



**Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Facultad de Medicina  
Escuela de Postgrado  
Departamento de Psicología  
Magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil**

**INDICADORES EMOCIONALES DE LA EXPRESIÓN AFECTIVA EN  
ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT ATENCIONAL  
CON HIPERACTIVIDAD, EVALUADO A TRAVÉS DEL TEST DE  
RELACIONES OBJETALES DE PHILLIPSON**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología  
Clínica Infanto-Juvenil**

**ALUMNA:**

**Ps. Erika Osorio Inostroza.**

**TUTORA:**

**Ps. Ruth Weinstein Aranda.**

**Santiago, 2013.**

**“Permanecerás en mi alma y mi mente por siempre,  
hasta que volvamos a reunirnos...”  
en memoria a mi querida amiga Loreto.**

## **Agradecimientos**

**Agradezco profundamente a todos aquellos que directa o indirectamente me acompañaron en este gran desafío, a mis padres, mi marido, mis hijos, mis amigos. Gracias por darme el apoyo y la fuerza para lograr con éxito la meta planificada.**

## INDICE

1. Resumen .....	6
2. Introducción .....	8
3. Marco Teórico .....	12
3.1. Concepciones básicas sobre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	12
3.2. Antecedentes históricos del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	14
3.3. Modelo de Autorregulación de Russell Barkley .....	16
3.4. Aspectos afectivos en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	20
3.5. La expresión afectiva en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	22
3.6. Características de la etapa adolescente .....	26
3.6.1. Adolescencia y la búsqueda de la identidad .....	31
3.6.2. Adolescencia y sexualidad .....	31
3.6.3. Adolescencia y la relación con las figuras parentales .....	31
3.6.4. Adolescencia y la relación con el grupo de pares .....	33
3.6.5. Relaciones amorosas en la adolescencia .....	33
4. Objetivos e Hipótesis .....	35
4.1. Objetivo general .....	35
4.2. Objetivos específicos .....	35
4.3. Hipótesis .....	36
5. Marco Metodológico .....	37
5.1. Fundamento del Enfoque Metodológico .....	37
5.2. Descripción de las variables .....	37
5.3. Población y muestra .....	40
5.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	41
5.5. Instrumentos de recolección y producción de datos .....	42

5.6. Análisis de datos .....	45
5.7. Procedimientos .....	46
5.8. Consideraciones éticas .....	47
6. Resultados .....	48
6.1. Representación de sí mismo en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	48
6.2. Tipo de vínculo predominante en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	55
6.3. Tipo de ansiedad predominante en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	59
6.4. Nivel de autoestima predominante en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	64
6.5. Tipo de indicadores emocionales en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.....	64
7. Conclusiones y Discusión .....	66
8. Referencias .....	73
9. Anexos .....	77
9.1. Anexo 1: Consentimiento informado .....	78
9.2. Anexo 2 : Categorías de análisis del TRO .....	80
9.3. Anexo 3 : Láminas del Test de Relaciones Objetales (TRO) .....	92
9.4. Anexo 4 : Protocolo ChIPS .....	93

## RESUMEN

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) es una condición que se caracteriza por alteraciones neurofisiológicas y neuropsicológicas producto de variadas causas que se inician precozmente en la infancia e inclusive antes de este período. La escasa información acerca del desarrollo del área afectiva en personas con TDAH, especialmente en la etapa adolescente, hacen reflexionar acerca de las condiciones y características etarias y evolutivas presentes en este cuadro en comparación a jóvenes que no presentan esta condición. Como objetivo se determinaron los indicadores emocionales de la expresión afectiva en adolescentes entre 13 y 18 años con y sin diagnóstico de Trastorno por déficit atencional con hiperactividad evaluados con el Test de Relaciones Objetales. Los resultados indican que existe la presencia de indicadores emocionales que se asocian a la condición de TDAH en relación a las categorías de análisis del TRO, como la representación de sí mismo desvalido-abandonado y amenazado, dependiente en la relación diádica y con su grupo de pares. En su gran mayoría ambos grupos presentan características que no los diferencian significativamente en su proceso adolescente, como la asociación a una autoestima baja.

*Palabras claves:* Trastorno por déficit atencional con hiperactividad, desregulación, expresión afectiva, Test de Relaciones Objetales, adolescentes.

## ABSTRACT

Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) is a condition characterized by neurophysiological and neuropsychological product varied causes that begin early in childhood and even before this period alteration. The limited information about the development of affective area in people with ADHD, especially in the adolescent stage, they reflect on the condition and age-based and evolutionary features in this table compared to young people without this condition. Objective indicators of emotional affective expression in adolescents

aged 13 to 18 with and without a diagnosis of attention deficit disorder with hyperactivity evaluated Object Relations Test were determined. The results indicate that there is the presence of emotional indicators that are associated with ADHD status in relation to the categories of analysis TRO, as representing self-abandoned and threatened helpless, dependent on the dyadic relationship and his group pairs. Overwhelmingly both groups have characteristics that do not differ significantly in their adolescent process, as the association to low self esteem.

Keywords: attention deficit disorder with hyperactivity, deregulation, affective expression, Object Relations Test teenagers.

## 2.- INTRODUCCIÓN

Desde el primer reporte que surge caracterizando al Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) por Sir George Still en 1902, quien lo describe como Síndrome Hiperkinético, se han realizado múltiples investigaciones en el transcurso de los años, que han permitido profundizar en las características neuropsicológicas, neurofisiológicas y neurogenéticas de este cuadro, datos que han sido fundamentales para enfrentar el aumento de la prevalencia a nivel mundial y entender las co-morbilidades con las cuales se asocia (Poeta, Rosa-Neto, 2006). A su vez, los estudios en el aspecto sintomatológico, conductual y cognitivo, así como los aportes por ejemplo de Zametkin a través de la neuroimagen funcional, facilita la creación de protocolos y guías clínicas para un mejor diagnóstico e intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales a nivel internacional. Sin embargo, a pesar de los avances establecidos en estos años los estudios muestran escasa información asociada a dificultades en el ámbito afectivo, específicamente el que da cuenta de la expresión afectiva, producto de las condiciones propias de este cuadro.

En este contexto, como lo mencionan Rebollo y Montiel (2006), la perspectiva de incluir en la comprensión de la disfunción ejecutiva planteada por Russell Barkley, aspectos relacionados con la desregulación emocional, aumenta la comprensión de las serias dificultades presentes en sujetos con el TDAH, que se traducen en conductas imprevisibles que no se observan dentro del marco neuroconductual esperado para los sujetos con esta condición, centrándose entonces en acciones autodirigidas del individuo para autorregularse, que implica la alteración de 4 funciones: la memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal (o el habla internalizada), el autocontrol de la activación, la motivación y el afecto y la reconstitución” (Servera-Barceló, 2005, p.362). Estos aspectos facilitan la comprensión de impedimentos para determinar objetivos y consecuencias de la conducta dependientes de la expresión verbal y el reconocimiento de expresiones emocionales en los otros, especialmente las relacionadas con emociones negativas, que imposibilitan la función fundamental para generar el autocontrol y la regulación emocional, que se traducen directamente en la disfunción de la competencia emocional.



A partir de esta información, también se han realizado algunos estudios que asocian estas dificultades específicas con el área afectiva, vinculándolos a la zona mesolímbica que tiene influencia en la integración de los procesos emocionales y motivacionales, así como en mecanismos inhibitorios de diferentes aspectos de la conducta. Algunos de los síntomas que definen esta condición, como la inatención, la impulsividad y la hiperactividad, se asocian a otros signos que se presentan en el área afectiva, como el reconocimiento de las “expresiones faciales y la prosodia...que definirán importantes dificultades para modular los estados afectivos, que serán responsables de altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración” (Albert, 2008, p.40), variables que agregan mayor cantidad de obstáculos para reconocer y comprender la información que proviene del área afectiva.

Sin embargo, aun cuando se han podido establecer estas comparaciones, que se han llevado a cabo con mayor precisión en el mundo infantil, y se han generado a partir de ellas distintas intervenciones para enfrentar en este grupo, aún es necesario incluir mayor cantidad de información en el área afectiva, que permita visualizar una diferencia entre el Trastorno por Déficit Atencional, más allá de las características propias de su etapa evolutiva de la adolescencia y las co-morbilidades asociadas. Se ha podido establecer por otra parte, que esta condición se mantiene a través de los años, por lo tanto, se plantea qué sucede en el mundo interno o como lo vivencian los jóvenes con esta condición, proponiendo desafíos para conocer los aspectos relacionados con la desregulación emocional como una variable fundamental para entender los aspectos afectivos.

Es importante, por lo tanto, estudiar el TDAH en la adolescencia porque es una condición que se presenta, como lo señala Rutter (2008), con diferentes presentaciones según las edades: pre-escolar, escolares, adolescencia y adultez, con un alto porcentaje de características heredables de sus parientes biológicos, evidenciando 8 veces un mayor riesgo de manifestar TDAH, con sintomatología que se expresa de igual forma en el transcurso del tiempo, que no desaparece, sino que tiende a asociarse con desordenes del neurodesarrollo mental, desordenes de la infancia y otras comorbilidades como las condiciones psiquiátricas de Bipolaridad, Depresión, Tics, Discapacidad Intelectual, entre otros.

Desde esta visión, en conjunto con las dificultades que se van presentando y las modificaciones de los síntomas producto de la madurez y la adaptación en las distintas etapas del desarrollo, es que este estudio se llevó a cabo con un instrumento proyectivo que facilitó la posibilidad de ofrecer un aporte en el conocimiento de la significación que tiene el adolescente con TDAH, sobre la percepción acerca de sí mismo y del mundo que lo rodea. En este contexto, el Test de Relaciones Objetales creada por Phillipson permite un acercamiento a través de sus láminas para “explorar la capacidad de las personas para establecer y mantener relaciones y experiencias satisfactorias con los demás” (Barraza, Cervellino y Montalvo, 1998, citado en Baeza y Fuentes, 2007, p.3), así como permite manifestar sus más profundos sentimientos como “una creación que expresa el modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa” (Grassano, 1984, p.34, citado en Baeza y Fuentes, 2007, p.3). El sujeto se ve expuesto a contenidos y formas, que al recurrir a estímulos ambiguos como personajes humanos, objetos y clima emocional, puede contactarse con su mundo interno y su percepción, donde el rol fundamental está centrado en la combinación con los elementos propios de la persona, su visión de la afectividad y su historia personal.

Por lo tanto, la relevancia teórica de este estudio se establece a partir de una comprensión del TDAH a través del TRO, como instrumento de evaluación y diagnóstico en adolescentes de ambos sexos, para determinar indicadores emocionales de la expresión afectiva en este grupo etario, entre 13 y 18 años, con presencia de TDAH.

La novedad que reviste esta investigación, es representar el mundo emocional desde las propias narrativas de los adolescentes, aproximándose a la forma de expresar las vivencias del sí mismo, la autoestima, el vínculo y las ansiedades. De este modo, será posible aproximarse a una mejor comprensión e interpretación del mundo adolescente con esta condición vivenciadas desde sus propias características afectivas, permitiendo en estudios posteriores establecer las formas de intervención más adecuadas.

Esta búsqueda se realizó con 60 adolescentes en total, divididos en 2 grupos de 30 sujetos de ambos sexos cada uno. El primer grupo, lo integraron adolescentes que presentaban Trastorno por Déficit Atencional y el segundo, estuvo compuesto por jóvenes que no

presentaban Trastorno por Déficit Atencional. La finalidad se centró en la comparación de ambos grupos, de manera de determinar la existencia de indicadores emocionales diferenciales o por el contrario, establecer si la forma de vivenciar las experiencias afectivas, es similar en esta etapa evolutiva.

De esta forma, y en base a la información reunida es posible preguntarse ¿Existen indicadores emocionales diferenciales de la expresión afectiva entre adolescentes con y sin Déficit Atencional evaluados a través del Test de Relaciones Objetales de Phillipson?

### 3.- MARCO TEÓRICO

#### 3.1.- Concepciones básicas sobre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad

El Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) corresponde a una condición con un sustrato “neurobiológico heterogéneo que se caracteriza no sólo por sus disfunciones cognitivas sino también por la existencia de importantes alteraciones afectivas, tanto motivacionales como emocionales” (López Martín, Albert, Fernández-Jaén y Carretié, 2009, p.17). Los síntomas esenciales o primarios son: desatención, hiperactividad e impulsividad.

Estas características se inician en la infancia, principalmente antes de los 7 años, que han sido incluidas en dos de las clasificaciones diagnósticas fundamentales, por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV-TR, 2002) lo define como Trastorno por Déficit de Atención y comportamiento perturbador, identificado como “un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (p.97), incluye 3 subtipos: 1) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo Combinado; 2) Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo predominio del Déficit de Atención; 3) Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, tipo predominio Hiperactivo-Impulsivo. Por otra parte, la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), publicada en el año 1993, lo describe como Trastornos Hipercinéticos, a todos aquellos cuadros que requieran para ser diagnosticados

*“la presencia clara de niveles anómalos de déficit de atención, hiperactividad e inquietud, que debe ser generalizada a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones y no deben ser causadas por otros trastornos tales como el autismo o los trastornos afectivos”*(p. 197).

A nivel mundial la prevalencia se estima entre 3 y 7% de los niños en edad escolar (APA, 2002) y respecto a Chile, el último estudio realizado por Vicente, De La Barra, Saldivia y Melipillán, (2012) sobre el Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile, informa que la prevalencia del Trastorno por Déficit Atencional corresponde al 10,3% de la población infanto-juvenil, dicho estudio se realizó en cuatro provincias del país, Iquique, Santiago, Cautín y Concepción, especificando las diferencias según género, hombres (9,7%), mujeres (10,9%) y grupo etario, entre 4-11 años (15,5%) y 12-18 años (4,6%). También es significativo que la provincia de Santiago, tiene una prevalencia de esta condición, de un 12,6%, presentando diferencias de género entre 11,4% en hombres, 13,8% en mujeres y en el grupo correspondiente entre los 4-11 años con un 18,7%, y un 5,8% entre los 12-18 años, superando ampliamente a la prevalencia a nivel nacional y de las otras provincias, Iquique 4,7%, Cautín 4,3% y Concepción 4,9%.

En este contexto, se ha descrito que los niños que han sido diagnosticados con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, en el 80% de los casos el cuadro persiste en la adolescencia (Fisher, Barkley, Smallish & Fletcher, 2005) y en la adultez.

