas de sus pares están en mayor riesgo de experimentar dificultades en cuanto a su salud mental y problemas de adaptación. (Arseneault, Bowes, & Shakoor, 2010; Lereya, Samara, & Wolke, 2013). La mayoría de investigaciones que se encargan

de examinar el acoso y síntomas somáticos se llevan a cabo en escuelas, clínicas ambulatorias e inclusive en la comunidad. Además pacientes que presentan síntomas somáticos severos como para justificar un ingreso hospitalario. En un estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Boston para niños, se obtuvo como resultado que en un total de 3272 consultas realizadas en un período de 32 meses, de las cuales el 17,5% son producto de remisiones por quejas somáticas, siendo víctimas de bullying. De igual manera hubo un gran incremento en cuanto en dolores de cabeza, o ansiedad en pacientes que eran acosados por sus compañeros. (Ibeziako et al., 2016).

De igual manera, en un estudio realizado en Turquía se evidenció que niños y adolescentes que son víctimas de bullying suelen presentar con mayor frecuencia trastornos conversivos, somatizaciones e incluso síntomas fuertes de ansiedad. (Tural Hesapcioglu & Ercan, 2017).

Con respecto a nuestro medio, también se evidencia la presencia de bullying o acoso escolar. Una investigación realizada en el 2012 de la Universidad San Francisco de Quito en conjunto con el INNFA (Instituto Nacional de la Niñez y la Familia) y el DNI (Defensa de Niños y Niñas Internacional) reveló que el 32% de niños y adolescentes son víctimas de bullying en el Ecuador, dentro de este grupo se encuentran aquellos que reciben agresiones de tipo verbal y físico por sus compañeros de clase, generando en las víctimas trastornos de ansiedad, trastornos conversivos y traslados a nuevas instituciones. (McBride, 2012)

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

4.1 Recolección de información

Para obtener una buena investigación, es necesario tomar en cuenta que lo más importante es la recolección de datos o de información, es por esto que Yin (1989), recomienda que se utilice varias fuentes de datos para así garantizar la validez interna de la investigación. Esto ayudará a la verificación acerca de si los datos que se obtienen a través de las diferentes fuentes de información llegan a relacionarse entre sí, esto es, si desde diferentes perspectivas logran coincidir los objetos explorados en el fenómeno objeto de estudio. (Yin, 1989).

Por lo tanto, el investigador será capaz de utilizar diferentes fuentes de información como: bases de datos, internet, entrevistas a investigadores del área, organismos públicos o privados, documentos y estadísticas que estén relacionados con el fenómeno abordado en la investigación. De igual manera, se necesita la aplicación de distintos instrumentos de recolección de información, tales como: entrevistas personales no estructuradas y estructuradas, encuestas por cuestionarios, observación directa estructurada y no estructurada, revisión de documentos y datos estadísticos relacionados con el fenómeno estudiado, entre otros. (Yin, 1989).

Shaw (1999) indica lo siguiente:

“La investigación conducida dentro del paradigma cualitativo está caracterizada por el compromiso para la recolección de los datos del contexto en el cual el fenómeno social ocurre naturalmente y para generar una comprensión que está basada en las perspectivas del investigador”. (E. Shaw, 1999).

4.2 Caso Clínico

Una adolescente de aproximadamente 13 años de edad, a quien llamaremos “María”, por temas de confidencialidad, acudió al CRIE #5, debido a que luego de un accidente dentro de la institución en donde ella estudia, se presenta al área de Neuropediatría con una preocupación referente a no lograr identificar los rostros de las personas, especialmente de sus familiares, logrando identificarlos solamente con el sonido de sus voces.

De la paciente se desconocen datos de sus cuidados perinatales, debido a que una tía paterna la encontró en un parque y se la dio a sus padres, ellos la inscribieron como si hubiera nacido del vientre de su madre adoptiva, lo hicieron debido a que sabían que no era posible una adopción inmediata. Los padres manifiestan que era una niña que no sonreía, este primer gesto se manifestó al primer año de edad aproximadamente. A la edad de 9 años la madre manifiesta que la paciente ya tuvo su periodo, por lo que el medico dijo que su desarrollo hormonal es mucho más rápido que el de una niña de su edad

Cuando era pequeña sus padres la llamaban “*hija de corazón*”, lo que a una de sus amigas llamó la atención por lo que a la edad de seis años “*María*” pregunto cuál era el significado de esta frase y sus padres decidieron contarle que era una niña adoptada, la paciente manifiesta que desde muy temprana edad ella conocía toda la situación sobre su adopción. Esta verdad le afectó por el lapso de una semana manifiesta el papá, días en los que la niña era agresiva, manifestaba que quería irse de la casa y empezó a tener problemas para la comprensión de las palabras. Luego de esa semana difícil el padre manifiesta que no volvió a hablar del tema hasta que comenzó el octavo de básica más o menos en donde se empezó a preguntar si tendrá hermanos o si su madre biológica estará viva.

En el periodo del colegio fue en donde “*María*” empezó a recibir bullying por parte de sus compañeros, la empujaban, la codeaban y se burlaban de ella. Actualmente está cursando el noveno de básica. Tuvo problemas con uno de sus compañeros ya que le tocaba las nalgas, por lo que el papá puso una denuncia en el ministerio, obteniendo una respuesta no tan positiva, porque a pesar de que se llamó la atención tanto al adolescente como a los padres el continuaba haciéndolo.

El 5 de octubre de 2017 “*María*” tuvo un accidente el cual ella relata de la siguiente manera: *“Mis compañeros estaban peleando, empujándose y no se dieron cuenta que yo estaba en el piso recogiendo mi cartuchera que se me había caído, y se vinieron contra mí, me caí de nuca al piso, entonces me levante y la licenciada me mando al baño con una compañera y después cuando estábamos subiendo me desmaye. Luego me llevaron a la dirección y como no reaccionaba le tuvieron que llamar a mi papa, cuando me levante ya estaba en el hospital con mis papas alrededor. Luego del traumatismo craneoencefálico suscitado le hicieron una Tomografía, la tuvieron unas horas en observación y le dieron de alta. Cuando la paciente llego a su casa no le era posible reconocer las cosas que había, no reconocía a sus perros, a sus primos a sus amigos, sin embargo, a sus papas si lograba reconocerlos. Con el resto de familiares, sus padres la tuvieron que presentar porque eran unos completos desconocidos para ella.*

Los padres manifiestan que luego del accidente, ocurrió un cambio en el comportamiento de la paciente, debido a que antes era una niña vivaz, alegre, sabia cuáles eran sus responsabilidades sin necesidad de que nadie se las diga, tenía muchos amigos, sin embargo, después de lo ocurrido se volvió una niña a la que todo el tiempo se le tiene que decir que es lo que debe hacer, se ha alejado mucho de sus amigos y ha encontrado refugio en sus padres, queriendo estar sólo con ellos

Luego de un tiempo de convivir con la familia, afirma que logra reconocer a sus tíos y primos solamente cuando ellos le hablan, no logra reconocer sus rostros, y se mantiene de esta manera hasta la actualidad.

Debido a las agresiones por parte de sus compañeros se vio oportuno el cambio de institución, sin embargo, en la actualidad tanto la adolescente como el padre manifiestan que continúa recibiendo bullying por parte de sus nuevos compañeros.

En cuanto a su familia está compuesta de la siguiente manera: por papá, mamá y la paciente.

Papá: Tiene la edad de 49 años, la relación de “*María*” con su padre es muy buena, ella manifiesta que el cariño y la confianza hacia él es muy grande, la mayor parte del tiempo la pasa con él, debido a que, su trabajo no requiere que este en una oficina si no que es independiente. En la actualidad se conoce que su padre fue huérfano y vivió en las calles durante un periodo de 15 años. Tiene 5 hermanos, con quienes la paciente mantiene una muy buena relación, afirmando que siempre la incluyen, y se siente muy cómoda con ellos.

