

# ALTERACIONES CONDUCTUALES EN LA ETAPA INFANTO-JUVENIL Y CONFLICTIVA FAMILIAR: UN CASO CLÍNICO

Ana Pascual Sánchez<sup>1</sup>, Mayelin Rey Bruguera<sup>2</sup>, Águeda Binué Morales<sup>1</sup>, María Concepción Escolar Gutiérrez<sup>3</sup>, Sandra Martínez Larumbe<sup>4</sup>  
1. P.I.R., HRyC 2. Psicóloga Clínica, HRyC. 3. Psicóloga Clínica, Coordinadora del Servicio de Rehabilitación Psicosocial de Tres Cantos. 4. M.I.R., HRyC.

## INTRODUCCIÓN

Los problemas de conducta son frecuentes durante la infancia y la adolescencia. La conflictiva familiar, las dificultades en el establecimiento de límites y normas, así como la ausencia de una contención emocional adecuada por parte de los progenitores, pueden agravar las alteraciones de conducta y generar otra sintomatología.

## FILIACIÓN

- Mujer, **14 años**. Curso escolar: 2º E.S.O.
- Padres divorciados. Convive con madre y hermana menor.

## MOTIVO DE CONSULTA

**Alteraciones conductuales** en distintos contextos, deterioro del rendimiento académico y de las relaciones interpersonales.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

- Sin antecedentes familiares de interés.

## PSICODIAGNÓSTICO

### -Entrevista clínica individual y entrevista evolutiva con progenitores:

Embarazo normal, parto y periodo neonatal normales. Lactancia de 3 meses. Desarrollo evolutivo normal. Descripción de los progenitores: inquieta desde siempre. A los 7 años inicio del comportamiento disruptivo en diferentes contextos y deterioro del rendimiento académico, que coincide con el **inicio de la conflictiva familiar**. Separación de los padres a sus 10 años.

### -Test gestáltico-visomotor (Bender, 1938):

- No signos de organicidad.
- Indicadores de impulsividad**.

### -Pruebas proyectivas:

- **HTP-A** (Buck, 1947): destacan **sentimientos de soledad, vacío y abandono**, reiterados **intentos de búsqueda de atención**. La realización de los trazos se caracteriza por una marcada impulsividad, lo que contrasta con el repaso fuerte de los trazos en todo lo relacionado con cubrirse (tejado, flequillo, gafas, etc.).
- **Test de la familia** (Corman, 1961): muestra su **fantasía de familia unida**, al dibujar a todos dados de la mano y a ella entre sus padres, sin apoyo en el suelo. En la historia señala: "**mamá míname**".
- **Dibujo libre** (Wolff, 1947): el mar iluminado por el sol, sin continuidad del trazo. Describe el agua como algo que nos da la vida pero puede darnos también la muerte.
- **Test desiderativo** (Berstein, 1956):
  - R+: Lobo (20"), árbol (60"), agua (20"). No argumenta motivos.
  - R- :Toro (5"), cactus (100"), espantapájaros (35"). Señala el escaso respeto que reciben los toros, la soledad y escasa resistencia que considera sufren los cactus, las dificultades para estar quieta si fuese un espantapájaros.

### -Pruebas psicométricas\*:

- **Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)** (Goodman, 1997): **predominio de problemas conductuales**.
- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MACI)** (Millon, 1993):
  - \*Puntuaciones elevadas en **alteración** (intento de mostrar mayor problemática). Los resultados de los cuestionarios de autoinforme han de ser tomados con cautela.
  - **Prototipos de personalidad**: **predominio de estilo de personalidad oposicionista**, indicador de negativismo.
  - **Preocupaciones expresadas**: discordancia familiar (preocupación principal)  
difusión de la identidad, desagrado por el propio cuerpo e inseguridad con los iguales (ligeramente problemáticos)
  - **Síndromes clínicos**: alta probabilidad de: afecto depresivo
- **Inventario de Depresión Infantil (CDI)** (Kovacs, 1992):  
CDI = 28. Sintomatología depresiva leve.
- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC)** (Spielberg et al., 1983): STAI-E = 90 y STAI-R = 95. Elevado grado de ansiedad estado-rasgo.

## ANTECEDENTES PERSONALES Y EVOLUCIÓN

### •Historia de tratamientos de salud mental:

- CSM: acuden a los 7, 10 y 14 años.
- Hospital de día: 12-13 años
- Escasa adherencia al tratamiento y abandono de los tratamientos.
- Acuden por mismo motivo de consulta: **alteraciones conductuales y emocionales** e importante **conflictiva relacional entre los padres**.
- Intervención de **Servicios Sociales**.
- La **conflictiva parental empeora** y las alteraciones conductuales no remiten, los padres muestran **dificultades de contención emocional** a la menor, así como **falta de consistencia** en el establecimiento de límites y normas.

## CONCLUSIONES DEL PSICODIAGNÓSTICO

Ambiente familiar **percibido como problemático**

**Percepción idealizada** de mejoría: no permite aceptación ni planes de futuro

**Actitud externalizadora** que impide aceptar responsabilidad actual

**Escasa colaboración** en pruebas

**Síntomas como culpabilizadores** por parte de los padres

## PLAN TERAPÉUTICO

Proceso de **separación-individuación** paciente-progenitores.

Capacidad de **introspección**.

Incremento de la **autonomía** y **toma de responsabilidad** sobre el comportamiento.

Promover la **contención de la menor por parte de los padres**.

Abordaje de la **conflictiva familiar**.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1971). La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. Ed. Paidós Ibérica.
- Guillé, JM., Huynh, C., Breton, J.J., Rivière, S.G., Berthiaume, C., St. Georges, M. & Labelle, R. (2016). Familial and Clinical Correlates in Depressed Adolescents with Borderline Personality Disorder Traits. *Frontiers in Pediatrics*, 4(87). doi:10.3389/fped.2016.00087.
- Ødegård, A. & Bjørkly, S. (2012). The Family as Partner in Child Mental Health Care: Problem Perceptions and Challenges to Collaboration. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21 (2), 98-104.