Esta investigación se realizó bajo la mirada del DSM-IV-TR, que especifica con mayor precisión las diferencias entre los subtipos; según el predominio de los síntomas que presente se diagnosticarán Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: “a) tipo combinado, b) tipo con predominio de déficit de atención y c) tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (American Psychiatric Association, 1995, p.84). Existen por lo tanto, criterios establecidos para realizar el diagnóstico, por ejemplo 1) presentar como patrón esencial y persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad; 2) su aparición antes de los 7 años de edad; 3) la presencia de síntomas durante varios años antes de ser diagnosticado; 4) se relaciona con la presencia de los síntomas en dos situaciones como mínimo; 5) la interferencia social, académica o laboral según la etapa evolutiva y especificando que esta condición “no aparece exclusivamente en el trascurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental” (American Psychiatric Association, 1995, p. 82).

En consecuencia, es necesario que el diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, en cualquiera de sus alternativas requiere de criterios clínicos, de observación y de una entrevista en profundidad, así como establecer las condiciones que se requieren para determinar los diagnósticos diferenciales con otros cuadros, como por ejemplo, aprendizaje, motricidad, conducta, afectividad, y considerar las distintas comorbilidades que acompañan a esta condición; que corresponde entre un 50%-70% (Boehme y Quijada, 2006, p. 159), en este sentido, algunos de estos son el trastorno negativista desafiante, trastornos del ánimo, trastorno disocial, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos del espectro autista.

### **3.2.- Antecedentes históricos del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad**

Desde fines del siglo XIX, el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) fue descrito y estudiado por múltiples autores, destacándose George Still, quien define clínicamente por primera vez en 1902 que esta condición tiene como fundamental alteración un déficit en el control moral, entendido como la presencia de hiperactividad en niños, así como dificultades en la atención, reacciones violentas, agresividad y escasa repuesta al castigo.

Posteriormente en el siglo XX, se integran a sus aportes los investigadores como Lafora, 1917, donde observa a niños con actividad constante, elevados niveles de desatención y sin déficit cognitivo, Schilder, 1931, plantea el concepto de hipercinesia, Strauss, 1942, estableció que existía una lesión cerebral que definió como lesión cerebral mínima, Clements y Petersen, 1962, establecen el diagnóstico de Disfunción Cerebral Mínima, integrando las posibles causas del déficit atencional (espectro etiológico); DSM, 1968, la denominan reacción hiperkinética de la infancia y de la adolescencia, DSM y CIE, 1970, establecen que el TDAH tiene sus inicios en la infancia,. Por otra parte, Douglas y Peters, 1979, proponen que existe producto de la desatención y la impulsividad la presencia de desregulación en los niveles de activación frente a la demanda, así como la necesidad de refuerzo inmediato. DSM-III, 1980, en conjunto con los estudios de Virginia Douglas, quién se centra en el déficit de atención más que en la hiperactividad, precisan por primera vez en forma tridimensional este cuadro, centrándose en

la hiperactividad, la impulsividad y la inatención; Barkley, 1990, presenta su modelo de las disfunciones ejecutivas; Zametkin, 1993 utiliza las técnicas de neuroimagen en adolescentes con TDAH; alrededor del año 2000, estudios realizados por Bush (2005) y sus colaboradores desde la neuropsicología, neuroquímica y la neuroimagen estructural y funcional demuestran que el TDAH presenta alteraciones en varias regiones cerebrales, específicamente en el circuito fronto-estriado: corteza prefrontal dorsolateral y regiones dorsales de la corteza cingulada anterior y el estriado.

A estas contribuciones y otras realizadas en este ámbito como las planteadas por Poeta y Rosa-Neto (2006) y Trujillo-Orrego, Pineda y Uribe (2012), se agregan el estudio de causas etiológicas (factores genéticos, gestacionales, perinatales y traumas emocionales), las intervenciones farmacológicas en el año 1937 con psicoestimulantes, los avances en tecnología de neuroimagen y la creación de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, que favorecen la sistematización de síntomas conductuales que se relacionaron con las variables epidemiológicas y los aportes de la psicometría (validez), donde se definen en el transcurso de los años, las características cada vez más específicas presentes en el TDAH .

En síntesis, las denominaciones del cuadro han sido modificadas en virtud de los avances humanos y tecnológicos que se presentan, progresando desde el déficit del control moral, el daño cerebral mínimo, pasando por el síndrome de lesión cerebral infantil, síndrome de daño cerebral mínimo de la infancia y disfunción cerebral mínima entre algunos. En el caso del DSM-II (1968), lo plantea como reacción hiperkinética infantil, el DSM-III (1980), lo redefine y lo consigna como déficit de atención con y sin hiperactividad y en el DSM-IV-TR (2002), como trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador.

De esta manera, se establece a partir de los aportes de los datos epidemiológicos y estadísticos que se relacionan con la sintomatología del comportamiento del mundo infanto-juvenil, la presencia de investigaciones que hacen referencia a la revisión documental de múltiples bases de datos e interpretaciones originales en español y en inglés del DSM (II, III, III-R, IV y IV-TR), donde “se identificaron y revisaron un total de 71 artículos entre 1932 y 2011 que han analizado diferentes conceptos asociados a las manifestaciones del trastorno:

Disfunción Cerebral Mínima, hiperactividad, inatención, e impulsividad entre otros” (Trujillo-Orrego, et al., 2012, p.290).

En estas múltiples investigaciones que tienen la finalidad de precisar el diagnóstico para facilitar las intervenciones en distintos ámbitos de la vida de los niños, adolescentes y adultos, surgen diversos conceptos que definirán cada vez con mayor precisión las características básicas del trastorno y sus consecuencias. Sin embargo, durante una larga cantidad de años sólo fue considerado el aspecto neurológico en su causa y de forma estática. En los últimos años, gradualmente la definición fue modificada y se observa de forma dinámica, es decir, el trastorno puede evolucionar y modificar su condición clínica en la medida que el niño crece hacia la adultez. Gracias a las contribuciones de estos aspectos de la neurociencia, además de nuevos aportes teóricos, es posible determinar que las consideraciones neurológicas establecidas, como aquellas que definen el síndrome pre-frontal o cíngulo anterior, síndrome dorsolateral y síndrome orbitofrontal, estudios neurofisiológicos (hipoactivación cortical generalizada, disminución del volumen estructural del córtex prefrontal derecho, núcleo estriado, cuerpo caloso y cerebelo derecho y alteración de disponibilidad de dopamina y noradrenalina) no sólo son elementos primarios del trastorno, sino que se agregan particularidades que hacen referencia a un déficit en el ámbito motivacional y afectivo del TDAH. Entre algunas, se plantea el modelo atencional de Douglas, modelo de Gray, modelo de Wender y Reimherr, modelo de Barkley, modelo de Brown, modelo de Anastopoulos, Smith y Wein, modelo de Williams, modelo de Luman, Oosterlann y Sergeant, modelo de Passarotti, modelo de Sonuga-Barke, el modelo del sistema por defecto, modelo Luman, Tripp y Scheres, modelo de Sagvolden, Johansen, Aase y Russell, modelo de Tripp y Wickens.

### **3.3.- Modelo de Autorregulación de Russell Barkley**

Servera-Barceló (2005), mencionan que alrededor de 1990, Russell Barkley aporta nueva información acerca del déficit atencional; este autor plantea que el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH),



*“es un trastorno del desarrollo caracterizado por unos niveles evolutivamente inapropiados de problemas atencionales, sobreactividad e impulsividad. Normalmente surgen ya en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden explicarse por déficit neurológico importante ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, sin que tampoco se detecte retraso mental o trastornos emocionales graves”* (p. 358).

A partir de su concepto, Barkley crea un modelo denominado de autorregulación, donde la “teoría de las funciones del lóbulo pre-frontal o, en su caso, del sistema de las funciones ejecutivas son fundamentales para comprender el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y la autorregulación” (Servera-Barceló, 2005, p.362). El proceso de inhibición conductual es explicado, como la influencia de tres procesos interrelacionados: a) la capacidad para inhibir respuestas prepotentes (respuesta asociada a refuerzo inmediato, positivo o negativo), b) la capacidad para detener patrones de respuesta habituales y permitir una demora en la toma de decisión y c) la capacidad para proteger este período de demora y las respuestas autodirigidas que acontecen en él de las interrupciones que derivan de eventos y respuestas competitivas (control de interferencia). Por otra parte, la autorregulación (autocontrol) será definida como

*“cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento...altera a largo plazo la posibilidad de sus consecuencias asociadas, centrada básicamente en el individuo más que en el evento, determinándose como un trabajo a largo plazo (se desarrolla la capacidad para la organización temporal de las consecuencias de la conducta)”* (p. 362).

En este contexto, el autor asocia este proceso a las funciones ejecutivas, refiriéndose a ellas como acciones autodirigidas del individuo que usa para autoregularse, es decir, “se refiere a procesos como planificar, organizar y mantener la pauta de respuesta, atención selectiva y control inhibitorio” (Capdevila-Brophy et al., 2005, p. S18). Servera-Barceló (2005) mencionan

que en el caso de estos niños, estas funciones serían cuatro haciendo referencia a los estudios de Barkley:

*a) memoria de trabajo no verbal (interioriza las actividades sensoriomotoras), b) memoria de trabajo verbal (o el habla internalizada), c) autocontrol de la activación, la motivación y el afecto y d) reconstitución (representa la internalización del juego). Todas ellas están centradas en el mismo objetivo, que es “internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro y, de este modo, maximizar a largo plazo los beneficios del individuo” (p. 362).*

Definiendo específicamente a cada una de las funciones ejecutivas involucradas en el proceso de autorregulación es posible explicar entonces:

- a) Memoria de trabajo no verbal: Es la capacidad para mantener internamente representada información on line que se utilizará para controlar la emisión de respuestas contingentes a un evento. Expresa una sensibilidad encubierta hacia uno mismo, de modo que no sólo se refiere a la representación sensorial de los eventos, sino a todo el proceso de respuesta-resultado y su efecto sobre nosotros mismos.
- b) Memoria de trabajo verbal: Hace referencia al proceso por el cual la acción se pone al servicio del pensamiento a través del lenguaje. En este sentido, la internalización del habla sería uno de los principales indicadores de que el niño está “madurando”.
- c) Autocontrol de la activación, el afecto y la motivación: Estos marcadores son los tonos afectivo y emocional presentes en la acción cognitiva dirigida hacia un objetivo. La capacidad para activar cargas afectivas asociadas a las memorias de trabajo es un elemento imprescindible para la autorregulación.
- d) Reconstitución: Es entendida como la capacidad del lenguaje para representar objetos, acciones y propiedades que existen en el medio. Se expresa por un proceso de análisis y otro de síntesis; es decir, por la habilidad para separar secuencias conductuales en sus unidades (organización de la estrategia) y por la capacidad para combinar otras nuevas (creación de la estrategia). Dentro de su comprensión es necesario definir un último concepto utilizado por Barkley, que se denomina control motor, hace referencia a la

implementación de las acciones concretas (conductas) que se necesitan para la autorregulación: i) Incorporar el concepto de fluencia: capacidad para generar conductas novedosas y creativas en el momento en que se necesitan, e ii) Incorporar el concepto de sintaxis: capacidad para reconstruir y representar internamente la información del medio.

La desregulación de estas funciones ejecutivas específicas en los niños con TDAH traería como consecuencia a nivel evolutivo dificultades evidentes en la memoria de trabajo, un retraso en la internalización del habla, una inmadurez en el control del afecto, la motivación y la activación, así como en la reconstitución, entendida como la internalización del juego.

Se plantea que fundamentalmente las características de impulsividad e inatención pueden ser funciones que impidan el reconocimiento de distintos estímulos emocionales como las expresiones faciales y la prosodia. Uniendo estos conceptos desde la perspectiva de la teoría de la autorregulación, se evidencia que la “disfunción ejecutiva, especialmente las relacionadas con el control emocional y de impulsos, son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración” (Albert et al., 2008, p. 40) observados a distintas edades. Sin embargo, Rapport, Friedman, Tzelepis & Van Voorhis (2002) en una investigación acerca de tareas emocionalmente neutras llegaron a la conclusión que los problemas en el reconocimiento emocional mostrado en adultos, no se relacionaban con anomalías en el proceso visoperceptivo o en los aspectos atencionales de la percepción de la emoción y tampoco por la impulsividad. Así también, otras investigaciones mencionadas por Albert (2008) concluyeron que los niños con TDAH, presentaban dificultades en el reconocimiento de los estímulos afectivos en directa relación con los problemas de comportamiento y el escaso desarrollo de habilidades sociales. De esta forma, se comprueba en el transcurso del tiempo y de los múltiples aportes de los estudios realizados en niños, que en los adultos con TDAH, no sólo presentan dificultades propias del trastorno sino que también distintos problemas afectivos, como labilidad emocional, excesiva reactividad emocional y carácter irritable. Estas dificultades emocionales se agrupan formando una “dimensión denominada ‘desregulación emocional’... presente en ausencia

de otros trastornos afectivos, por ejemplo, ansiedad y depresión”. (Albert et al., 2008, p. 41).

Consecuentemente, desde la teoría de Barkley, la desregulación emocional será entendida como un conjunto de procesos ejecutivos que nos permiten modular las emociones y que, en el caso de presentar una disfunción puede provocar una serie de problemas como por ejemplo, un aumento de la respuesta emocional ante determinadas situaciones, una menor empatía, una menor capacidad de regular estados emocionales o una mayor dificultad para crear y mantener la motivación y la activación (Albert et al., 2008).

En síntesis, la existencia de distintas investigaciones permiten concluir que en los niños, adolescentes y adultos con TDAH, manifiestan dificultades en las habilidades que forman la competencia emocional, compuesta por el reconocimiento, regulación y expresión emocional, es decir, se presentan disfunciones en el “reconocimiento de la información afectiva, por ejemplo, expresiones faciales emocionales y prosodia afectiva, que no están generadas por deficiencias cognitivas características del trastorno (inatención, impulsividad)” (Albert et al., 2008, p. 42).

### **3.4.- Aspectos afectivos en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad**

Es posible determinar a partir de una amplia variedad de investigaciones, entre las cuales se encuentra el modelo de la autorregulación de Russell Barkley y colaboradores, que las dificultades en el ámbito de la regulación emocional abarcarían las distintas etapas evolutivas del ser humano, por lo tanto, la adolescencia con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) no sería la excepción, mostrando problemas en el reconocimiento, regulación y expresión afectiva.