Mamá: Tiene 38 años, en cuanto a la relación con su mamá, ella manifiesta que es buena, sin embargo, hay ocasiones en las que ella siente que su madre no quiere compartir tiempo con ella. La madre manifiesta que tiene un trabajo de tiempo completo, por lo que en las noches cuando llega le es difícil compartir el tiempo con “*María*”. Sobre la madre se sabe que presentó un trastorno depresivo por lo cual tomó medicación, se desconocen datos acerca de su crianza. Tiene 7 hermanos, a los cuales “*María*”, no logra reconocer, manifiesta que siente que la discriminan por su color de piel y además por el tema de la adopción.

Para conocer más acerca del diagnóstico formal se realizaron los siguientes test:

4.2.1 Test aplicados

➤ **Inventario de síntomas SCL-90-R:**

Después del respectivo análisis se ha evidenciado que la persona evaluada presenta una alteración en 3 de las áreas propuestas.

Puntajes	
Somatización: Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios)	El examinado obtuvo un puntaje de 70 lo que indica que presenta problemas en esta dimensión.
Ansiedad: Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.	El examinado obtuvo un puntaje de 63 lo que indica que presenta problemas en esta dimensión.
Ansiedad Fóbica: Alude a una respuesta persistente de miedo.	El examinado obtuvo un puntaje de 63 lo que indica que no presenta problemas en esta dimensión.

➤ **Test de SACKS**

Obteniendo un puntaje de 39 lo que indica una orientación adecuada. La paciente debe ser sometida a una entrevista individual con la finalidad de analizar los posibles conflictos, que generalmente son características de la adolescencia.

➤ **Test proyectivos**

- ❖ **Familia:** En este test encontramos sentimientos de inferioridad, una autoimagen insuficiente, además se evidencia que es una paciente demasiado fantasiosa y egocentrismo.

Hay una clara desvalorización a la madre y en cuanto a la jerarquía existen tensiones emocionales.

- ❖ **Persona bajo la lluvia:** Se evidencian signos de debilidad, depresión, fatiga, dependencia, ansiedad, falta de confianza en sí mismo, se expone y corre riesgos, inmadurez emocional. En cuanto a sus rasgos de personalidad encontramos introversión, idealista, pasiva y complaciente.

- ❖ **T.A.T:**

INFORME FINAL: Impresiones diagnósticas y recomendaciones

Tras haber examinado las historias del sujeto, es posible detectar un patrón consistente referente a la autoimagen que en varios casos se representa como depresiva y devastada (1, 3VH, 7NM, 10), así como también enferma (6VH).

Entre las principales necesidades destacan las de afecto (4, 7NM, 10,16) así como también necesidades voyeuristas (6VH, 8VH); necesidades agresivas (1, 8VH, 9NM, 13HM).

El mundo aparece en varias historias como agresivo y violento (1, 8VH, 9NM, 13HM, 16), preocupante y hostil (2, 4, 6VH, 7NM, 10).

En lo que respecta a como reconoce las figuras parentales presenta sentimientos de indiferencia y distancia hacia sus propios progenitores (1, 3VH, 8VH) en lo que refiere a las relaciones con las figuras contemporáneas algunas historias educen sentimientos de abandono (4), agresivos (9NM) y se refleja la incapacidad de mantener vínculos afectivos adecuados (10, 13HM, 16).

Entre los conflictos significativos destaca la falta de adecuación a la realidad (1, 4), son evidentes los conflictos entre el amor y odio (7NM, 16) conflictos entre la pasividad y agresividad (8VH, 9NM), se presentan también conflictos entre la autonomía y sumisión (2, 4), separación

frente a individuación (6VH). Ansiedades de falta o pérdida de amor (1, 4, 9NM, 10, 13HM, 16) desaprobación (3VH, 4,), daño o castigo físico (1, 6VH, 8VH, 9NM, 13HM).

Las defensas más utilizadas por el sujeto ante conflictos son: Represión (1, 2, 3VH, 4, 6VH, 7NM, 8VH, 9NM, 10,16), proyección (2, 3VH, 4, 6VH, 8VH, 9NM, 10, 13HM, 16), la negación (2, 3VH, 16). El superyó del sujeto está ausente en la mayoría de las historias a pesar de esto en más de una ocasión evidencia un superyó inapropiado y demasiado indulgente (8VH, 13HM). En lo referente a la integración del yo, el héroe se ve involucrado en muchas historias con finales infelices o trágicos, esto nos dice que la idoneidad es escasa en la sujeto.

Respecto a los procesos de pensamiento las historias revelan características extrañas e incompletas, en algunas también desestructuradas e inapropiadas, el nivel de inteligencia percibido es promedio.

Recomendaciones:

Debido a la gravedad de síntomas que presenta actualmente la paciente se recomienda un proceso terapéutico en el cual actúen de manera conjunta los fármacos y la psicoterapia respectiva.

➤ Factores

- **Precipitantes:** Historia de adopción conocida desde una edad muy temprana.
- **Detonantes:** Agresión física por parte de sus compañeros lo que ocasiono un accidentes que la llevo hasta el hospital.
- **Mantenedores:** Presenta malas relaciones con su madre, debido a que ella no le presta atención, además la familia materna tampoco le muestra afecto, y con el cambio de colegio sus nuevos compañeros comenzaron de nuevo a hacerle bullying.

4.2 Tratamiento

Luego de revisar la sintomatología, está nos lleva a la conclusión que la paciente presenta un trastorno somatomorfo con tendencia al desarrollo del trastorno conversivo (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Debido a que presenta los siguientes síntomas:

- Una alteración en cuanto a la función sensitiva voluntaria
- Las pruebas clínicas no presentan compatibilidad entre el síntoma y las afecciones médicas conocidas.
- El síntoma no se explica mejor por otro trastorno mental o médico y causa malestar clínicamente significativo en el área social, laboral u otras áreas importantes. (Association, 2014).

Es por esta razón por la que se opta por un tratamiento enfocado en teoría psicodinámica, junto a una terapia familiar para un mejor manejo del caso.

Lo primero, fue iniciar con una terapia psicodinámica enfocada en la asociación libre para conocer más acerca del origen del padecimiento de la paciente, además con la ayuda de la terapia familiar. El encuadre terapéutico se realizó a través de sesiones programadas, en donde al principio: eran dos por semana para la aplicación de test gráficos y proyectivos.

Inicialmente se mantuvieron tres sesiones con los padres, para conocer acerca del estado actual de la paciente, datos sobre el desarrollo, relaciones familiares y sociales. Con la paciente se mantuvieron al principio dos sesiones por semana para el encuadre terapéutico y se prosiguió a verla una vez por semana para empezar la terapia.

La terapia obtenía resultados positivos, sin embargo como en cualquier tratamiento existen riesgos, desafortunadamente, por cuestiones de fuerza mayor se dio por finalizado el tratamiento

tanto de la paciente como de la familia, luego de haber trabajado alrededor de 5 a 6 semanas. Sin embargo, a pesar de que la familia desertó de la terapia se logró conseguir tres aspectos básicos dentro de la patología del adolescente: observar, evaluar y planificar.

Con relación a la paciente no habían quejas acerca de la terapia, sino más bien tanto la familia como “*María*”, estaban obteniendo resultados favorables, sin embargo, dos semanas antes de dar por terminado el tratamiento psicológico, por razones ajenas a la familia y a la paciente no se pudo realizar las terapias programadas, lo que ocasionó una recaída en la paciente, llegando a ocasionar una preocupación muy grande para los padres.

Ellos se presentaron a una terapia programada para manifestar lo siguiente: *“Tres días antes de venir acá, “María” se escapó de la casa toda la tarde sin nuestro permiso, razón por la cual nos preocupamos tanto que tuvimos que llamar a la policía. Después de aproximadamente cuatro horas de no saber nada de ella, llegó a la casa con la ropa rasgada, ella golpeada y rasguñada, asegurando que la habían secuestrado y violado, sin embargo, cuando llegábamos a la fiscalía para dar la declaración, ella se retractó y afirmó que este chico que supuestamente había abusado de ella en realidad era su novio, y que prefirió mentirnos porque le asustaba nuestra reacción.”*. Los padres se sentían muy defraudados razón por la cual no se pudo continuar con la terapia.

Discusión

Si bien es cierto, no existe la suficiente información acerca de una relación entre el *bullying* y la *prosopagnosia*, sin embargo, estudios aseguran la relación entre el bullying y los trastornos somatomorfos. En un estudio realizado en el 2016 por Tural Hesapcioglu & Ercan, acerca de “*La co-ocurrencia tradicional y el acoso cibernético y su relación con el cuadro clínico psiquiátrico*”, que se llevó a cabo al este de Turquía, se habla acerca de pacientes que han llegado a sufrir tanto ciberacoso, como acoso tradicional, quienes han llegado a presentar con mayor frecuencia trastornos como: conversivos, somáticos e incluso fuertes síntomas de ansiedad. Dentro de estos trastornos conversivos se encuentran problemas a nivel de los sentidos como: ceguera, parálisis u otros síntomas del sistema nervioso (neurológicos), que no se logran explicar por medio de una valoración médica. (Tural Hesapcioglu & Ercan, 2017). De igual manera en un estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Boston, autores afirman que los niños que son víctimas de sus pares están en mayor riesgo de experimentar dificultades en cuanto a su salud mental y problemas de adaptación. (Arseneault et al., 2010; Leraya et al., 2013). En este hospital, el resultado fue el siguiente: de un total de 3272 consultas realizadas en un período de 32 meses, 17,5% son producto de remisiones por quejas somáticas, siendo víctimas de bullying, de igual manera se encontraron pacientes que presentaron dolores de cabeza o ansiedad siendo acosados por sus compañeros. Un gran porcentaje de investigaciones, se llevan a cabo en escuelas, clínicas ambulatorias e inclusive en comunidades. (Ibeziako et al., 2016). Actualmente en nuestro medio la Universidad San Francisco de Quito en el 2012 en conjunto con el INNFA (Instituto Nacional de la Niñez y la Familia) y el DNI (Defensa de Niños y Niñas Internacional), reveló que el 32% de niños y adolescentes eran víctimas de bullying en el Ecuador, dentro de este grupo se encuentran los que han recibido agresiones de tipo verbal y físico por parte de sus compañeros, generando en

los mismos trastornos de ansiedad, conversivos y los cambios inmediatos de instituciones. (McBride, 2012). Sin embargo, como se mencionó al inicio, a pesar de no existir estudios que muestren resultados acerca de una relación entre el *bullying* y la *prosopagnosia*, existe la suficiente información como para relacionar al bullying con los trastornos somatomorfos, que coincidieron con el padecimiento de la paciente que se presentó a terapia, quien en realidad no padecía prosopagnosia, sino un trastorno conversivo con los síntomas de una prosopagnosia, y esto se logró identificar mediante la aplicación de diferentes test.

En cuanto a lo que *origino los síntomas somáticos de la prosopagnosia*, como primer punto tenemos el haber sido víctima de bullying, sin embargo Nicholson, Stone & Kannan (2011), en un artículo llamado “*Trastorno de conversión: un diagnóstico problemático*”, dicen que en cuanto a etiología, hay estudios que demuestran una relación entre la sintomatología conversiva y la sintomatología ansiosa. (Nicholson et al., 2011). En otro estudio afirman lo siguiente: la ansiedad puede llegar a ser una de las causas de la presencia de síntomas somáticos, esto se debe a la intervención de importantes fenómenos psicológicos de supervivencia que suelen intervenir en la regulación del estado interno del organismo y en la capacidad de respuesta al ambiente ante una agresión. (Duque et al., 2015). Pero en realidad, ¿los síntomas somáticos de la prosopagnosia en nuestra paciente fueron originados por la ansiedad?, afirmaremos este hecho, debido a que al momento de ser remitida al departamento de Psicología, la paciente tenía un diagnóstico de trastorno de ansiedad, por el cual estaba medicada con Fluoxetina de 20mg, de igual manera al realizarse el inventario de síntomas SCL-90-R, obtuvo un puntaje de 63, lo que nos lleva a corroborar ciertos datos encontrados tanto en el diagnóstico y tratamiento, llegan a coincidir con lo que se expuso con anterioridad en el marco teórico y además con los aportes e investigaciones acerca de los trastornos conversivos en adolescentes. Sin embargo, en un libro llamado “*El lugar*

del padre en psicoanálisis: Freud, Lacan y Winnicott”, se habla acerca de que Freud relacionaba las histerias con un complejo de Edipo no resuelto. (León, 2013). Suceso que queda en duda debido a que durante el proceso terapéutico se observó cierta relación inconsistente entre el padre y la hija, no se llegó a una conclusión específica debido al abandono por parte de la familia de la terapia.

Se ha encontrado evidencia acerca de *terapias que busquen la curación de un trastorno conversivo*, y existen diferentes escuelas que aportan con sus teorías para lograr este objetivo. Un estudio realizado en el 2018 en diferentes instituciones de la ciudad de Londres, en donde la muestra fue de 22 participantes (13 hombres y 9 mujeres), refiere a la eficacia de la Psicoterapia Cognitivo Conductual, haciendo énfasis en el caso de un adolescente de 16 años que presentaba ataques no epilépticos psicogénicos acompañado de un trastorno de ansiedad social, con quién se practicó la técnica de exposición, tanto en el consultorio, escuela, casa y trabajo; obteniendo una mejoría en cuanto a su padecimiento. (McFarlane et al., 2019). Sin embargo, un estudio realizado en el 2010, en la ciudad de Cuenca, con pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”, da a conocer que en el 2007-2008, de 58 pacientes atendidos por el departamento de Psiquiatría y Psicología, el 12% (7 pacientes) presentaban trastornos somatomorfos, además hace referencia a la eficacia del método psicoanalítico, tratado junto con la terapia psicodinámica, en 5 pacientes de sexo femenino, con edades comprendidas entre 13 y 40 años. Haciendo énfasis en la relación que Freud mantenía entre las histerias y problemas sexuales, y además en el poder de la palabra para la curación (asociación libre), propuesta por la psicoterapia dinámica. Sin embargo, también se menciona que si bien la terapia ha dado resultados positivos, no se pudo dar su culminación por falta de tiempo. (Delgado Moreno, 2010). En cuanto, a nuestra paciente si bien se obtenían resultados favorables con la utilización de la psicoterapia dinámica, no se puede hablar de la eficacia de la misma, debido a que en la octava sesión debido a no poderle ver durante dos semanas,

debido a temas ajenos a la paciente, está dio un giro totalmente inesperado, retrocediendo en gran parte en cuanto a su comportamiento, lo que provocó el abandono tanto por parte de los padres como de la adolescente de la terapia.

Conclusiones

- ✓ Para concluir, es necesario mencionar que se logró relacionar al bullying (acoso escolar), con los trastornos somatomorfos, de manera principal, con los síntomas somáticos de una enfermedad de tipo neurológica como la prosopagnosia cumpliendo así el objetivo principal de este estudio.
- ✓ Si bien es cierto, no existen terapias que sean 100% eficaces en la curación de un trastorno, debido a que en esto influye tanto la personalidad como la necesidad de cada uno de los pacientes.
- ✓ También es importante considerar, que la curación del padecimiento, es decisión netamente del paciente, debido a que el terapeuta solamente es un guía que ofrecerá pautas para lograr este objetivo, sin embargo existen riesgos, como el de las regresiones, y aun más importantes sobre el abandono de la terapia a pesar de haber logrado un buen encuadre terapéutico. Esta decisión de abandono puede estar relacionada con hechos como: no sentirse bien durante las sesiones, sentir que la terapia no está aportando en nada, o como en nuestro caso; en el que nuestra paciente era menor de edad, tomando la decisión sus padres; quienes no estuvieron dispuestos a seguir acompañando a su hija debido a un cambio repentino que presentó la misma en cuanto a su comportamiento.