López –Martín y sus colaboradores (2009), al igual que otros autores que han estudiado la neurociencia afectiva, han coincidido en que los sujetos portadores del TDAH exteriorizan sus vivencias, mostrando de alguna forma que

*“los estados emocionales y las intenciones se hacen visibles a través de señales afectivas como las expresiones faciales y la prosodia. Por lo tanto, la habilidad para interpretar y responder apropiadamente a estas señales constituye un componente fundamental para desarrollar relaciones interpersonales adecuadas...Por otro lado, la habilidad para regular las emociones es crucial no sólo para un buen funcionamiento social sino también para el bienestar general. En este sentido, un pobre control emocional parece estar en la base de la depresión y la ansiedad, así como de los trastornos asociados con el abuso de sustancias” (p. 21-22).*

Por lo tanto, y como consecuencia también presentarían importantes dificultades en el ámbito social, que visualizado en el proceso del desarrollo implicarían consecuencias negativas en las relaciones interpersonales y de integración.

En este contexto, se entenderá entonces, que las alteraciones emocionales presentadas en los cuadros con TDAH, se asocian con déficit en la denominada Competencia Emocional, que implicaría una alteración en los tres ámbitos que la componen, el Reconocimiento, Regulación y Expresión de las emociones, donde la modificación sería una consecuencia o producto de la inatención e impulsividad (Albert et al., 2008). De esta manera, la función ejecutiva permitiría controlar las emociones y los impulsos en forma natural, sin embargo, cuando se desregula se produce una discapacidad para modular las emociones, especialmente aquellas negativas como la agresividad, la irritabilidad y la frustración en contextos cotidianos, estableciéndose entonces la Disfunción Afectiva, caracterizada por dificultades en el reconocimiento de estímulos emocionales, procesamiento de la recompensa, aversión a la demora, procesamiento emocional, alteraciones motivacionales y regulación emocional.

Esta situación traería como consecuencia en el proceso del desarrollo, que los adultos con TDAH no sólo presenten las características primarias presentadas en la infancia, como las dificultades atencionales, desorganización, hiperactividad e impulsividad, sino también la presencia de problemas afectivos, que se traducirían en labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, excesiva reactividad emocional o reacciones desproporcionadas ante diferentes situaciones o eventos, un carácter irritable y dificultades crónicas para regular emociones,

producto de la desregulación emocional, siempre definido en ausencia de otros trastornos afectivos.

Barkley entonces establece la concordancia entre la disfunción primaria en conjunto con la autorregulación emocional, conceptualizándola como lo menciona Albert et al. (2008), el

*“conjunto de procesos ejecutivos que nos permite modular las emociones y que, en el caso de presentar una disfunción, puede provocar una serie de problemas como: alta respuesta emocional ante determinadas situaciones, escasa empatía y capacidad para regular estados emocionales, intensa dificultad para crear y mantener la motivación y la activación”* (p. 41).

Se entiende entonces, que las dificultades que se presentarían en la vida diaria de los niños, adolescentes y adultos con la condición del TDAH, coincidirían con las características estudiadas por Anastopoulos, Smith y Wein, quienes asocian a niños con este cuadro a vivencias relacionadas con “sentimientos de fracaso, incapacidad, baja autoestima, desmotivación por aprender, síntomas depresivos, ansiedad y un comportamiento oposicionista-desafiante” (Korzeniowski y Ison, 2008).

### **3.5.- La expresión afectiva en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad**

Las diversas manifestaciones de la desregulación emocional, como se ha mencionado anteriormente, son producto de un déficit en la identificación de la expresión emocional que se relaciona con las amenazas que la persona percibe desde su mundo externo, esta vivencia intensifica la aparición de elementos depresivos y ansiosos en el transcurso de su desarrollo, unido a las alteraciones primarias propias de su condición fundamentadas en la insuficiencia de la función cognitiva básica, relacionado específicamente con la atención sostenida, la inhibición y la planificación ejecutiva.

Consecuentemente, como plantea Williams y sus colaboradores (2008), se ven alteradas las funciones sociales y emocionales que se traducen en la especificación de

*“Las expresiones faciales de emoción son señales innatas y biológicamente relevantes de las emociones centrales para la interacción social humana y pertinente para el estudio de la función emocional... en la imposibilidad de evaluar efectivamente el estado emocional de otros... las personas con TDAH presentan un empobrecimiento significativo, en la identificación de expresiones emocionales, especialmente las expresiones negativas como el miedo, la ira y la tristeza...que ha sugerido que su déficit refleja una falta de asistencia a la señal emocional saliente, procedente de una deficiencia primaria en la codificación de estas señales”.* (p. 917-918).

Por lo tanto, las dificultades neuropsicológicas que presentan las personas con características del TDAH, son de una extensa variedad que involucran los procesos psicológicos, por una parte, específicamente los relacionados con el área cognitiva, y por otra, los afectivos, que comprenden disfunciones a nivel emocional y alteraciones motivacionales, estos últimos serán reconocidos por la dependencia que presentan las personas con los controles de refuerzo externo, para obtener un máximo rendimiento y la búsqueda de gratificación de recompensa inmediata.

Los estudios en esta dimensión, precisan que estas alteraciones están relacionadas con una disminución en el nivel general de dopamina en el sistema mesolímbico, que se traduciría en la demora de la recompensa desde su mundo externo (López-Martin, 2008), por lo tanto, cuando se utilizan frecuentemente los refuerzos inmediatos, el rendimiento tiende a normalizarse y la experiencia de espera ya no presenta las condiciones de negativo y desagradable para el sujeto. Este restablecimiento permitiría a las personas con esta condición desarrollar habilidades relacionadas con las relaciones interpersonales y permitir visibilizar las señales afectivas de los otros como las expresiones faciales y la prosodia, que facilitan entender y comprender los estados de ánimo de los demás y las consecuencias de éstos en la conducta social y bienestar general, aspectos que se desarrollan en las condiciones del procesamiento, la expresión y la regulación emocional.

En este mismo recorrido, es posible comprender que la escasa precisión en el reconocimiento de las emociones en las expresiones del rostro, dificulta la comprensión de la

información contextual, que permite comprender la vivencia emocional de una persona, que se traduce en gestos, mirada, inferir emociones, especialmente negativas, como el miedo y el enojo, que se traducen en la vida cotidiana en dificultades interpersonales y de habilidades sociales, causas que según Brotman (2010), no se explican (no son significativas) por la falta de atención e impulsividad y el déficit cognitivo, sino por una disfunción de la amígdala, encargada del procesamiento emocional en el TDAH.

A partir de esta información, se infiere que las dificultades en el control de las emociones, especialmente aquellas negativas, en el TDAH, se relacionarán con una mayor asociación con depresión, agresividad, tristeza y enfado, donde son incapaces de ocultar sus emociones, produciendo la denominada desregulación emocional, entendida como una excesiva reactividad emocional, labilidad emocional y manifestar un carácter fácilmente irritable. Estos aspectos han sido especialmente mencionados en varios estudios en adolescentes y adultos con TDAH, donde se ha establecido la ausencia de comorbilidad, que facilitan la elaboración de intervenciones con metilfenidato y atomoxetina.

Intentando entender esta variable, e integrando la información de estas investigaciones, es que se comprende al individuo en una permanente tendencia a la búsqueda del equilibrio emocional, desde su condición biológica, psicológica y social, donde experimenta dos sistemas de tensión en el vínculo de las relaciones objetales, por un lado las relaciones fantaseadas, entendidas como el resultado de la frustración de una necesidad biológica temprana y por otro, un nivel de mayor conciencia, que estarían asociadas a las defensas construidas para evitar, en la mayor cantidad de veces, enfrentarse con los aspectos negativos de la realidad.

En este contexto, las personas con la condición de TDAH, no están liberadas de vivenciar esta situación, por lo tanto, esta combinación de elementos permite visualizar “el mundo interior de objetos -más exactamente, de las relaciones objetales- básicamente como el residuo de las relaciones del individuo con las personas de que ha dependido para la satisfacción de las necesidades primitivas en la infancia y durante las primeras etapas de la maduración” (Phillipson, 2010, p. 31) que tendrán como función integrar las experiencias de los adolescentes



y los adultos en términos afectivos y facilitar la comprensión de las representaciones que las personas perciben en el mundo externo.

Para lograr conocer esta información almacenada en la vivencia más profunda del ser humano y alcanzar la posibilidad de obtener la interpretación de los aspectos narrativos de las personas, específicamente aquella relacionada con los aportes acerca de la comprensión de la expresión afectiva de los adolescentes con TDAH, se exploran instrumentos que permitan conocer en profundidad aquellos aspectos emocionales que muestren sus características más relevantes en este ámbito. En este sentido, se ha seleccionado al Test de Relaciones Objetales de Phillipson (TRO), que con “su particular inestructuración del estímulo permite colocar en ventaja su capacidad de obtener comportamientos perceptivos y de fantasía de alta saturación proyectiva” (Phillipson, 1981, p. 11). Reconociendo que los estímulos imprecisos disminuyan el sentimiento de amenaza que se genera de la realidad conocida, disminuyendo las defensas y tolerando la tarea con mayor aceptación y un alto grado de motivación. De esta forma, “en el trabajo proyectivo se utiliza material ambiguo, pues el tipo de material deja al sujeto librado a sus propios recursos y le permite revelar más claramente las actitudes y expectativas con que mira al mundo exterior” (Phillipson, 1981, p. 28).

En este mismo sentido, el TRO, planteado por Phillipson, permite conocer tres tipos de contenidos en las narraciones, el contenido del objeto (representa la relación objetal), el contenido de la realidad (grado de estructura y monto de contenido de la realidad disponible) y el contexto de la realidad (atmósfera de la situación). Esto se logra a través de sus “láminas agrupadas en series que tienen por objetivo presentar situaciones básicas de relaciones objetales” (Phillipson, 1981, p.31), que varían en las temáticas ya mencionadas de contenido y contexto del objeto y la realidad, sin embargo, no presentan “rastros culturales” (Siquier, García y Grassano, 1987, p. 122). Siquier plantea que:

*“un Phillipson es imprescindible para explorar la dinámica del mundo interno del paciente, la naturaleza de sus relaciones objetales inconscientes, la posibilidad de modificación de vínculos patológicos, los distintos tipos y niveles de organización de vínculos y sistemas defensivos ante diversas situaciones” (p.125).*

Desde este punto de vista, el TRO se enmarca en las pruebas proyectivas que utilizan las llamadas hipótesis proyectivas, que proponen, según los aportes de Kaplan y Saccuzzo (2006), que la gente cuando intenta entender un estímulo ambiguo o vago, su interpretación del estímulo refleja las necesidades, sentimientos, experiencias, condicionamiento previo, procesos de pensamiento, etc. Sin embargo, las conclusiones que pueden obtenerse, a diferencia de otro tipo de test, jamás serán absolutas y definitivas a partir de una respuesta simple a un estímulo ambiguo. De esta manera, se pueden establecer hipótesis acerca de las respuestas que cada sujeto expresa.

Los métodos proyectivos, entonces reconocen la necesidad de buscar las diferencias individuales entre las personas, por esta razón el Test de Relaciones Objetales, facilita la búsqueda de estos aspectos en la representación emocional que realizan los adolescentes con TDAH, al enfrentar situaciones de estimulación de dos tipos, la calidad del estímulo (sexo indefinido, contenido humano y ambiental) y la presentación de distintos escenarios sociales que facilitan la observación de su mundo interno, convirtiéndose en un instrumento que, según lo define Caride (2010), existe un intento de conciliar “patrones interactivos”, que da cuenta del comportamiento típico de un individuo, y por lo tanto del equilibrio o preponderancia de cada uno de los sistemas de experiencia de relaciones objetales.

### **3.6.- Características de la etapa adolescente**

Durante los primeros años de vida, el mundo infantil se va estructurando y complementando lentamente en todos los ámbitos del crecimiento y el desarrollo, con una tendencia egocéntrica que se relaciona con el avance hacia la relación paulatina con otros, especialmente la relacionada con los vínculos afectivos, relación que en el futuro cercano facilita el conocimiento de la realidad y el autoconocimiento,

Se inicia así un intenso proceso del desarrollo general, pensando en transformaciones en el ámbito biológico, cognitivo, psicológico, conductual y social. Entre estos, se encuentra el temperamento, entendido como la dimensión biológica de la personalidad que se relaciona con nuestra genética y nuestra herencia. Por lo tanto, como lo plantea claramente Céspedes (2007), surgen espontáneamente las ansiedades, las respuestas instintivas, el estado de ánimo, las

emociones y la capacidad de disfrutar las experiencias personales y compartidas. Cada uno de ellos entrega características que harán que cada persona sea única e irrepetible. Sin embargo, existe un porcentaje de niños y niñas, como lo define el DSM-IV-TR, que mostrarán características que difieren de las esperadas,

“...en función de la edad y del estado evolutivo, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima”. (p. 84-85).

Incluso presentando como lactante disfunciones como por ejemplo la presencia de alteraciones del sueño, excesiva inquietud, problemas de alimentación, labilidad emocional, hiperreactividad, irritabilidad, propensión a los accidentes, etc.

Sin embargo, en el transcurso del tiempo lo esperado para esta etapa, es que los niños evolucionen sin grandes dificultades, logrando desarrollar sus habilidades y potencialidades en los distintos ámbitos; donde Irribarne (2009), establece que debe considerarse dentro del continuo de la vida total del individuo y tomando en cuenta el papel que la cultura juega en la determinación de las características de este período.

Es así que el proceso de evolución natural del ser humano, combina las características personales y las integradas desde la realidad gracias a la participación de otros significativos, construyendo en la adolescencia los primeros aspectos relacionados con la diferenciación e individuación del sujeto con el mundo externo, que se hacen cada vez más intensas, como lo plantea Sepúlveda (2013), el movimiento evolutivo se va dando en el desarrollo humano desde la centración en sí mismo, que enfatiza la independencia, hacia la descentración, que enfatiza la integración con otros y las relaciones de cooperación con el mundo (p.62).

La transición a la etapa de la adolescencia, se produce con intensas transformaciones, alrededor de los 11 años, con cambios asociados a la pubertad correspondiente a aspectos de tipo físico, cognitivo, emocionales y sociales, específicamente se basan en la madurez de tipo sexual. Este proceso que se inicia al final de la niñez, implica un crecimiento rápido en

términos de estatura y peso, que se asocia con otros factores que duran aproximadamente 3 a 4 años, en ambos sexos. En la medida que evoluciona y van ocurriendo estos cambios, la adolescencia (11-20 años aproximadamente) se instala con características muy significativas y fácilmente identificables en los jóvenes, como invertir un tiempo considerable en el proceso de introspección, estar alejado de los adultos, especialmente las figuras parentales, crecimiento de la competencia cognoscitiva y social, fortalecer su autoestima, autonomía y la intimidad. Sin embargo, a pesar de mantener espacios importantes de soledad, el apoyo especialmente de los padres, así como su escuela y comunidad, es fundamental para lograr un desarrollo saludable, positivo y equilibrado que incentive todas sus áreas en el futuro.