Recomendaciones

- ✓ Esta investigación ha arrojado preguntas acerca de temas que son poco estudiados que la comunidad científica debe resolver si pretende un mejor entendimiento y una mejor práctica clínica.
- ✓ En cuanto a las investigaciones recientes acerca de los trastornos conversivos, la información es escasa, por lo que es recomendable que los profesionales en el área de salud mental, sugieran en la universidad y en los centros de prácticas, que se ponga énfasis en cuanto a nuevos temas de estudio para brindar una atención clínica de calidad a los pacientes.
- ✓ Se recomienda la incrementación e inclusión de programas terapéuticos en instituciones que sean públicas o privadas, que sean útiles para el abordaje de enfermedades mentales como los trastornos conversivos en adolescentes, lo que ayudará de manera notable en el diagnóstico y tratamiento de esta como de otras enfermedades.
- ✓ Finalmente se recomienda, a los profesionales de salud mental a que logren expandir sus horizontes y su visión clínica, ya que se debe considerar que existe un notable incremento de enfermedades que se dan día a día, por lo que no podemos negarnos a la posibilidad de un diagnóstico por mas infrecuente que este sea.

Referencias Bibliográficas

- Aguirre Baztán, Á. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Marcombo.
- Ani, C., Reading, R., Lynn, R., Forlee, S., & Garralda, E. (2013). Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, 413–418.
- Arancibia, M. M., Sepúlveda, E., Martínez-Aguayo, J. C., & Behar, R. (2016). Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000200009>
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: Much ado about nothing? *Psychological Medicine*, 40, 717–729. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991383>
- Association, A. P. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In *American Psychiatric Association*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Avila, A. (2003). El diagnóstico y la evaluación psicológica en España: revisión y perspectivas. *Colegio Oficial de Psicólogos En Madrid*, 30–33.
- Badillo, C. I. (1987). Psicología Evolutiva y educación. In *Psicología de la educación* (pp. 226–231). Barcelona.
- Bados, A., & García. (2011). Técnicas de exposición. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos*.
- Barra A, E., Cerna C, R., Kramm M, D., & Véliz V, V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 55–56.
- Berndt, T. J. (1996). Transitions in friendship and friends' influence. *Transitions through Adolescence: Interpersonal Domains and Context*, 57–84.
- Bouvier, S. E., & Engel, S. A. (2006). Behavioral deficits and cortical damage loci in cerebral achromatopsia. *Cerebral Cortex*, 16, 183–191. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhi096>
- Broche Pérez, Y., Rodríguez Almeida, M., & Martínez, E. O. (2014). Memoria de rostros y reconocimientos emocional: generalidades teóricas, bases naturales y patologías asociadas. *Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal*, 34–35.
- Broche, Y., & Herrera, L. F. (2011). Memoria de rostros y reconocimiento emocional: Particularidades en adultos mayores institucionalizados y que conviven con sus familiares. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3, 12–19.
- Bruner, J. (2006). Actos del significado. Más allá de la revolución cognitiva. In *Actos de significado. Más allá de la Revolución cognitiva*.
- Cerón, C. A. R. (2016). ARTÍCULO DE INTERÉS PROSOPAGNOSIA POSTICTAL EN

- EPILEPSIA. *Revista Gastrohnup*, 18, 49.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266–286.
- Colegio24hs. (2004). *Cultura y Sociedad*. Buenos Aires: Colegio24hs.
- Cubero, M. (2005). *Vygotsky en la psicología contemporánea*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Damasio, A. R., Damasio, H., & Van Hoesen, G. W. (1982). Prosopagnosia: Anatomic basis and behavioral mechanisms. *Neurology*, 4, 331. <https://doi.org/10.1212/wnl.32.4.331>
- De Renzi, E. (1986). *Current issues on prosopagnosia*. In *Aspects of face processing*. Dordrecht: Springer.
- Delgado Moreno, N. (2010). *LA SEXUALIDAD Y EL SÍNTOMA HISTÉRICO* (Universidad del Azuay). Retrieved from <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1302/1/07761.pdf>
- Díaz-Aguado, M. J. (2006). *Del acoso escolar a la cooperación en las aulas*. España: Pearson.
- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S., Scheidht, P., & Currie, C. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 128–132.
- Duque, P. A., Vásquez, R., & Cote, M. (2015). Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 239.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1993). *Técnicas de esposición: variantes y aplicaciones* (F. J. Labrador, J. A. Cruzado, & M. Muñoz, Eds.). Madrid: Pirámide.
- Espada, A. Á., Menchaca, M. B. R., & Gutiérrez, L. A. S. (2014). *Introducción a los tratamiento psicodinámicos*. UNED.
- Estrada, M. (2015). Acoso escolar: Modelos agresivos originan acosadores - Miguel Ángel Estrada Gómez - Google Books.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., Frediks, A. M., Vogels, T., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*, 1568–1574.
- Freud, S. (1896). *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. En *Obras completas* (1996), (vol. III). Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Freud, S. (1904). *El método psicoanalítico de Freud*. En *Obras Completas* (BN, vol. 3). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1905). *Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora)*. En *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En *Obras Completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Freud, S. (1950). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.

- Freud, S. (1973). Tres ensayos para una teoría sexual (1905). In *Obras completas de Sigmund Freud, Tomo II*.
- Freud, S. (1985). *Cartas a Willhelm Fliess*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Freud, S. (1995). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis en Obras Completas Vol. 2*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Freud, S. (2006). *Obras completas Vol. 1*. República Dominicana: e-LinEx Dominicana.
- Freud, S., & Breuer, J. (1995). *Estudios sobre la histeria en Obras Completas. Vol. 2*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Fromm, E. (2004). *Anatomía de la destructividad humana*. México: Siglo XXI.
- Gallart, M. S. i. (2008). Entrevista diagnóstica con el adolescente. *Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya*, 2.
- García-Allen, J. (2019). El Complejo de Edipo: uno de los conceptos más polémicos de la teoría de Freud. Retrieved from Psicología y Mente website: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/complejo-de-edipo-concepto-freud>
- García, G., & Rivarola, P. (2016). *El Psicoanálisis*. Barcelona: UOC.
- Giménez-Amaya, J. M. (2000). Anatomía funcional de la corteza cerebral implicada en los procesos visuales. *Revista de Neurología*, 2.
- González-Llaneza, F. M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. In *Ciencias Médicas*. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.07.001>
- Grossi, D., Soricelli, A., Ponari, M., Salvatore, E., Quarantelli, M., Prinster, A., & Trojano, L. (2014). Structural connectivity in a single case of progressive prosopagnosia: the role of the right inferior longitudinal fasciculus. *Cortex*, 56, 111–120.
- Gualtero, R. D., & Soriano Sala, A. (2013). El adolescente cautivo :adolescentes y adultos ante el reto de crecer en la sociedad actual. In *Psicología*.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 234.
- Guevara, J. D. R., & Vasquez, R. (2012). Critical approach to somatomorphic disorders in children. *Aproximacion Critica a Los Trastornos Somatomorfos En Ninos*.
- Hidalgo Vicario, M. I., Ceñal González Fierro, M. J., & Güemes Hidalgo, M. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine (Spain)*, 42. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70818-2](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70818-2)
- Hinshelwood, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu Eds.
- Hirschmüller, A. (1989). *The life and Work of Joseph Breuer. Physiology and Psychoanalysis*. Nueva York: New York University Press.
- Ibeziako, P., Choi, C., Randall, E., & Bujoreanu, S. (2016). Bullying Victimization in Medically

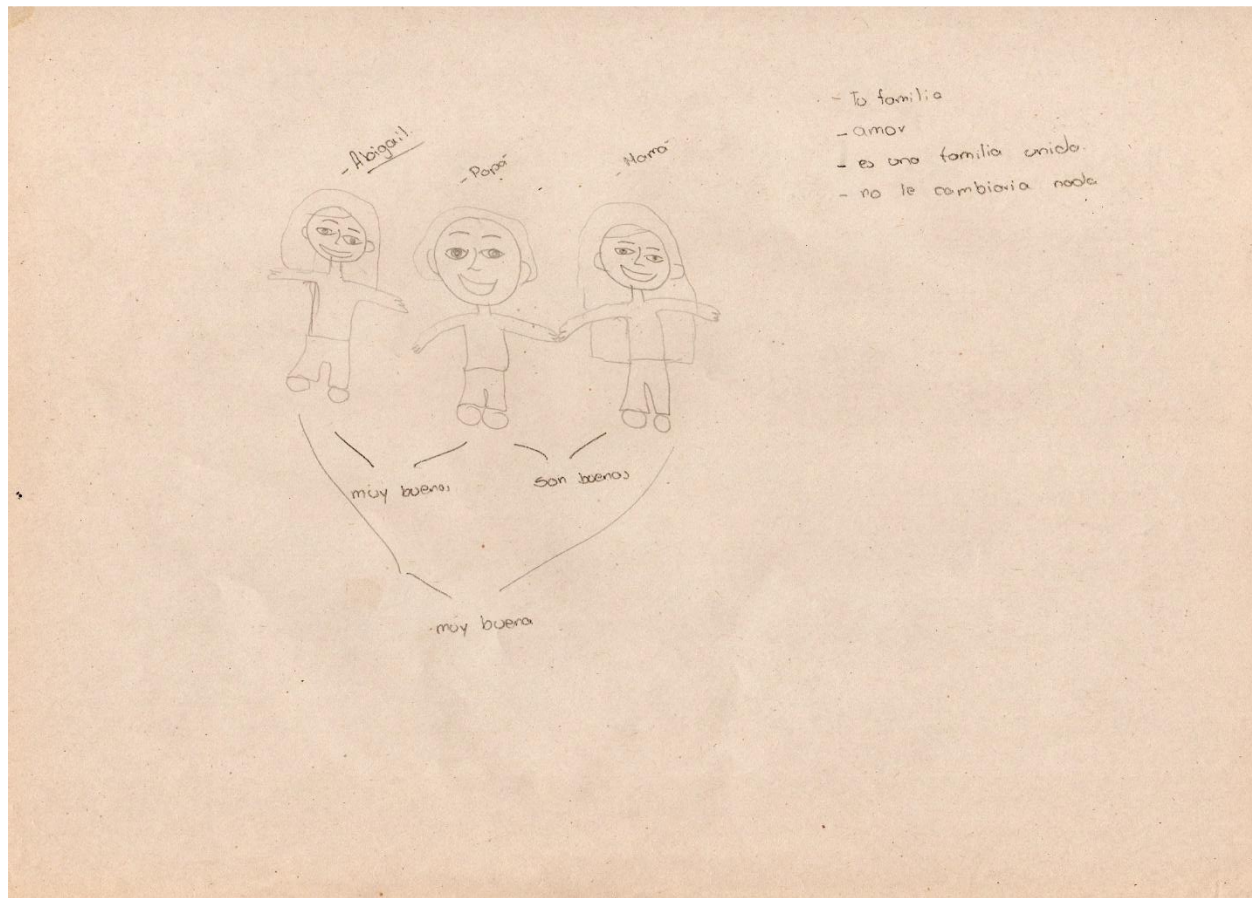
- Hospitalized Patients With Somatic Symptom and Related Disorders: Prevalence and Associated Factors. *Hospital Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0207>
- Kaplan, C. A., Thompson, A. E., & Searson, S. M. (1995). Cognitive behavior therapy in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 472–475.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.19>
- Kendall, P. C., & Chansky, T. E. (1991). Treating anxiety disorders in children: results of randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 167–185.
- Lacan, J. (1932). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1938). *Les complexes familiaux dans la dormation de l'individu*. París: Autres éctris.
- Lacan, J. (1951). *Intervención sobre la transferencia*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1955). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3: Las psicosis*. Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1977). *El seminario. Libro24: L'insu que sait de l'une-bévue s'alle á mourre*. inédito.
- Lacan, J. (1987). *El Seminario, libro 11: los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1992). *El seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1999). *El Seminario, libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). *El Seminario, libro 16: De un Otro al otro*. Buenos Aires: Paidós.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaell, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 45–60.
- Landis, T., Regard, M., Bliestle, A., & Kleihues, P. (1988). Prosopagnosia and agnosia for noncanonical views: An autopsied case. *Brain*, 6, 1287–1297. <https://doi.org/10.1093/brain/111.6.1287>
- León, S. (2013). *El lugar del padre en psicoanálisis: Freud, Lacan, Winnicott*. RIL edittores.
- Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*, 37, 1901–1108.
- Manzanero, A. L. (2008). *Procesos de recuperación en recuerdo y reconocimiento. Psicología del Testimonio*. Madrid: Pirámide.
- Marchant, M. (2000). APUNTES SOBRE LA HISTERIA. *PSICOLOGÍA*, 6–7.
- Mattson, A. J., Levin, H. S., & Grafman, J. (2000). A case of prosopagnosia following moderate closed head injury with left hemisphere focal lesion. *Cortex*, 36, 125–137. [https://doi.org/10.1016/S0010-9452\(08\)70841-4](https://doi.org/10.1016/S0010-9452(08)70841-4)
- McBride, C. (2012). *BULLYING EN EL ECUADOR*. Quito.

- McFarlane, F. A., Allcott-Watson, H., Hadji-Michael, M., McAllister, E., Stark, D., Reilly, C., ... Heyman, I. (2019). Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: A case series. *European Journal of Paediatric Neurology*. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002>
- Melero, M. (1996). *Conflictividad y violencia en los centros escolares*. México: Siglo XXI.
- Meltzer, D., & Harris, M. (1989). *El paper educatiu de la familia*. España: Espaxs.
- Mengual, E., & Izeddin, D. (2012). No son cosas de niños: es acoso. Retrieved from <https://www.elmundo.es/elmundo/2012/03/01/espana/1330625918.html>
- Minnebusch, D. A., Suchan, B., Köster, O., & Daum, I. (2009). A bilateral occipitotemporal network mediates face perception. *Behavioural Brain Research*, 179–185.
- Mirabent, V., & Ricart, E. (2012). ¿Qué es adoptar? In *Adopción y vínculo familiar* (p. 17). España: Herder.
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*.
- Moreno Fernández, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona: UOC.
- Nahoul, V., & Núñez, J. G. (2014). Técnica de Entrevista con Adolescentes. In *Técnica de Entrevista con Adolescentes* (p. 37). Argentina: Pax México.
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., & Ruan, W. J. (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 730–736.
- Nicholson, T., Stone, J., & Kannan, R. (2011). Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 67–73.
- Nogales-Gaete, J., Donoso S., A., & Verdugo L., R. J. (2005). *Tratado de Neurología Clínica*. Santiago de Chile: Universitaria.
- OMS. (2018). No Title. Retrieved from Organización Mundial de la Salud. website: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- P.W., J., M., V., A., D. B., C., M., J., van der E., R., V., ... Tiemeier, H. (2012). Prevalence of bullying and victimization among children in early elementary school: do family and school neighbourhood socioeconomic status matter?. *BMC Public Health*.
- Ponce, D. C., & Nielsen, L. V. (2017). La somatización y conversión en la adolescencia: Un desafío diagnóstico y terapéutico en la consulta. *Medicina Infantil*, 175.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. España: McGraw-Hill España.
- Quiroga, M. P. (2015). *C.G. JUNG Vida, Obra y Psicoterapia*. Henao: Desclée de Brouwer.
- Ravera, D. J. J. (1976). Aspectos biológicos de la adolescencia. *Jornadas Sobre “Adolescencia”*, 15–17.
- Relvas, A. P., & Hernández Reyna, J. (2011). La amenaza fantasma: Luces y sombras en la