La etapa adolescente, por lo tanto, se divide en 3 momentos diferenciados, como lo especifica Iribarne (2009):

1. Pre-pubertad o adolescencia temprana (10-13 años)

Este período implica un cambio en la configuración corporal, donde el interés fundamental se centra en su cuerpo y en su imagen física. Existe una mayor excitabilidad general y un aumento de la impulsividad en las conductas (oscilación permanente). Se inicia el pensamiento lógico-formal y la necesidad de independencia, período definido como la segunda etapa de la obstinación. Se produce de forma natural una desestructuración de los grupos establecidos en la etapa escolar, sustituyéndolos por grupos pequeños de 2 o 3 amigos del mismo sexo.

2. Pubertad o adolescencia media (14-16 años)

Existe en esta etapa una búsqueda de la armonía corporal y un estilo de pensamiento hipotético-deductivo. La introspección se vuelve cada vez más frecuente y activa, así como la motivación sexual se hace específica, se dirige hacia la búsqueda y conquista de un miembro del sexo opuesto, amistades íntimas con el sexo opuesto y alejándose de las figuras significativas adultas.

3. Adolescencia tardía (16-18 años)

Este período finaliza en la edad juvenil y se caracteriza por la integración de la personalidad a un nivel personal-social, es decir los adolescentes adoptan una

orientación extrovertida que le permite ubicarse en el mundo en que vive. Los grupos juveniles pertenecen a ambos sexos e incluyen a numerosos jóvenes que comparten intereses comunes. Existen tendencias idealistas y altruistas, que al confrontar con la realidad, en la mayoría de los casos, generan una actitud de protesta y rebeldía. En este mismo sentido, los conflictos a nivel familiar se establecen a partir de el rechazo o imposición de ideas versus la aceptación mutua de las individualidades, donde queda de manifiesto las crisis de identidad sufridas por los jóvenes. Paralelamente se configuran las relaciones de pareja.

Los estudios en imagenología, según Papalia, Wendkos y Duskin, (2010), revelan que el desarrollo del cerebro adolescente todavía está en progreso, donde existen cambios en las estructuras relacionadas con las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol. En este contexto, se asocia a la adquisición de riesgos en la adolescencia en dos factores, uno relacionado con la red socioemocional, que se caracteriza principalmente por incrementar su actividad en la pubertad y ser sensible a estímulos sociales y emocionales, como la influencia de los pares, y la red de control cognoscitivo, que madura de forma más gradual hacia la adultez temprana y principalmente regula las respuestas a los estímulos. Estas observaciones permiten entender las conductas propias del desarrollo de la adolescencia, que se representan con tendencias a mostrar su intensidad emocional y conductas de riesgo, especialmente cuando se encuentran acompañados de su grupo de pares.

Consecuentemente, diversos estudios demuestran que la actividad cerebral de los adolescentes cuando deben identificar emociones expresadas por rostros en un computador (Baird, Gruber, Fein, Maas, Steingard, Renshaw, Cohen & Yugerlon.Tood, 1999), obtienen como resultados que los adolescentes entre 11 y 13 años, usarían la amígdala (en lo profundo del lóbulo temporal), como importante estructura que participa en las reacciones emocionales e instintivas. Por otra parte, aquellos participantes con edades entre 14 y 17 años, mostraron patrones similares a los adultos, pues usaban los lóbulos frontales que manejan la planeación, razonamiento, juicio, regulación emocional y el control de impulsos, lo cual permite hacer juicios con mayor poder de deducción y más eficaces. Esta diferencia puede considerarse una de las explicaciones de la tendencia de algunos adolescentes a asumir conductas de riesgo,

como el abuso de sustancias y los riesgos sexuales; de alguna forma, el cerebro inmaduro permitiría la inhabilitación de las funciones del razonamiento e incrementar la utilización de la variable emocional, que favorece la motivación, la impulsividad, la búsqueda de emociones y experiencias novedosas que impiden el alcanzar metas a largo plazo.

En concordancia con esta información, se integra la prevalencia de depresiones, especialmente en mujeres, que aumenta durante la adolescencia, que no sólo presenta síntomas de tristeza, sino que se asocia a irritabilidad, desgano o incapacidad para experimentar placer, manifestando conductas asociadas a ansiedad así como la evitación o temor al contacto social, eventos estresantes de vida, conflictos con las figuras parentales, problemas con la imagen corporal y trastornos alimenticios entre otros.

No obstante, las características también son asociadas al entusiasmo por la vida, donde el desarrollo cognoscitivo, permite el perfeccionamiento de habilidades del pensamiento y el lenguaje, que se hace exclusivo y simbólico a su grupo de pares, donde existe una mayor elaboración de juicios sociales y la realización de planes más reales sobre el futuro. De esta forma, la función ejecutiva, se ve favorecida, donde incluye habilidades como la atención selectiva, la toma de decisiones, el control inhibitorio de respuestas impulsivas y el control de la memoria de trabajo. Estas áreas, se ven reforzadas por el desarrollo del lenguaje, que es el instrumento que permite a los adolescentes definir y discutir acerca variadas temáticas como el amor, la justicia y la libertad. Esta capacidad favorece la visión o perspectiva de otros, así como el conocimiento del aspecto social. “El habla adolescente constituye un dialecto en sí mismo, como cualquier código lingüístico, permite fortalecer la identidad del grupo y dejar fuera a los intrusos (adultos)” (Papalia et. al., 2009, p. 374). De esta manera, se vincula al proceso de búsqueda las habilidades relacionadas con el razonamiento moral y prosocial, caracterizado por el aumento de su tendencia al altruismo y empatía, favoreciendo su necesidad de resolver problemas sociales, incentivar la comunicación sobre diversos conflictos y sus consecuencias en la relación con su grupo de pares y produciendo la internalización de valores y normas.

### **3.7.- Adolescencia y la búsqueda de identidad**

Sin duda, que la búsqueda de la identidad es una de las manifestaciones que permite distinguir a esta etapa, representándola como lo define Erikson, como la concepción coherente del yo, compuesta por metas, valores, creencias con las que la persona establece un compromiso sólido. Este esfuerzo realizado por los adolescentes es facilitado cuando se han cumplido o superado etapas anteriores, como la confianza básica, la autonomía, la iniciativa y la laboriosidad, que permiten afrontar por parte de éstos, los desafíos del mundo adulto, es decir, cumplir con tres problemas fundamentales, la elección de la ocupación, la internalización de valores que guían la vida cotidiana y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria, disminuyendo las manifestaciones de una crisis de identidad, que Papalia (2010) establece claramente cuando menciona que el resolver satisfactoriamente esta etapa, implica que los adolescentes desarrollen la virtud de la fidelidad, es decir, el sentido de la lealtad, la fe o un sentido de pertenencia a un ser querido o a los amigos o compañeros, en síntesis, lograr identificarse con un conjunto de valores, ideologías o religión que permitan entenderla como una extensión de la confianza, donde son capaces de compartir sus sentimientos y pensamientos.

### **3.8.- Adolescencia y sexualidad**

Por otra parte, La sexualidad facilita en el adolescente reconocerse como un ser sexuado y tener su propia identidad sexual, así como aceptar los cambios sexuales que se han producido, que consecuentemente establecerá de forma espontánea los apegos románticos o sexuales, que afectará de forma profunda sus relaciones y la imagen que tiene de sí mismo.

### **3.9.- Adolescencia y la relación con las figuras parentales**

Inicialmente se menciona que los tiempos de vinculación con las figuras parentales, es cada vez más escasa, priorizando al grupo de pares, sin embargo, aquellos adolescentes que logran sentirse más seguros tienen relaciones estrechas con sus padres, donde permiten que éstos los estimulen y refuercen para lograr sus objetivos, independencia y siempre les ofrecen un espacio seguro para aliviar las tensiones. También existe la posibilidad de encontrar

manifestaciones que se asocian a rebeldía, que comprende, confusión de tipo emocional, conflictos familiares, comportamiento imprudente, rechazo de valores y comentarios de adultos significativos, que conllevan a un alejamiento de éstos. Sin duda, que son comportamientos que se hacen más evidentes y frecuentes en este período, que posteriormente disminuyen, pero deja de manifiesto que las ambivalencias en la relación, especialmente con las figuras parentales, se hacen oscilantes, entre la búsqueda de la dependencia y la independencia, que serán en mayor o menor medida, producto de los estilos de crianza y conflictos que se hayan desarrollado durante la niñez.

Si ha existido la presencia de ambos padres que supervisan eficazmente el comportamiento del adolescente, van a demostrar que son capaces de establecer una atmósfera de comunicación y conocimiento de aspectos de su vida cotidiana. No obstante, cuando las figuras parentales han priorizado sus propias necesidades por sobre las requeridas en su hogar, como el trabajo, estatus marital y nivel socioeconómico, mayor serán las manifestaciones negativas que tendrá el o la joven.

Este es un recorrido no sólo en la búsqueda de identidad en los distintos aspectos, sino también la necesidad de establecer las diferencias con el adulto, visualizándolo como un proceso que se ha establecido lentamente a través de los años, que se intensifica y que busca la individuación, es decir, buscar la autonomía, la diferenciación del otro, permitir que pueda establecer sus propios mecanismos de control de sus límites. Por esta razón, es que alrededor de los 13 años se establece la mayor cantidad de conflictos familiares con los padres y disminuyen progresivamente alrededor de los 17 años, según los planteamientos de Papalia.

De alguna forma y como consecuencia, las figuras parentales con mayor grado de control de sus hijos, manifiestan la necesidad de reiterar el cumplimiento de las reglas, las normas y los valores que se traducen en símbolos familiares, favoreciendo siempre la posibilidad de brindar la escucha activa, explicar y negociar, formando un verdadero control sobre la conducta, pero no sobre los sentimientos, creencias y sentido del yo (control psicológico). Esto favorece la posibilidad que los adolescentes reafirmen la imagen que tienen de sí mismos y reconozcan claramente cuáles son las conductas que se espera de ellos. En este



contexto, fundamental es la estructura y ambiente familiar, que puede llegar a ser una variable que incentive la comunicación y la sensibilidad de los o las jóvenes. También la participación de la figura paterna, es de real necesidad para un desarrollo óptimo, sin grandes conflictos, es decir, es necesario que el adolescente perciba el interés afectivo permanente de su padre, aún cuando no viva con él, ya que puede jugar un rol de compensación frente a la distante o negativa relación con la figura materna, en el caso que se presente.

Consecuentemente, la adaptación que pueda enfrentar un adolescente se relaciona, como lo señala Sepúlveda (2013), necesariamente con las condiciones de

*“la persona, como todo sistema organizado, está abierto al medio y su funcionamiento, por lo cual los permanentes intercambios con el medio, dependen de su estabilidad y a su vez flexibilidad, tanto del medio como de la persona, los cuales definen su adaptación, como más o menos estables”* (p. 53).

### **3.10. Adolescencia y la relación con el grupo de pares**

La relación con su grupo de pares es otra de las características del período de la adolescencia, donde se aleja de las figuras significativas y busca, como lo define claramente Papalia (2010), una nueva fuente de afecto, solidaridad, comprensión, orientación moral, un lugar para la experimentación y formas de relacionarse de manera íntima, así como escenarios para convertirse en seres autónomos e independientes de los padres.

En el grupo de pares encontrará e invertirá gran cantidad de tiempo, con lazos de amistad, donde vivencian cierto grado de reciprocidad, equidad y estabilidad, volviéndose más dependiente de estos que de las figuras parentales, ya que, los lazos de confianza favorecen el autoconocimiento, definir su identidad y reforzar su autoestima, llegando a influenciarse mutuamente, hacia aspectos positivos como a aspectos negativos.

### **3.11. Relaciones Amorosas en la adolescencia**

En la medida que el desarrollo puberal se inicia, la necesidad y la búsqueda de relaciones que contribuyan a un mayor desarrollo de la identidad se intensifican y la exploración de la intimidad en la cercanía del sexo opuesto es uno de sus objetivos. De esta

forma, la conformación de los grupos se realiza de forma paulatina, comenzando con grupos mixtos, luego en grupo más pequeños y derivan en relaciones románticas individuales. Se estima que alrededor de los 16 años, los adolescentes tienden a interactuar y pensar de forma más intensa en las parejas románticas.

El tipo de relación que establezca con la pareja será en múltiples oportunidades, producto del modelo de la relación amorosa que se establezca desde las figuras parentales.

## **4.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **4.1.- Objetivo General**

Determinar la presencia de indicadores emocionales diferenciales de la expresión afectiva entre adolescentes de ambos sexos con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, con edades entre 13 y 18 años, de un colegio particular de la comuna de Las Condes, de nivel socioeconómico medio-alto, evaluados a través del Test de Relaciones Objetales de Phillipson.

### **4.2.- Objetivos Específicos**

1. Describir el tipo de representación de sí mismo que tienen los adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad evaluados a través del Test de Relaciones Objetales.
2. Identificar el tipo de vínculo predominante que tienen los adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad evaluados a través del Test de Relaciones Objetales.
3. Identificar el tipo de ansiedades predominantes que tienen los adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad evaluados a través del Test de Relaciones Objetales.
4. Caracterizar el nivel de autoestima predominante que tienen los adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad evaluados a través del Test de Relaciones Objetales.
5. Comparar el tipo de indicadores emocionales de adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, evaluados por el TRO.

#### **4.3.- Hipótesis**

**Ho:** No existen diferencias en la incidencia de indicadores emocionales de la expresión afectiva, medidos a través del TRO, para los grupos de adolescentes con y sin Déficit Atencional con Hiperactividad.

**H1:** Los indicadores emocionales de la expresión afectiva, medidos a través del TRO, presentan una incidencia mayor en adolescentes con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad que en adolescentes sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

## 5.- MARCO METODOLÓGICO

### 5.1.- Fundamento enfoque metodológico

El diseño de la presente investigación tiene su base en un enfoque cuantitativo de carácter ex post facto transversal, debido a que el estudio no manipuló deliberadamente las variables, por lo tanto, se observaron los fenómenos como se dan en su contexto habitual, para luego analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Esta investigación es de tipo Descriptivo Relacional. Es un estudio descriptivo, porque muestra “con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación” (Hernández et al., 2010, p.80).