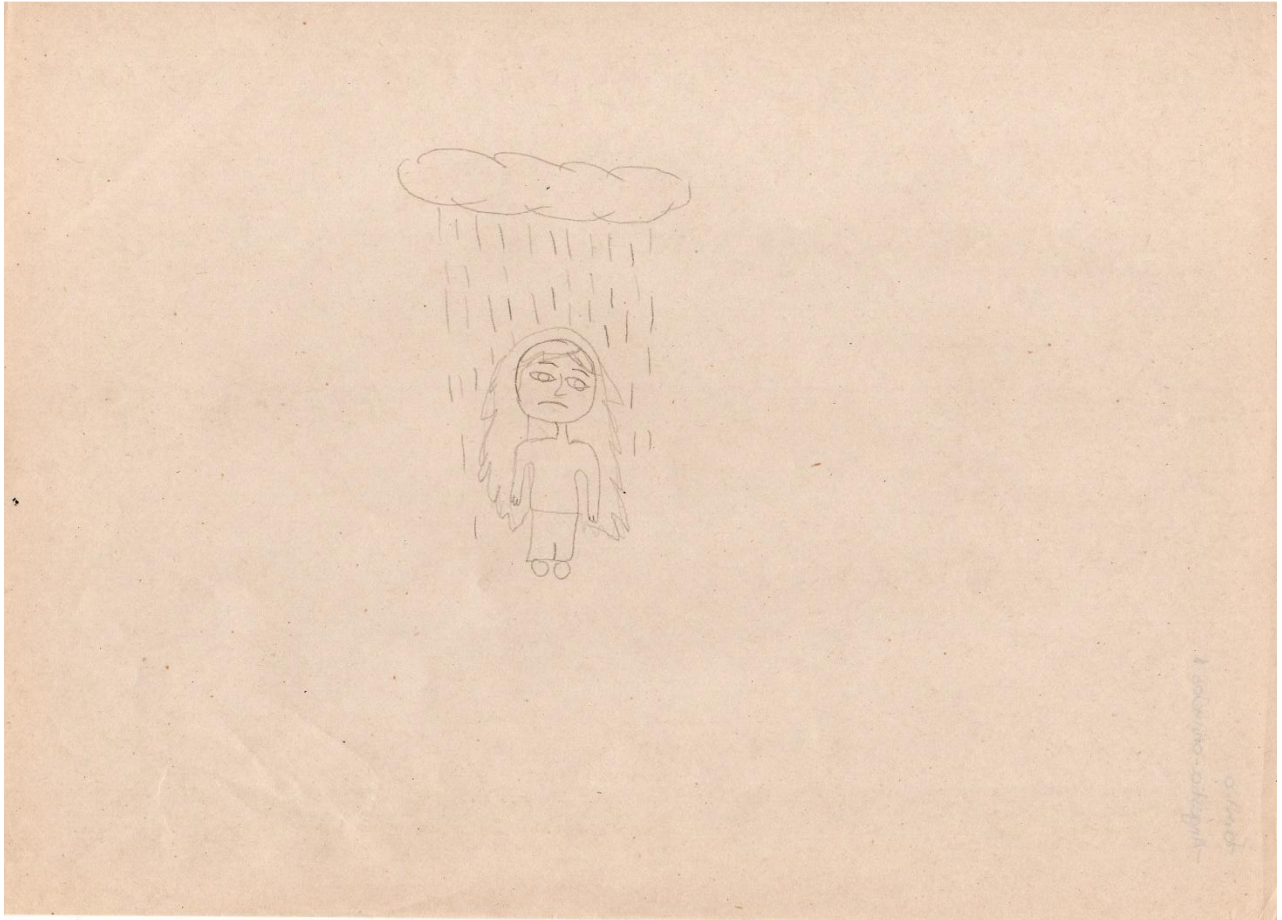
- adopción. In *Adolescentes en el siglo XXI* (pp. 176–177). Madrid: Morata.
- Romero, M., García, M., Morer, A., Varela, E., Vázquez-Morejón, A., & Lázaro, L. (2017). El trastorno conversivo infantil desde una orientación sistémico-experiencial: a propósito de un caso. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO - JUVENIL*, 393–394.
- Ruiz Fernandez, M. Á., Díaz García, M., & Villalobos Crespo, A. (2012). MANUAL TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUALES. In *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. <https://doi.org/B1-3308-2011>
- Sánchez, C. G. (2012). *Psicología y religión*. Madrid: Trotta.
- Sarráis, F. (2016). *Psicopatología*. España: EUNSA.
- Schiltz, C., Sorger, B., Caldara, R., Ahmed, F., Mayer, E., Goebel, R., & Rossion, B. (2006). Impaired face discrimination in acquired prosopagnosia is associated with abnormal response to individual faces in the right middle fusiform gyrus. *Cerebral Cortex*, 574–586.
- Segal, H. (1993). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Sergent, J., & Villemure, J. G. (1989). Prosopagnosia in a right hemispherectomized patient. *Brain*, 4, 975–995.
- Shaw, E. (1999). A guide to the qualitative research process: evidence from a small firm study. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2, 59–70.
- Shaw, R., & DeMaso, D. (2010). *Textbook of pediatric psychosomatic medicine*.
- Shedler, J. (2010). La eficacia de la psicoterapia psicodinámica. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Smith, P. S., & Sharp, K. S. (1994). *School bollying: insights and perspectives*.
- Soler, C. (n.d.). L’hystérique et L/a femme: vlinique différentielle. *La Cause Freudienne*, 47–72.
- Stallard, P. (2007). PENSAR BIEN–SENTIRSE BIEN. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes. In *Editorial Desclée Brouwer*.
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. In *What Works for Whom . A critical review of psychotherapy research*.
- Tubert, S. (2000). *Sigmund Freud*. Madrid, España: EDAF.
- Tural Hesapcioglu, S., & Ercan, F. (2017). Traditional and cyberbullying co-occurrence and its relationship to psychiatric symptoms. *Pediatrics International*, 59, 16–22. <https://doi.org/10.1111/ped.13067>
- Urbano, C., & Yuni, J. (2016). *Psicología y Cultura de los Adolescentes*. Argentina: Brujas.
- Vaillancourt, T., Trinh, V., McDougall, P., Duku, E., Cunningham, L., Cunningham, C., & Short, K. (2010). Optimizing population screening of bullying in school-aged children. *Journal of School Violence*, 233–250.
- Vásquez Rojas, R., Silvestre, J., & Escobar Sánchez, M. (2010). Crisis psicogénas no epilépticas

- en psiquiatría infantil. *MedUNAB*, 9.
- Veith, I. (1973). *Historie de l'hystérie*. París: Seghers.
- Verhaeghe, P., Vanheule, S., & De Rick, A. (2007). Actual neurosis as the underlying psychic structure of panic disorder, somatization, and somatoform disorder: an integration of Freudian and attachment perspectives. *Psychoanalytic Quarterly*.
- Voors, W. (2005). *Bullying. El acoso escolar*. México: Paidós.
- Vygotski, L. S. (1993). *Obras escogidas II*. Madrid: Visor.
- Wallace, S. A., Crown, J. M., Cox, A. D., & Berger, M. (1995). Epidemiologically based needs assessment: child and adolescent mental health. *Wessex Institute of Public Health*.
- Wanceulen Ferrer, A. (2016). Stop bullying. *Editorial WANCEULEN, S.L.*
- Yin, R. (1989). *Investigación sobre estudio de casos. Diseño Y Métodos*. London: International Educational and Professional Publisher.

Anexos



Test de Familia



Test de la Persona Bajo la Lluvia

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET. 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... Edad: 13 Fecha de hoy: 24/04/18

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

☒ Mujer ☐ Varón

Educación:

☐ Primario incompleto ☒ Secundario incompleto ☐ Terciario incompleto

☐ Primario completo ☐ Secundario completo ☐ Terciario/universitario completo

Estado civil:

☒ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo/a
☐ Casado ☐ Separado ☐ En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho
	☒			
			☒	
		☒		

4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
9. Tener dificultad para memorizar cosas.
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.
15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
29. Sentirme solo/a.
30. Sentirme triste.
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
32. No tener interés por nada.
33. Tener miedos.
34. Sentirme herido en mis sentimientos.
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
36. Sentir que no me comprenden.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho	
4. Sensación de mareo o desmayo.		X				1
5. Falta de interés en relaciones sexuales.	X					0
6. Criticar a los demás.	X					0
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.	X					0
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.		X				1
9. Tener dificultad para memorizar cosas.				X		3
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.		X				1
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.			X			2
12. Dolores en el pecho.				X		3
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.	X		X			2
14. Sentirme con muy pocas energías.	X			X		3
15. Pensar en quitarme la vida.	X					0
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.			X			2
17. Temblores en mi cuerpo.			X			2
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.	X					0
19. No tener ganas de comer.				X		3
20. Llorar por cualquier cosa.				X		3
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.	X					0
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.	X					0
23. Asustarme de repente sin razón alguna.				X		3
24. Explotar y no poder controlarme.	X					0
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.	X					0
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.			X	X		2
27. Dolores en la espalda.					X	4
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.			X		X	4
29. Sentirme solo/a.					X	4
30. Sentirme triste.			X			2
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.		X				1
32. No tener interés por nada.	X					0
33. Tener miedos.	X		X			2
34. Sentirme herido en mis sentimientos.	X					0
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.	X					0
36. Sentir que no me comprenden.	X					0

37. Sentir que no calgo bien a la gente, que no les gusto.

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.

39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.

40. Náuseas o dolor de estómago.

41. Sentirme inferior a los demás.

42. Calambres en manos, brazos o piernas.

43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.

44. Tener problemas para dormir.

45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.

46. Tener dificultades para tomar decisiones.

47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.

48. Tener dificultades para respirar bien.

49. Ataques de frío o de calor.

50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.

51. Sentir que mi mente queda en blanco.

52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.

53. Tener un nudo en la garganta.

54. Perder las esperanzas en el futuro.

55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.

56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.

57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a

58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados

59. Pensar que me estoy por morir.

60. Comer demasiado.

61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.

62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.

63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.

64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.

65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.

66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.

67. Necesitar romper o destrozar cosas.

68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.

69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho	
			X			2
			X			2
				X		3
			X			2
	X					0
				X		3
				X		3
				X		3
			X			2
	X					0
	X		X		X	4
	X					0
				X		3
	X					0
			X			2
				X		2
					X	4
				X		3
						0
	X					0
				X		3
	X					0
	X					0
			X			2
	X					0
	X					0
			X			2
	X					0
			X			2
	X					0
		X				1

70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.

71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.

73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.

74. Meterme muy seguido en discusiones.

75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.

76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.

77. Sentirme solo/a aún estando con gente.

78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.

79. Sentirme un/a inútil.

80. Sentir que algo malo me va a pasar.

81. Gritar o tirar cosas.

82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.

83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.

84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.

85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.

86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.

87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.

88. Sentirme alejado/a de las demás personas.

89. Sentirme culpable.

90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho	
X					0
X					0
	X				1
X					0
X					0
			X		3
		X			2
	X				1
	X				1
		X			2
X				X	3
X			X		3
X					0
X					0
X					0
X					0
X					0
X					0
		X			2
			X		3

Hoja para el cálculo de los puntajes

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas, usando tabla.
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

1) SOMATIZACIONES (12 ítems)

1..4..1..12..3..27..4..40..2..42..3..48..0..49..3..52..3..53..2..56..4..58..2.. →

Total	23	promedio
Nº resp.	12	2,33

SOM

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES (10 ítems)

3..2..9..3..10..1..28..1..38..2..45..2..46..0..51..2..55..2..65..0.. →

Total	18	promedio
Nº resp.	10	1,8

OBS

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (9 ítems)

6..0..21..0..34..0..36..0..37..2..41..0..61..2..69..1..73..0.. →

Total	6	promedio
Nº resp.	9	0,66

SI

4) DEPRESIÓN (13 ítems)

5..0..14..3..15..0..20..2..22..0..26..2..29..4..30..2..31..1..32..0..54..0..71..0..79..2.. →

Total	17	promedio
Nº resp.	13	1,30

DEP

5) ANSIEDAD (10 ítems)

2..3..17..2..23..2..33..2..39..3..57..3..72..1..78..1..80..3..86..0.. →

Total	21	promedio
Nº resp.	10	2,1

ANS

6) HOSTILIDAD (6 ítems)

11..2..24..0..63..0..67..2..74..0..81..3.. →

Total	7	promedio
Nº resp.	6	1,16

HOS

7) ANSIEDAD FÓBICA (7 ítems)

13..2..25..0..47..4..50..0..70..0..75..3..82..0.. →

Total	9	promedio
Nº resp.	7	1,28

FOB

8) IDEACIÓN PARANOIDE (6 ítems)

8..1..18..0..43..3..68..0..76..2..83..0.. →

Total	6	promedio
Nº resp.	6	1

PAR

9) PSICOTICISMO (10 ítems)

7..0..16..2..35..0..62..0..77..1..84..0..85..0..87..0..88..0..90..3.. →

Total	6	promedio
Nº resp.	10	0,6

PSIC

ÍTEMES ADICIONALES (7 ítems)

19..3..44..2..59..0..60..0..64..2..66..0..89..2.. →

Total	10	
Nº resp.	7	

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL →

Σ "total"	Nº respuestas correctas	
128	90	1,42

IGS

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS →

Σ "total"	SP	
128	54	2,37

TSP

INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO →

Σ "total"	SP	
128	54	2,37

IMSP

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP
70	55	45	55	63	55	63	50	50	60	55	60

TEST DE SACKS

(Adolescentes de ambos sexos)

Nombres:..... Edad: 13
 Escolaridad o Instrucción: Instrucción
 Nombre del Plantel Educativo: Victor Gerardo Aguilar
 Fecha de examen: 05/09/18

INSTRUCCIONES: Complete la oración que se encuentra a continuación. Debe completar una por una y con sus propias palabras.

- 1.- El ideal más grande de mi vida es graduarme
- 2.- Me gusta compararme con los demás no porque cada uno es como es
- 3.- El recuerdo más vivo de mi vida es cuando estaba en mis años
- 4.- Nunca tengo tanta angustia como cuando me preocupan algo o me asustado
- 5.- Considero a mis superiores los que son buenos y respetuosos
- 6.- Los compañeros con los cuales trato son una ramita
- 7.- Yo creo que la vida de matrimonio buena es buena pero hay problemas
- 8.- En comparación con las demás familias la mía es a mi tío Enrique
- 9.- Me gustaría que mi padre sea más paciente
- 10.- Siempre he ambicionado nada
- 11.- Aquello que más necesito estoy con mis papas
- 12.- Cuando era pequeño(a) me volvía muy inquieto(a) si era muy travieso me gusta almorzar en el piso
- 13.- El miedo a veces me hace esta con ansiedad
- 14.- Cuando veo al profesor me pongo tímido o alegre
- 15.- Cuando no estoy presente, mis amigos(as) se preguntan que porque no estoy con ellos en ese momento
- 16.- Para mí el amor nunca es algo muy bonito
- 17.- Creo que mi padre rara vez se enoja demasiado
- 18.- Mi madre y yo nos llevamos bien
- 19.- Sería feliz si no hubiera mucha maldad en el mundo
- 20.- Mi mayor debilidad es cuando ven sangre o alguien está enfermo
- 21.- Me pone nervioso(a) cuando me están mirando
- 22.- Quisiera perder el miedo a mis compañeros
- 23.- En clase mis profesores no enseñan bien
- 24.- La gente piensa que yo soy muy grosero o gorda
- 25.- Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos me alegro por ellos
- 26.- Quisiera que mis padres nunca se separen
- 27.- El modo de ser de mi madre es bueno
- 28.- Un día espero que este bien de mi salud
- 29.- Cuando las cosas no andan bien me siento mal