En este procedimiento, se evaluaron los indicadores emocionales de las cuatro categorías de análisis del Test de Relaciones Objetales (TRO) obtenidas de las respuestas narrativas de los adolescentes participantes. Este estudio analizó la asociación entre cada indicador emocional perteneciente a una categoría y la presencia de TDAH, permitiendo describir la forma característica de expresar los afectos en los sujetos a estudiar.

### 5.2.- Definición de variables

**Variable ex post facto:** (variable en estudio, considerada como variable independiente)

#### a) Trastorno por Déficit Atencional:

Definición conceptual: “Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años, debe producirse en dos situaciones por lo menos, con pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo.” (American Psychiatric Association, 1995).

Definición operacional: Informe diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional realizado por Neurólogo y/o Psiquiatra, entregado y registrado en la ficha escolar.

**Variables de estratificación o de comparación:**(consideradas como variables dependientes)

**i) Relación objetal**

Definición Conceptual: Internalización y estructuración de las relaciones interpersonales y la transformación de éstas en sistemas de motivación de conducta. Configurada por una imagen de sí mismo, una imagen del objeto o representación del objeto, y el afecto que los liga (Gomberoff, 1999, citado en Castillo y Valdebenito, 2007, p.20).

Definición Operacional: Historias elaboradas por los adolescentes ante el Test de Relaciones Objetales, en las que se observan Representaciones de sí mismo, representaciones de los objetos, Tipos de vínculo y Ansiedades predominantes.

**ii) Representaciones de sí mismo**

Definición Conceptual: Conjunto de huellas mnémicas de experiencias primarias de interacción (experiencias en que se conjugan procesos perceptivos, cognitivos, conductuales y afectivos, con las respuestas ambientales), que se organizan configurando una autoimagen o imagen de sí mismo. Se categorizan según su cualidad en: Desvalido, Agresivo-Destructivo, Omnipotente, Amenazado, Dañado, Arruinado, Carente-Insatisfecho, Amenazante-Peligroso, Autónomo, Dependiente, Desafiante, Sobreadaptado, Envidioso, Seductor, No Contenedor, Pasivo, Sobrevalorado, Potente-Activo, Demandante, Dominador y Gratificador.

Definición Operacional: Narraciones del sujeto que aludan a elementos y/o personajes presentes en las historias con los cuales se identifica el sujeto en las láminas del TRO.

**iii) Tipo de Vínculo**

Definición Conceptual: Características de la interrelación que establece el sujeto con los otros, considerando: a) la posición en que se sitúa a sí mismo, y el lugar en que

posiciona al otro en la interacción; b) el clima emocional predominante en la interacción. Se categorizan según su cualidad en: Egocéntrico, Dependiente, Simbiótico, Narcisista, Poco profundo, Maduro, Demandante, Retraído-Evitador, De dominación, De competencia, De rivalidad y No hay vinculación.

Definición Operacional: Narraciones del sujeto que aludan a una interrelación establecida entre los personajes incluidos en la historia, refiriendo una determinada posición de cada cual en la interacción, y dando cuenta de un determinado clima emocional en el que ésta se desarrolla, según las narraciones presentadas en el TRO.

#### **iv) Ansiedades**

Definición Conceptual: Respuesta afectiva ante un peligro que se le atribuye al vínculo con el objeto, producto de una fantasía inconsciente, y que implica sufrimiento psíquico que se intenta evitar mediante la utilización de mecanismos defensivos. Se categorizan según la cualidad en: Paranoide, Destructiva, De muerte, Opresora, De separación, De seguridad, De castración, De culpa depresiva, De culpa persecutoria, y De aniquilación.

Definición Operacional: Verbalizaciones del sujeto, ya sea respecto de la lámina presentada en el Test de Relaciones Objetales, como en el marco de la historia elaborada, de las que se desprenda la presencia de una fantasía inconsciente, que, al poner en riesgo la armonía del vínculo con el objeto, implica sufrimiento psíquico.

#### **v) Baja Autoestima**

Definición Conceptual: Respuestas en que aparecen personajes (u objetos) percibidos con algún defecto o de forma devaluada, donde se hace énfasis en lo negativo del personaje, pudiendo presentar una actitud de inferioridad ante los otros (Antivilo y Castillo, 2004, citado en Baeza y Fuentes, 2007, p.12). También se incluyen historias de personajes que no se sienten capaces de realizar determinadas acciones.

Definición Operacional: Narraciones del sujeto en relación a la lámina presentada en el TRO, que aludan a elementos y/o personajes presentes en las historias con los cuales se identifica el sujeto.

Las variables de estratificación fueron confeccionadas por Baeza y Fuentes (2007), quienes las definieron conceptual y operacionalmente a partir de la categorización de los efectos empíricos descritos como consecuencias de agresión sexual de adolescentes. Se incluyen, además, variables del estudio realizado por Castillo y Valdebenito (2007), que utilizaron las variables construidas por autores como Siquier, García y Grassano (1987), Gomberoff (1999), Kernberg (1992) y Lapranche y Pontalis (1996).

### **5.3.- Población y muestra**

La población está constituida por adolescentes de ambos sexos, con edades entre 13 y 18 años, que cursan en el momento de la evaluación entre 7° y IV° medio, específicamente la educación formal científico-humanista particular pagado, correspondiente a un nivel socioeconómico medio-alto de la comuna de Las Condes.

Se obtuvo una muestra intencionada de N= 60 adolescentes, que permitió la formación de dos grupos de 30 sujetos, uno de ellos con diagnóstico de especialistas, neurólogo y/o psiquiatra, de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad sin la presencia de comorbilidades que imposibilitaran el estudio y sin screening previo a la investigación. Es importante destacar que en esta muestra no fue considerada la variable asociada a algún tratamiento psicológico, farmacológico, complementario y/o alternativo. El otro grupo con participantes sin diagnóstico realizado de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad y/o patología psiquiátrica, evaluados previamente a través de la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS), con la finalidad de verificar que la muestra no presenta dichos diagnósticos.



#### **5.4 Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios que fueron establecidos en esta investigación se basan en las características propias del estudio y del instrumento.

##### **Inclusión grupo estudio:**

- Adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 13 y los 18 años.
- Adolescentes que pertenezcan al mismo sistema escolar.
- Adolescentes que presenten diagnóstico de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, realizado por el especialista Neurólogo y/o Psiquiatra, entregado y registrado en su ficha escolar, incorporando en este grupo aquellos que presenten asociación a comorbilidad con un trastorno del aprendizaje o trastorno específico del aprendizaje.
- Contar con el consentimiento del director del establecimiento educacional.
- Contar con el consentimiento de los padres y/o tutores de los adolescentes.

##### **Inclusión grupo control:**

- Adolescentes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 13 y los 18 años y que pertenezcan al mismo sistema escolar.
- Adolescentes que no presenten diagnóstico conocido de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, así como patologías psiquiátricas.
- Adolescentes evaluados previamente a la prueba TRO con la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS), para descartar la presencia de TDAH y comorbilidad.
- Contar con el consentimiento del director del establecimiento educacional.
- Contar con el consentimiento de los padres y/o tutores de los adolescentes.

## **Exclusión**

- Adolescentes que presenten TDAH asociado a comorbilidad (por ejemplo: Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Trastorno de Tics, Discapacidad Mental, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Oposicionista-Desafiante, entre otras.), diagnosticadas por especialista Psiquiatra y/o Psicólogo, especificado en su certificado diagnóstico incluida en la ficha escolar del estudiante.
- Adolescentes que presenten patologías psiquiátricas, diagnosticadas por especialista Psiquiatra y/o Psicólogo, especificado en la ficha escolar del estudiante.

En síntesis, en el presente estudio se seleccionarán a los participantes a través de un muestreo no probabilístico tipo finalista intencionado, es decir, la elección de los participantes se realiza a partir de las “características de la investigación o de quien hace la muestra” (Hernández, Fernández, Baptista, 2010, p. 176). El investigador es el que selecciona la muestra e intenta que sea “representativa” (Scharager, 2001). Los beneficios, son fundamentalmente las relacionadas con la posibilidad de trabajar con muestras que están disponibles fácilmente y que están sujetas al criterio del examinador. La limitación más importante es que tienen un valor subjetivo, al ser el grupo elegido para la muestra por las características pensadas por el experto, es decir, por su opinión.

### **5.5.- Instrumentos**

La recolección de los datos de este estudio se llevó a cabo a través del **Test de Relaciones Objetales de Phillipson (TRO)**. Este instrumento corresponde a una prueba proyectiva diseñada para una población adolescente y adulta, donde la característica principal es explorar a través del comportamiento proyectivo la interacción humana, es decir, la temática “dará cuenta de los contenidos significativos de una persona: de la naturaleza de sus conflictos, de sus necesidades afectivas fundamentales, de sus reacciones a su ambiente, de los momentos claves de su historia vital” (Weinstein, 2011, p.1).

La prueba consta de 3 series de 4 láminas con figuras, más una lámina en blanco, conformando 13, donde cada una de ellas representa una relación objetual básica, que se manifiesta en situaciones unipersonales, bipersonales, tripersonales y grupales que debe ser interpretada.

El Test de Relaciones Objetuales es un instrumento de administración individual donde se estimula al examinado a contestar en relación a las “figuras impresas en láminas, imaginando qué pueden representar...qué podría estar ocurriendo, de qué personas se trata, qué están haciendo y qué pasará luego” (Phillipson, 1981, p.35). En síntesis, debe crear una historia donde se expresan las vivencias y patrones más profundos en la relación con la autopercepción, la percepción y relación con los otros y como representa la realidad.

La prueba debe ser contestada por cada persona con un tiempo aproximado de 90 minutos, donde las narraciones (historias) proporcionan información que debe ser interpretada de forma cualitativa, en este caso desde la línea clínica-fenomenológica y en relación a las categorías de análisis establecidas, a partir de las respuestas en el nivel de funcionamiento asociado al número de personajes (individual, diada, tríada y grupal).

A continuación se mencionan las categorías de análisis del TRO, descritas en la definición de variables.

- A. Representación de sí mismo y de los objetos
- B. Tipo de vínculo
- C. Ansiedades
- D. Autoestima

Las categorías de análisis, fueron extraídas de la investigación de Baeza y Fuentes (2007) y de Castillo y Valdebenito (2007), quienes realizaron una modificación para el logro del objetivo del estudio, a través de “un análisis dinámico de los contenidos, estableciendo posteriormente categorías que fueron analizadas en términos de presencia/ausencia a lo largo

de cada uno de los protocolos” (Castillo, et. al., 2007). Este procedimiento se llevó a cabo por medio de juez experto la psicóloga Ruth Weinstein, especialista en pruebas proyectivas.

En cuanto a los estudios normativos, “éstos fueron realizados en Gran Bretaña y Argentina, sin observarse diferencias de importancia” (Castillo y Valdebenito, 2007, p. 25).

Fue necesario en el proceso de la selección de la muestra de control, descartar la presencia de patologías psiquiátricas, incluyendo la presencia de síntomas no diagnosticados de TDAH. Con esta finalidad se seleccionó la **Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS, *Children`s Interview for Psychiatric Syndromes*)**, de Marijo Teare Rooney, Mary A. Fristad, Elizabeth B. Weller y Ronald A. Weller, traducido al español por Mariana Fernández de la Peña. Es una herramienta estructurada que evalúa la presencia de 20 trastornos psiquiátricos, así como pregunta sobre estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del niño o adolescente. Es administrado a niños y adolescentes entre los “6 y los 18 años y se basa en criterios estrictos del DSM-IV y es apropiada para su uso clínico y de investigación” (Rooney et al., 2001, p.1). La construcción del ChIPS, considera que las respuestas afirmativas corresponden a la presencia de patología, de esta forma las preguntas que incorpora están planteadas en forma “ramificada” en una de dos formas, es decir, si el sujeto entrevistado responde de forma negativa, entonces el entrevistador puede pasar por alto las demás preguntas y avanzar al siguiente trastorno, en cambio, si responde afirmativamente (asociado a una patología) se deben realizar obligatoriamente las otras preguntas que quedan en el ítem. En este contexto, el instrumento no requiere de entrenamiento especial, sino un entrevistador del área de la salud mental, psicólogo o psiquiatra.

A continuación se mencionan los trastornos psiquiátricos incluidos en la entrevista:

- A. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad
- B. Trastorno negativista desafiante
- C. Trastorno disocial
- D. Abuso de sustancias
- E. Fobias específicas

- F. Fobias sociales
- G. Trastorno de ansiedad por separación
- H. Trastorno por ansiedad generalizada
- I. Trastorno obsesivo-compulsivo
- J. Trastorno por estrés agudo
- K. Trastorno por estrés postraumático
- L. Anorexia
- M. Bulimia
- N. Episodio depresivo
- O. Trastorno distímico
- P. Episodio maniaco
- Q. Episodio hipomaniaco
- R. Enuresis
- S. Encopresis
- T. Esquizofrenia/Psicosis

Los estudios realizados en Estados Unidos sobre la validez y la confiabilidad del instrumento fueron realizados por cinco estudios de las versiones del ChIPS, revisadas por el DSM III, III-R, IV y dos realizadas en muestras de la comunidad interna. Estos estudios concluyeron que el ChIPS, 1) ofrece diagnósticos precisos para poblaciones de niños y adolescentes con trastornos clínicos, 2) P-ChIPS (versión para padres) es útil para la evaluación de psicopatología de la infancia, 3) es eficaz en ambientes no clínicos como escuelas y estudios epidemiológicos y 4) es de aplicación breve (Rooney, Fristad, Weller y Weller, 2001).

#### **5.6.- Análisis de datos**

El análisis de los datos fue obtenido mediante el Software SPSS 21.0, donde se ingresaron los datos y se analizaron las categorías mediante un procedimiento de análisis bivariado.

De este modo, para contrastar la hipótesis se recurrió a un Chi cuadrado de Pearson y contraste de hipótesis, dada la existencia de múltiples variables categóricas en estudio (Antivilo, 2011). Mediante tablas de contingencia se podrá sintetizar y comparar los indicadores o variables en el grupo de estudio y control.