Test de SACKS

- 30.- El error más grande de mi vida. *cuando menta mis papas*.....
- 31.- La mayor parte de mis compañeros(as) no saben que yo *soy adoptado*.....
- 32.- Si yo fuera superior. *hiciera que se respeten*.....
- 33.- El tipo de persona que prefiero. *es amable, humilde, carinosa etc.*.....
- 34.- La mayor parte de las señoritas(jóvenes) modernos(as). *son malcriados*.....
- 35.- Cuando yo era niño(a) mi familia. *me quería mucho y me sigue queriendo*.....
- 36.- Crec que mi padre. *es un gran padre que he tenido*.....
- 37.- Cuando miro al porvenir. *me siento alegre*.....
- 38.- Me considero capaz. *de jugar, escribir*.....
- 39.- Daría algo por olvidar. *cuando tuve los accidentes*.....
- 40.- Se que es una tontería pero tengo miedo de. *mis compañeros*.....
- 41.- La mayor parte de mis superiores. *son respetuosos*.....
- 42.- Un amigo sincero(una amiga de verdad). *adriana ramón*.....
- 43.- Para mí la mujer ideal(para mí el hombre ideal). *es el que sepa respetar y sea de mi raza, testigos de jehová*.....
- 44.- Mi familia me trata. *bien, a veces un poco mal*.....
- 45.- La mayoría de las madres. *son malas pero la mia es amable*.....

DIFICULTADES PSICO-FISICAS:

Enumere algunas enfermedades o dificultades bio-psicológicas que hayan ocasionado problemas en su vida estudiantil.

.....

.....

.....

Quisiera hacer las siguientes observaciones:

.....

.....

.....

APRECIACION PSICOLOGICA:

.....

.....

.....

El Examinador

Test de SACKS

TEST DE SACKS

ADOLESCENTES AMBOS SEXOS

HOJA PARA LA INTERPRETACION

1.- AREA FAMILIAR

a) Actitudes hacia el padre y la madre:

Item	Calificación	
P 9	1	
M 18	0	
M 27	0	
F 36	1	2
M 45	0	

b) Actitudes hacia el grupo familiar:

Item	Calificación	
8	2	
17	1	
26	0	
35	0	
44	1	4

2.- AREA SEXUAL

a) Actitudes hacia el sexo complementario:

Item	Calificación	
7	1	
16	0	
25	0	
34	2	4
43	1	

3.- AREA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

a) Actitudes hacia amigos y conocidos:

Item	Calificación	
6	0	
15	1	
24	2	
33	0	3
42	0	

b) Relaciones Superiores - Súbditos:

Item	Calificación	
5	0	
14	1	
23	2	
32	1	4
41	0	

Test de SACKS

4.- AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO

a) Temores y angustias (Sentimientos negativos de si mismo):

Item	Calificación
4	2
13	2
21	2
22	2
40	2

10

b) Actitudes hacia las propias habilidades (Conocimiento que el sujeto tiene de si mismo y conocimientos que los demás tienen de él):

Item	Calificación
2	0
11	1
20	1
29	1
38	0

3

c) Actitudes hacia el pasado:

Item	Calificación
3	1
12	0
31	2
30	0
39	2

5

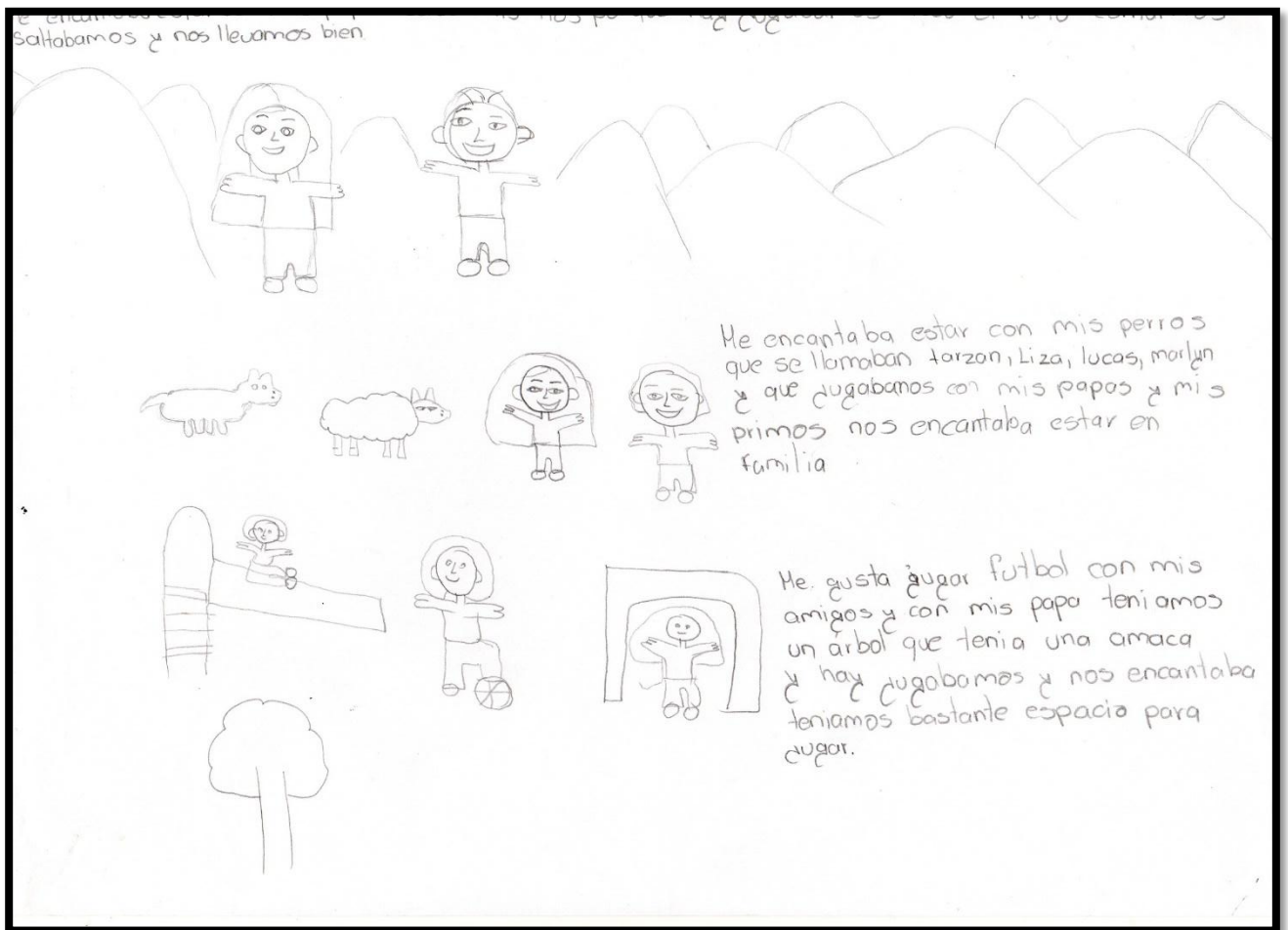
d) Actitudes hacia el futuro y valores (Aspiraciones):

Item	Calificación
1	0
10	1
19	1
28	2
37	0

4

Total: 39 Orientación adecuada

Debe ser sometida a una entrevista individual con la finalidad de analizar los posibles conflictos, que generalmente son características de la adolescencia.



Dibujo libre