### **5.6.- Procedimientos**

Para realizar el presente estudio, inicialmente se tomó contacto con la dirección de la institución escolar, solicitando la aceptación de su participación en la investigación e indicando los objetivos, sentido y alcances de ésta a través de una entrevista formal. Una vez que se contó con esta autorización, se entrevistó de forma individual a cada uno de los posibles participantes con la finalidad de explicar el estudio, donde se les entregó una carta para sus padres, con las explicaciones pertinentes y solicitando su autorización a través de un consentimiento informado, así como la creación de un mail que facilitara la respuesta de dudas y consultas con la investigadora.

Una vez recepcionados los consentimientos (anexo 9.1) autorizados y firmados, se inicia el proceso de entrevista ChIPS y evaluación del TRO, que estuvo a cargo de la investigadora, quién realizó el proceso en las dependencias de la institución escolar, durante el período de clases de los adolescentes. Respecto a la muestra control, es decir, aquellos adolescentes que no presentan diagnóstico de TDAH, fueron evaluados previamente a la administración del Test de Relaciones Objetales, con la Entrevista de Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS) que definió la presencia o no de TDAH, así como otra patología psiquiátrica que invalide su participación en el estudio.

Tras realizar las entrevistas y evaluaciones a los adolescentes seleccionados, se procedió a interpretar cada prueba (corrección de los protocolos) según los parámetros establecidos en el TRO, que posteriormente fueron categorizados para ingresarlos al sistema estadístico SPSS y obtener los resultados y conclusiones.

## **5.8 Aspectos éticos**

Los resultados obtenidos en la investigación serán importantes para la institución escolar, ya que realizará una devolución de los resultados que favorecerán las posibles intervenciones a nivel escolar (aula) como en los protocolos de trabajo con los profesores y apoderados.

Con la finalidad de proteger los derechos y el bienestar de los participantes en el estudio y de preservar el desarrollo de la psicología como ciencia, se consideró en este estudio como base ética, el artículo 15 del Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999) que hace referencia a los aspectos relativos a la investigación en psicología que se relaciona con la confidencialidad, libre participación, uso de consentimiento informado para cada padre/madre o tutor de los participantes, debido a que en el proceso de investigación se obtendrán registros que serán utilizados en el estudio.

Existió de parte de la investigadora el compromiso de paliar los efectos no deseados en la administración de la prueba en los adolescentes, por medio de entrevistas individuales con estos y/o con sus padres, posteriores al proceso de evaluación. Este procedimiento tiene la finalidad de buscar estrategias de intervención que involucre en algunos casos la derivación a un especialista, en caso que así lo requiera, y realizar un seguimiento.

Por otra parte, los resultados del estudio estarán disponibles para que otros investigadores puedan verificar, volver a analizar y utilizarlo en sus propios estudios. Por esta razón, durante el desarrollo han sido citadas las fuentes utilizadas. (Rovaletti, 2006).

## 6.- RESULTADOS

### Análisis Individual

#### 6.1.- Representación de sí mismo en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad

Las tablas 1- 2 muestran las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Representación de sí mismo** en la serie **Individual** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

La tabla 1 correspondiente a la presencia del indicador **Desvalido-Abandonado** y valores de Chi<sup>2</sup> ( $\chi^2=,004$ ) y la tabla 2 muestra la presencia del indicador **Amenazado** ( $\chi^2=,045$ ), presentando la mayor asociación en ambos casos con la variable del grupo con TDAH.

**Tabla 1**  
**Categoría: Representación de sí mismo**  
**Serie: Individual**

Indicador	Grupo en Estudio		Total	Valor Chi <sup>2</sup>	gl	Sig.
	TDAH	Control				
Desvalido-Abandonado	13 43,3%	3 10,0%	16 26,7%	8,523 <sup>a</sup>	1	,004

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.



**Tabla 2**  
**Categoría: Representación de sí mismo**  
**Serie: Individual**

<b>Indicador</b>	<b>Grupo en Estudio</b>		Total	Valor Chi <sup>2</sup>	gl	Sig.
	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>				
Amenazado	12 40,0%	5 16,7%	17 28,3%	4,022 <sup>a</sup>	1	,045

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

**Tabla 3:**  
**Categoría: Representación de sí mismo**  
**Serie: Individual**

<b>Indicadores</b>	<b>Grupo en Estudio</b>		<b>Indicadores</b>	<b>Grupo en Estudio</b>	
Desvalido-Abandonado	TDAH	Control	Sobreadaptado	TDAH	Control
	13	3		0	
	43,3%	10,0%		0,0%	
Agresivo-Destructivo	TDAH	Control	Envidioso	TDAH	Control
	0	0		0	0
	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%
Omnipotente	TDAH	Control	Seductor	TDAH	Control
	0	0		0	0
	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%
Amenazado	TDAH	Control	Sobrevalorado	TDAH	Control
	12	5		0	0
	40,0%	16,7%		0,0%	0,0%
Dañado	TDAH	Control	Gratificador	TDAH	Control
	2	3		0	0
	6,7%	10,0%		0,0%	0,0%
Arruinado	TDAH	Control	Privador	TDAH	Control
	0	2		0	0
	0,00%	6,7%		0,0%	0,0%
Carente/Insatisfecho	TDAH	Control	Castigador	TDAH	Control
	17	15		0	0
	56,7%	50%		0,0%	0,0%
Devaluado	TDAH	Control	Pasivo	TDAH	Control
	3	1		6	5
	10%	3,3%		20%	16,7%
Amenazado/Peligroso	TDAH	Control	Potente/Activo	TDAH	Control
	0	0		0	1
	0,0%	0,0%		0,0%	3,3%
Autónomo	TDAH	Control	Demandante	TDAH	Control
	1	1		0	0
	3,3	3,3		0,0%	0,0%
Dependiente	TDAH	Control	Dominador	TDAH	Control
	21	18		0	0
	70%	60%		0,0%	0,0%
Desafiante	TDAH	Control	No Contenedor	TDAH	Control
	0	0		0	1
	0,0%	0,0%		0,0%	3,3

## Análisis Diada

La tabla 4 muestra la frecuencia de la categoría de análisis de la Representación de sí mismo en la serie Diada del TRO.

**Tabla 4**  
**Categoría: Representación de sí mismo**  
**Serie: Diada**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Desvalido-Abandonado	TDAH	Control	Sobreadaptado	TDAH	Control
	5 16,67%	2 6,67%		0 0,00	0 0,00
Agresivo-Destructivo	TDAH	Control	Envidioso	TDAH	Control
	1 3,33%	0 0,00		0 0,00	0 0,00
Omnipotente	TDAH	Control	Seductor	TDAH	Control
	0 0,00	0 0,00		0 0,00	0 0,00
Amenazado	TDAH	Control	Sobrevalorado	TDAH	Control
	7 23,33%	5 16,67%		0 0,00	0 0,00
Dañado	TDAH	Control	Gratificador	TDAH	Control
	2 6,67%	1 3,33%		0 0,00	0 0,00
Arruinado	TDAH	Control	Privador	TDAH	Control
	1 3,33%	5 16,67%		0 0,00	0 0,00
Carente/Insatisfecho	TDAH	Control	Castigador	TDAH	Control
	9 30,0%	9 30,0%		0 0,00	0 0,00
Devaluado	TDAH	Control	Pasivo	TDAH	Control
	2 6,67%	0 0,00		4 13,33%	8 26,67%
Amenazado/Peligroso	TDAH	Control	Potente/Activo	TDAH	Control
	0 0,00	0 0,00		0 0,00	0 0,00
Autónomo	TDAH	Control	Demandante	TDAH	Control
	1 3,33%	1 3,33%		1 3,33%	0 0,00

<b>Dependiente</b>	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>	Dominador	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>
	22 73,33%	21 70,00%		0 0,00	0 0,00
Desafiante	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>	No Contenedor	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>
	0 0,00	0 0,00		1 3,33%	0 0,00

Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.

### Análisis Triada

Las tabla 5 representa las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Representación de sí mismo** en la serie **Triada** del TRO, separadas en grupo TDAH y control. Correspondiente a la presencia del indicador **Dependiente** ( $\chi^2=,018$ ) presentando la mayor asociación con la variable el grupo control.

**Tabla 5**  
**Categoría: Representación de sí mismo**  
**Serie: Triada**

<b>Indicador</b>	Grupo en Estudio		Total	Valor Chi <sup>2</sup>	gl	Sig.
	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>				
Dependiente	13 43,3%	22 73,3%	35 58,3%	5,554 <sup>a</sup>	1	,018

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La tabla 6 representa las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Representación de sí mismo** en la serie **Triada** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

**Tabla 6**  
**Categoría: Representación de sí mismo**  
**Serie: Triada**

<b>Indicadores</b>	<b>Grupo en Estudio</b>		<b>Indicadores</b>	<b>Grupo en Estudio</b>	
Desvalido- Abandonado	TDAH	Control	Envidioso	TDAH	Control
	7 23,3%	4 13,3%		0 0,0%	2 6,7%
Agresivo-Destructivo	TDAH	Control	Pasivo	TDAH	Control
	0 0,0%	1 3,3%		8 26,7%	6 20,0%
Amenazado	TDAH	Control	Potente/Activo	TDAH	Control
	11 36,7%	7 23,3%		1 3,3%	0 0,0%
Dañado	TDAH	Control	Demandante	TDAH	Control
	2 6,7	1 3,3		1 3,3%	1 3,3%
Arruinado	TDAH	Control	Desafiante	TDAH	Control
	1 3,3%	2 6,7%		1 3,3%	0 0,0%
Carente/Insatisfecho	TDAH	Control	Dependiente	TDAH	Control
	10 33,3%	10 33,3%		13 43,3%	22 73,3%
Devaluado	TDAH	Control	Autónomo	TDAH	Control
	2 6,7%	3 10		1 3,3%	0 0,0%

Las variables omnipotente, amenazado-peligroso, sobreadaptado, seductor, sobrevalorado, gratificador, privador, castigador, dominador y no contenedor no son informados, porque presentan frecuencia igual a cero.

## Análisis Grupal

La tabla 7 representa las frecuencias encontradas en la categoría de análisis Representación de sí mismo en la serie **Grupal** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

**Tabla 7**  
**Categoría: Representación de sí mismo**  
**Serie: Grupal**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Desvalido-Abandonado	TDAH	Control	Autónomo	TDAH	Control
	6 20,00%	6 20,00%		0 0,00	1 3,33%
Agresivo-Destructivo	TDAH	Control	<b>Dependiente</b>	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>
	1 3,33%	0 0,00		<b>10</b> <b>33,33%</b>	<b>14</b> <b>46,67%</b>
Amenazado	TDAH	Control	Desafiante	TDAH	Control
	10 33,33%	8 26,67%		1 3,33%	0 0,00
Dañado	TDAH	Control	Sobreadaptado	TDAH	Control
	4 13,33%	1 3,33%		1 3,33%	1 3,33%
Arruinado	TDAH	Control	Pasivo	TDAH	Control
	0 0,00	4 13,33%		7 23,33%	11 36,67%
Carente/Insatisfecho	TDAH	Control	Potente/Activo	TDAH	Control
	9 30,00%	7 23,33%		0 0,00	1 3,33%
Devaluado	TDAH	Control	Demandante	TDAH	Control
	1 3,33%	2 6,67%		3 10,00%	0 0,00
Amenazado/Peligroso	TDAH	Control			
	1 3,33%	0 0,00			

Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.

## 6.2 Tipo de vínculo predominante en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

### Análisis Individual

La tabla 8 representa las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de vínculo** en la serie **Individual** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

**Tabla 8**  
**Categoría: Tipo de Vínculo**  
**Serie: Individual**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Egocéntrico	8	10	Demandante	1	3
	26,7%	33,3%		3,3%	10%
Dependiente	22	20	Retraído-Evitador	6	1
	73,3%	66,7%		20%	3,3%
Poco profundo	2	5	Dominación	2	0
	6,7%	16,7%		6,7%	0,0%
Maduro	0	1	No vinculación	1	0
	0,0%	3,3%		3,3%	0,0%

Las variables, simbiótico, narcisista, competencia y rivalidad, no son informados, ya que presentan frecuencia igual a cero.

Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.

### Análisis Diada

La tabla 9 muestra las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de vínculo** en la serie **diada**, separadas en grupo con TDAH y control.

Señala la presencia del indicador **Egocéntrico** (16,67%) en el grupo con TDAH; **Dependiente**, presentando mayor frecuencia en el grupo control (90%), especifica igual asociación del indicador y finalmente el indicador **Demandante** (13,33%) con mayor frecuencia en el grupo con TDAH.

**Tabla 9**  
**Categoría: Tipo de Vínculo**  
**Serie: Diada**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Egocéntrico	5	4	Demandante	4	0
	16,67%	13,33%		13,33%	0,00
Dependiente	21	27	Retraído/Evitador	3	0
	70,00%	90,00%		10,00%	0,00
Poco Profundo	3	3	Dominación	1	1
	10,00%	10,00%		3,33%	3,33%
Maduro	0	1			
	0,00	3,33%			

Las variables, simbiótico, narcisismo, competencia, rivalidad y no vinculación presentan frecuencia igual a cero en ambos grupos. Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.



### Análisis Triada

La tabla 10 muestra las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de vínculo** en la serie **Triada**, separadas en grupo con TDAH y control.

**Tabla 10**  
**Categoría: Tipo de Vínculo**  
**Serie: Triada**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Egocéntrico	8	14	Demandante	6	1
	26,7%	46,7%		20%	3,3%
Dependiente	21	25	Retraído/Evitador	2	1
	70%	83,3%		6,7%	3,3%
Poco Profundo	3	3	Dominación	0	1
	10%	10%		0,0%	3,3%
Rivalidad	0	1	No vinculación	0	1
	0,0%	3,3%		0,0%	3,3%

Las variables, simbiótico, narcisista, maduro y competencia no se informan, porque frecuencias cero en ambos grupos.

Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.

## Análisis Grupal

Las tabla 11 representa las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de vínculo** en la serie **Grupal** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

Correspondiente a la presencia del indicador **Paranoide** (70%) y **Poco profundo** (43,33%), presentando la mayor asociación con la variable el grupo con TDAH.

**Tabla 11**  
**Categoría: Tipo de Vínculo**  
**Serie: Grupal**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Egocéntrico	TDAH	Control	Destructiva	TDAH	Control
	7 23,33%	5 16,67%		3 10,00%	3 10,00%
Dependiente	TDAH	Control	De muerte	TDAH	Control
	11 36,67%	18 60,00%		4 13,33%	4 13,33%
Poco Profundo	TDAH	Control	Opresora	TDAH	Control
	13 43,33%	5 16,67%		1 3,33%	2 6,67%
Maduro	TDAH	Control	De separación	TDAH	Control
	0 0,00	1 3,33%		1 3,33%	1 3,33%
Demandante	TDAH	Control	De seguridad	TDAH	Control
	6 20,00%	4 13,33%		8 26,67%	12 40,00%
Retraído/Evitador	TDAH	Control	De culpa depresiva	TDAH	Control
	5 16,67%	3 10,00%		1 3,33%	0 0,00
Dominación	TDAH	Control	De aniquilación	TDAH	Control
	1 3,33%	0 0,00		1 3,33%	0 0,00
<b>Paranoide</b>	<b>TDAH</b>	<b>Control</b>			
	<b>21</b> <b>70,00%</b>	<b>24</b> <b>80,00%</b>			

Las variables que no fueron informadas son simbiótico, narcisista, competencia, rivalidad y no vinculación por presentar frecuencias igual a cero. Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.

### 6.3.- Tipo de ansiedad predominante en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.

#### Análisis Individual

La tabla 12 muestra las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de ansiedad** en la serie **Individual** del TRO, separado en grupo TDAH y control.

**Tabla 12**  
**Categoría: Tipo de Ansiedad**  
**Serie: Individual**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Paranoide	18	19	De separación	6	5
	60%	63,3%		20%	16,7%
Destructiva	1	2	De seguridad	11	9
	3,3%	6,7%		36,7%	30%
De muerte	2	3	De culpa depresiva	0	1
	6,7%	10%		0,0%	3,3%

Las variables que presentan frecuencia igual a cero en el análisis son, angustia de tipo opresora, de castración, de culpa persecutoria y de aniquilación, en ambos grupos.

Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.

### Análisis Diada

Las tablas 13 muestran las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de ansiedad** en la serie **Diada** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

Muestra la mayor presencia en el grupo con TDAH en los indicadores **Ansiedad Paranoide** (70%), y **Ansiedad de seguridad** (66,67%) y **Ansiedad de separación** (23,33%).

**Tabla 13**  
**Categoría: Tipo de Ansiedad**  
**Serie: Diada**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Paranoide	TDAH	Control	De separación	TDAH	Control
	21	19		7	0
	70,00%	63,33%		23,33%	0,00
Destructiva	TDAH	Control	De seguridad	TDAH	Control
	1	0		8	20
	3,33%	0,00		26,67%	66,67%
De muerte	TDAH	Control	De culpa depresiva	TDAH	Control
	4	2		2	0
	13,33%	6,67%		6,67%	0,00
Opresora	TDAH	Control			
	1	0			
	3,33%	0,00			

Las variables que presentan frecuencia igual a cero en el análisis son angustia de castración, de culpa persecutoria y de aniquilación en ambos grupos.

Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador.

### Análisis Triada

Las tabla 14 muestra las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de ansiedad** en la serie **Triada** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

Corresponde a la presencia del indicador **De seguridad** ( $\chi^2=,004$ ), presentando la mayor asociación en el grupo control.

**Tabla 14**  
**Categoría: Tipo de Ansiedad**  
**Serie: Triada**

Indicador	Grupo en Estudio		Total	Valor Chi <sup>2</sup>	gl	Sig.
	TDAH	Control				
De seguridad	8 26,7%	19 63,3%	27 45,0%	8,148 <sup>a</sup>	1	,004

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

Las tabla 15 muestra las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de ansiedad** en la serie **Triada** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

**Tabla 15**  
**Categoría: Tipo de Ansiedad**  
**Serie: Triada**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Paranoide	25	23	De separación	5	4
	83,3%	76,7%		16,7%	13,3%
Destructiva	0	2	De seguridad	8	19
	0,0%	6,7%		26,7%	63,3%
De muerte	1	6	De culpa depresiva	3	0
	3,3%	20%		10%	0,0%
Opresora	3	0			
	10%	0,0%			

Las variables, ansiedad de castración, culpa persecutoria y aniquilación no son informadas por presentar frecuencias igual a cero en ambos grupos.

### Análisis Grupal

Las tabla 16 muestra las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Tipo de ansiedad** en la serie **Grupal** del TRO, separadas en grupo TDAH y control.

**Tabla 16**  
**Categoría: Tipo de Ansiedad**  
**Serie: Grupal**

Indicadores	Grupo en Estudio		Indicadores	Grupo en Estudio	
	TDAH	Control		TDAH	Control
Paranoide	21	24	De separación	1	1
	70%	80%		3,3%	3,3%
Destructiva	3	3	De seguridad	8	12
	10	10		26,7%	40%
De muerte	4	4	De culpa depresiva	1	0
	13,3%	13,3%		3,3%	0,0%
Opresora	1	2	De aniquilación	1	0
	3,3%	6,7%		3,3%	0,0%

Las variables ansiedad de castración y culpa persecutoria no son informadas por presentar frecuencias igual a cero en ambos grupos.

Los valores de Chi<sup>2</sup> no arrojaron significación en este indicador

**6.4.- Nivel de autoestima predominante en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.**

Las tabla 17 muestra las representaciones de las frecuencias encontradas en la categoría de análisis **Nivel de autoestima** en la serie **Individual**, separadas en grupo TDAH y control.

**Tabla 17**  
**Categoría: Nivel de Autoestima**  
**Serie: Individual**

Indicador	Grupo en Estudio		Total	Valor Chi <sup>2</sup>	gl	Sig.
	TDAH	Control				
Baja	22 81,5%	18 69,2%	40 66,7%	1,200 <sup>a</sup>	1	,273

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

**6.5.- Tipo de indicadores emocionales en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad.**

Las tablas 18 muestra la presencia de todos los tipos de indicadores emocionales correspondientes a las **categorías de análisis del TRO**, especificando los valores de Chi<sup>2</sup> que arrojaron significación para los grupos TDAH y control.



**Tabla 18**  
**Comparación de Indicadores Emocionales en**  
**adolescentes con y sin TDAH, evaluados a través del TRO**

<b>Categoría</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor Chi<sup>2</sup></b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>	<b>Dirección</b>
Representación Si mismo	Desvalido-Abandonado	8,523	1	,004	TDAH
	Amenazado	4,022	1	,045	TDAH
	Dependiente	5,554	1	,018	Control
Tipo de Ansiedad	Seguridad	8,148	1	,004	Control
Autoestima	Baja	1,200	1	,273	Ambos

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

## 7.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio muestran la existencia de indicadores emocionales que se asocian significativamente con las características del TDAH, distribuido a partir de las categorías de análisis descritas anteriormente. Por lo tanto, es posible establecer la confirmación de la hipótesis de investigación para los indicadores emocionales de la expresión afectiva en adolescentes con TDAH, evaluados a través del TRO.

Se establece entonces, que la categoría relacionada con la Representación de sí mismo, entendida como el conjunto de huellas mnémicas o experiencias primarias de interacción que se organizan configurando una autoimagen, se presenta en los adolescentes que constituían el grupo con TDAH, con un sí mismo desvalido-abandonado, es decir, su autopercepción se relaciona con sentirse temeroso por la posibilidad de desaparecer producto de la escasa satisfacción de sus necesidades básicas afectivas. Por otra parte, se representan como amenazados, entendido como la posibilidad de ser dañado por otro, producto de impulsos de índole agresivo. Por lo tanto, los jóvenes de este grupo manifiestan una disminución del control de sí mismos y del medio externo.

Sin embargo, son los adolescentes del grupo control quienes significativamente presentan un menor desarrollo de la autonomía, apareciendo con altos niveles de dependencia, especialmente en la representación triádica y grupal, es decir, de alguna forma demandan de otros la satisfacción de sus propias necesidades y poder responder a las exigencias del medio, mostrando dificultades para lograr alcanzar sus objetivos por sí mismos.

En el caso del grupo con TDAH, descriptivamente, se muestran con características dependientes –igual que el grupo control- en la representación con las figuras parentales, pero sin diferencias significativas en los indicadores que se observan en los resultados, es decir, no aparece la temática en las respuestas en otra relación.

En la categoría correspondiente al tipo de vínculo, definida como aquellas características de interrelación que establece, en este caso el adolescente desde su autopercepción de los demás y observando el clima emocional que lo rodea, los y las jóvenes pertenecientes al grupo con TDAH, no evidencian diferencias significativas en la temática de sus narrativas que pueda distinguir alguna asociación con lazos relacionados con sus propias necesidades (individual), diádica y tampoco en la relación con las figuras parentales (triada). A pesar de esto, si existe una relación vincular con sus pares, cualitativamente hablando, que se caracteriza por presentar una vinculación poco profunda, expresada como un pseudocontacto, que hace referencia a mostrarse de manera más lejana y con escaso interés por buscar vínculos afectivos.

Por otra parte, aquellos jóvenes pertenecientes al grupo control, desde la descripción de la expresión narrativa, se vinculan fundamentalmente en la relación con otro o pareja de forma dependiente y poco profunda, esperando recibir el apoyo y gratificación de sus necesidades, manifestando una actitud pasiva, con búsqueda del rol protector y dirección de otro significativo. Son percibidos en la relación con escaso interés afectivo por el otro, por lo tanto, manifiesta dificultades para ser autónomo y dejando que otro asuma sus responsabilidades.

En contraste a lo esperado, el grupo control, comparte con el grupo de estudio, la ausencia de la temática en la relación consigo mismo y en la triada.

Respecto al tipo de ansiedad predominante, es posible observar diferencias significativas entre los grupos respecto a la ansiedad de seguridad, donde el grupo control muestra dificultades para lograr encontrar recursos personales para alcanzar la estabilidad emocional, es decir, busca protección, contención, resguardo, apoyo verbal, consejo por parte de las figuras parentales (triada). Los adolescentes con TDAH, manifiestan, cualitativamente en sus narrativas, este tipo de ansiedad sólo en la relación con otro o la pareja (diádica), además de presentar en esta relación angustia paranoide y de separación. Por lo tanto, las relaciones se describen como una respuesta de temor causada por sus propios impulsos agresivos, que pueden describir un entorno hostil, peligroso y amenazante

(acoso, persecución, observación) causándole un daño. Por lo tanto, puede llegar a movilizar las fantasías respecto de ser abandonado o separado físicamente de los demás, quedando en una situación desvalida unida a la imposibilidad de mantener la gratificación afectiva.

En la representación de sí mismo (serie individual) y la relación con otros o los pares, no emerge una temática que pueda establecer su presencia, en ninguno de los grupos.

En relación a la última categoría, la autoestima, se asocia en ambos grupos con una frecuencia similar de aparición y que se establece como una autoestima baja. Fundamentalmente, entendida como una autopercepción devaluada, donde puede existir desde el ambiente, énfasis en aspectos negativos con respecto de él o ella, estableciéndose una actitud de inferioridad ante los otros así como incapacidad para realizar acciones que favorezcan su desarrollo.

Destaca que los adolescentes con TDAH, vivencian de manera similar a los que no presentan esta condición, una forma de representar su mundo interior a partir de la combinación de sus experiencias previas junto a vivencias del presente, favorecen la imagen aún dependiente, propia de los procesos de transición adolescente. Sin embargo, si existe una diferencia significativa en relación a su autopercepción, quedando de manifiesto el temor inminente de ser agredido o no gratificado afectivamente.

En este contexto, es posible establecer que por las características particulares del grupo con TDAH, se incrementan las dificultades para establecer con otros relaciones menos tensionadas, donde el foco de atención se centra en la inestabilidad emocional. De alguna manera, la desregulación afectiva, que se relaciona con los procesos de reconocimiento, regulación y expresión emocional, se ven reforzados negativamente, unido a experiencias vinculares que incentivan la exigencia externa y la necesidad de ser gratificado de forma inmediata y poco profunda. Estos aspectos se relacionan claramente con los procesos de recompensa, aversión a la demora y la impulsividad entre algunos. Como consecuencia, es posible visualizar el surgimiento de ansiedad que se relaciona directamente con la manera de

representarse y de vincularse, manifestando de esta forma angustia paranoide, de separación y seguridad. Esto revela como perciben su mundo interno en relación con el mundo externo.

El grupo control, manifiesta dificultades en la representación del sí mismo en la díada, que podría ser explicado por las características propias de la adolescencia, integrando lentamente los distintos aspectos de la personalidad, donde aún se establecen lazos dependientes con las figuras parentales y otros, especialmente con su grupo de pares y de amistad, pero con manifestaciones de vínculos que aún están en proceso de cambio al ser poco profundos. En estas condiciones emerge la ansiedad de seguridad, entendida como la necesidad de sentirse protegido y estable, por lo tanto, evidencia mayor cantidad de similitudes que diferencias en el contexto afectivo entre el grupo de adolescentes con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, en relación a otros que no manifiestan esta condición. En contraste es posible establecer que los adolescentes con TDAH, cuando vivencian desde el temor, tienden a priorizar relaciones con mayor tendencia a la exigencia, que favorecería su necesidad de autoreforzar la tendencia negativa en su experiencia personal, por lo tanto, se hace evidente que las intervenciones deben ser realizadas para estabilizar y controlar la percepción de los vínculos primarios que permiten entender el mundo.

En síntesis, los adolescentes con TDAH centran su atención en las relaciones diádicas y no en las grupales, por lo tanto, el tipo de conflicto es en la díada donde se mostrará muy demandante, con temor a perder la relación y /o la atención del otro, por lo tanto, son celosos. Por otra parte, la dinámica de las triadas y grupales se establece con dificultades en la inclusión-exclusión.

En términos del desarrollo de las relaciones objetales, se significa como “fijados” en una fase relacional más inmadura que los del grupo control. De alguna forma, están “estancados” producto de vivencias muy gratificantes en la relación materna o por dificultades vinculares con ésta, presentando insatisfacciones al atravesar esta etapa del desarrollo. Como consecuencia, evidencia un vínculo asociado a angustia de tipo paranoide, es decir, desconfiado y con intensa necesidad de control, que los vuelve celosos,

aumentando la presencia de sus angustias relacionadas con la seguridad y la separación. En esta categoría es probable hipotetizar que podría corresponder a trastornos ansioso, comorbilidad que no fue posible confirmar debido a que al grupo con TDAH no se le administró el ChIPS según el modelo metodológico planteado.

Sin embargo, a nivel de autoestima los resultados de este estudio muestran que en ambos grupo predomina un nivel de autoestima baja, evaluado como la vivencia del yo individual (Lersch, 1971), donde aún la experimenta con menor conciencia, centrándose en el desarrollo de ciertos procesos básicos donde lo fundamental es aprender a elegir y decidir por sí mismo, por lo tanto, no hay suficiente desarrollo de la autonomía y aún manifiesta su dependencia de otros, familia, pares, pareja; esta en formación del proceso de su propio yo.

En su mayoría, independiente del TDAH, los adolescentes están en una fase del desarrollo donde es más activo el proceso reflexivo de reconocerse y luego darse valor frente a sí mismo para enfrentar los referentes externos, las valoraciones sociales, los referentes ideales y la de sus padres, entre algunos. La presencia de una autoestima baja en ambos grupo, puede comprenderse desde un proceso de construcción de su autoestima, por lo tanto, no son características propias del TDAH, sino que es naturalmente una etapa de revisión, conocimiento y construcción de valores dentro de sí mismo, donde los resultados son esperados para la etapa evolutiva y se vivencia la fragilidad de la autoestima representada en ambos grupos del estudio.

El objetivo de esta investigación ha sido describir la cualidad del funcionamiento emocional de los jóvenes con TDAH y compararlo con un grupo de control sin TDAH. Para esto se ha utilizado el Test de Relaciones Objetales de Phillipson que ha permitido distinguir ambos grupos. En el nivel de relaciones objetales donde predomina su expresión emocional, no se consideró evaluar específicamente los grados de intensidad de la ansiedad, por lo tanto, no tiene un grado de medición directa de la frecuencia (intensidad), sino sólo la presencia o ausencia del indicador de desregulación. En este sentido, no se realizó porque se empleó los criterios planteados por Castillo, Valdebenito, Baeza y Fuentes, quienes no incluyen los grados de medición de la desregulación.

En relación al Test de Relaciones Objetales, es posible establecer que esta investigación valida a este tipo de instrumento, ya que puede pesquisar (sensible) sintomatología del eje I según el DSM-IV-TR, por ejemplo la angustia presente en el grupo con TDAH.

Finalmente el estudio permite establecer limitaciones que hacen referencia a las dificultades en la obtención de la muestra del grupo control, es decir, de aquellos adolescentes que no presentaban TDAH, quienes al ser seleccionados y evaluados con el ChIPS, presentaban patologías asociadas, especialmente con trastornos de tipo ansioso y fobias específicas, que implicó la exclusión de la investigación y de la extensión del tiempo requerido para esta. Otro aspecto se relaciona con los períodos para llevar a cabo la evaluación, que se ven obstaculizados por las actividades propias del sistema escolar, por ejemplo, feriados, vacaciones, pruebas, clases específicas donde no deben faltar, entre otras.

En relación a la comorbilidad, es importante confirmar en el grupo con TDAH la presencia de ésta y aplicar, en el caso de estudios futuros un instrumento que pesquise esta área, ya que hay algunos casos que podrían no haber consultado al especialista. Por otra parte, en el caso de este estudio, la variable tratamiento no fue incorporada limitando el aporte a los resultados obtenidos.

Las sugerencias que responden a las limitaciones y otros aspectos relacionados con el estudio, permiten describir la necesidad de establecer otro tipo de criterio para entrevistar y evaluar a los participantes. También surge la posibilidad de realizar esta investigación con otro tipo de población, con características sociales y culturales distintas, así como integrar una mayor cantidad de casos, que faciliten el enriquecimiento de la información y que incentive los contrastes entre los grupos.

Es necesario en investigaciones futuras contemplar la necesidad de establecer grupos de TDAH con y sin tratamiento farmacológico, así como la experiencia en psicoterapia y/o psicoeducación, favoreciendo las posibles intervenciones o tratamientos a este grupo. En

este contexto, se pueden integrar por ejemplo variables como edad del diagnóstico y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Los aportes a la psicología Infanto-Juvenil se establecen en la validez del instrumento utilizado para evaluar las vivencias de los adolescentes en la relación objetal, es decir, la prueba cumple con los requisitos de sensibilidad en esta temática. Por otra parte, establecer las diferencias y semejanzas entre los jóvenes con y sin TDAH, así como reforzar las concepciones teóricas que son producto de largas investigaciones, donde la utilización de distintos aspectos de la neuropsicología, la neuroquímica y la neuroimagen permiten comprender los resultados obtenidos. También hay que distinguir la forma de intervenir en este grupo con TDAH, así como establecer las diferencias con el proceso adolescente esperado.



## 8.- REFERENCIAS

- Albert, J., López-Martín, S., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología*. 47(1):39-45.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, DSM-IV*. España. Masson, S.A.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, DSM-IV-R*. España. Masson, S.A.
- Antshel, K. y Barkley, R. (2008). Psychosocial Interventions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 17: 421-437.
- Antivilo, A. (2011). *Curso obligatorio: Metodología de la Investigación en Clínica Infanto-Juvenil*. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología. Chile.
- Baeza, M. y Fuentes, A. (2007). *Estudio comparativo en adolescentes mujeres entre 13-16 años, víctimas y no víctimas de agresiones sexuales para pesquisar indicadores de delitos sexuales a través del TRO de Herbert Phillipson*. Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología.
- Baird, A.A., Gruber, S.A., Fein, D.A., Maas, L.C., Steingard, R.J., Renshaw, P.F., Cohen, B.M. & Yurgelon-Tood, D.A. (1999). Functional magnetic resonance imaging of facial affect recognition in Children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 38:195-199.
- Boehme, V. y Quijada, C. (2006). Síndrome de déficit atencional. En I. López, V. Boehme, J. Förster, L. Troncoso, T. Mesa y R. García (Eds.), *Diagnóstico diferencial y comorbilidad del síndrome de déficit atencional* (pp.159-186). Santiago. Editorial Universitaria.

- Capdevila-Brophy, C., Artigas-Pallarés, J., Ramírez-Mallafre, A., López-Rosendo, M., Real, J. y Obiols-Llandrich, J.E. (2004). Fenotipo neuropsicológico del trastorno de déficit atencional/hiperactividad: ¿existen diferencias entre los subtipos?. *Revista de Neurología*. 40(Supl 1): S17-S23.
- Caride, M.R. (2010). TRO, Test de Relaciones Objetales, manual de aplicación. En H. Phillipson (Eds.), *Introducción* (pp. 11-14). Buenos Aires: Paidós.
- Castillo, M.C y Valdebenito, M. (2007). *Obesidad Infantil: Evaluación de las relaciones objetales internalizadas en madres de niñas obesas, a través del test de relaciones objetales de Phillipson*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología.
- Céspedes, A. (2007). *Niños con pataletas, adolescentes desafiantes*. Chile. Vergara.
- Colegio de Psicólogos de Chile (AG). (1999). *Código de ética profesional*. Extraído de <http://www.colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2009/08/código-etica2.pdf>
- De La Barra, F. (2011). *Epidemiología de Trastornos Psiquiátricos en Niños y Adolescentes en Chile*. Chile. Presentación Congresos de SOPNIA y SONEPSYN.
- De La Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S. y Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23(5), pp. 521-529.
- Etchepare, T. y Almonte, C. (2009). Psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, M. Montt y A. Correa (Eds.), *Trastornos por déficit atencional e hiperactividad* (pp. 243-255). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México. Mc GrawHill.
- Iribarne, M. (2009). Psicopatología infantil y de la adolescencia. En C. Almonte, M. Montt y A. Correa (Eds.), *Desarrollo psicológico del adolescente* (pp. 37). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Kaplan, R. y Saccuzzo, D. (2006). *Pruebas Psicológicas: principios, aplicaciones y temas*. México. Thomson.
- Korzeniowsk, C. y Ison M.S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XVII pp. 67-71.

- Lersch, P. (1971). *Estructura de la Personalidad*. España. Scientia.
- López-Martín, S., Albert, J., Fernández-Jaén, A. y Carretié, L. (2009). Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*. 3(2), 17-29.
- Papalia, D.E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. China. McGrawHill.
- Pinto, F., Förster, J. y García, R. (2006). Síndrome de déficit atencional. En I. López, V. Boehme, J. Förster, L. Troncoso, T. Mesa y R. García (Eds.), *Diagnóstico clínico del síndrome de déficit atencional (SDA)* (pp. 141-157). Santiago: Editorial Universitaria.
- Phillipson, H. (1981). *Test de relaciones objetales*. España. Editorial Paidós.
- Poeta, L.S. y Rosa-Neto, F. (2006). Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*. 43(10), 584-588.
- Rebollo, M.A y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*. 42(Supl 2), S3-S7.
- Rooney, M.T., Fristad, M.A., Weller, E. y Weller, R. (2001). *Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ChIPS*. México. Manual Moderno.
- Rovaletti, M.L. (2006). *La evaluación ética en las ciencias humanas y/o sociales. La investigación científica entre la libertad y la responsabilidad*. Acta Bioética, 12(2). Organización Panamericana de la Salud, Chile. Doi:10.4067/S1726-569X2006000200013.
- Taylor, E. & Sonuga-Barke, E. (2008) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5<sup>th</sup> Edition. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor. & A. Thepar (Eds.), *Disorders of Attention and Activity* (pp. 520-542). London: Blackwell Publishing Limited.
- Scharager, J. y Armijo, I. (2001). Muestreo no probabilístico. En *Metodología de la Investigación para las ciencias sociales* [CD-ROM]: Versión 1.0 Santiago: Escuela de Psicología, SECICO Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa computacional. [http://cursos.puc.cl/unimit\\_psi\\_003-1/almacen/1222368251\\_jscharag\\_sec4\\_pos0.pdf](http://cursos.puc.cl/unimit_psi_003-1/almacen/1222368251_jscharag_sec4_pos0.pdf)
- Sepúlveda, M.G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Chile. Mediterráneo.

- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*. 40(60): 358-368.
- Siquier, M. y García, M. (1987). Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. En M. Siquier, M. García y E. Grassano (Eds.), *El test de relaciones objetales de Herbert Phillipson* (pp.115-167). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Trujillo-Orrego, N., Pineda, D. y Uribe L. (2012). Validez del diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico. *Revista de Neurología*. 54(5): 289-302.
- Weinstein, R. (2011). *El Test de Phillipson*. Chile. Presentación clase de Magister.
- Williams, L., Hermens, D., Palmer D., Kohn, M., Clarke, S., Keage, H., Clark, C.R y Gordon, E. (2008). Misinterpreting Emotional Expressions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence for a Neural Marker and Stimulant Effects. *BIOL PSYCHIATRY*. 63:917.926.

## 9.- ANEXOS

## 9.1.- ANEXO 1.

### **Consentimiento Informado para participantes de Investigación**

El propósito de esta carta de consentimiento es explicar claramente la naturaleza de ésta investigación, así como el rol de su hijo(a) como participante.

La presente investigación es conducida por la Psicóloga Erika Osorio Inostroza, estudiante de Magister de Psicología Clínica Mención Infanto-Juvenil de la Universidad de Chile. La meta de este estudio es Determinar la presencia de indicadores emocionales diferenciales de la expresión afectiva en adolescentes con Déficit Atencional con Hiperactividad, a través del Test de Relaciones Objetales (TRO) de Phillipson.

Si Ud. accede a que su hijo(a) participe en este estudio, este deberá asistir a una aplicación de un instrumento psicológico denominado Test de Relaciones Objetales de Phillipson, que tomara aproximadamente 90 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria, por lo tanto, si se expresa la necesidad de retirarse no tiene ninguna restricción para hacerlo en el momento que desee. La información que se recoja será anónima y confidencial siendo utilizada para los fines de la investigación y posibles estudios futuros.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede solicitar información al siguiente mail: [erika.osorio@ciademaria.cl](mailto:erika.osorio@ciademaria.cl)

Desde ya se agradece su participación.

---

Por medio de la presenta, yo \_\_\_\_\_ padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_ hago constar que se me ha informado sobre el objetivo de esta investigación y reconozco que la información obtenida en ella es estrictamente confidencial y será usada sólo para el propósito de este estudio y futuras investigaciones sobre el tema.

Entiendo que una copia de esta carta de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados generales de este estudio cuando este haya concluido. Para ello puedo contactar al mail: [erika.osorio@ciademarkia.cl](mailto:erika.osorio@ciademarkia.cl)

Nombre padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## 9.2.- ANEXO 2.

### **Categorías de Análisis Test de Relaciones Objetales (TRO):**

#### **Definición Conceptual y Operacional**

(Extraído de Castillo y Valdebenito, 2007).

#### **Representación de sí mismo y de los objetos:**

##### **Definición:**

**Conceptual:** Representación de sí mismo en la que se le percibe temeroso por la posibilidad de extinción personal a causa del hambre y del abandono.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica al sujeto aparece perdido, mandado lejos del hogar, huérfano o abandonado.

##### **Agresivo-Destructivo:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se percibe dotado de un potencial para dañarse a sí mismo o a los demás.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquel en el que reconoce al objeto) aparece en una actitud irascible, violenta; manifestando la intención de ejercer – o produciendo- un daño a otro.

##### **Omnipotente:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se percibe dotado de características grandiosas, posicionándolo en un lugar de superioridad respecto de los otros.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquel en el que reconoce al objeto) aparece gozando de atributos o cualidades que le otorgan una posición de superioridad ante los otros; ya sea porque posee virtudes importantes de las que los demás carecen, porque ostenta un gran poder que los otros no tienen, o bien porque no requiere de los demás dada su extrema autosuficiencia.

##### **Amenazado:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se percibe temeroso por la posibilidad de ser dañado por los impulsos agresivos ajenos.



**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquel en el que reconoce al objeto) aparece asustado, temeroso, en medio de un ambiente hostil, o ante la presencia de personajes hostiles y peligrosos.

**Dañado:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se percibe

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquel en el que reconoce al objeto) aparece dañado, sucio o enfermo.

**Arruinado:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se percibe habiendo sufrido un perjuicio, debido a cual se encuentra severamente dañado -física o anímicamente – o desvitalizado.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquel en el que reconoce al objeto) aparece gravemente enfermo, en ruinas o muerto.

**Carente-insatisfecho:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se percibe deprivado, con insuficiente atención, cariño, alimento otorgado por los otros; quedando insatisfecho en sus necesidades.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquel en el que reconoce al objeto) aparece sin contar con suficiente confort, seguridad, cariño, atención, cuidado o alimento; manifestando su necesidad o falta.

**Devaluado:**

**Conceptual:** Representación del objeto en que se tiende a desvalorizarlo, percibiéndosele como disminuido en las capacidades, denigrándolo o despreciándolo por ello.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje en el que reconoce al objeto aparece descalificado en sus atributos, ya sea en lo referente a su sexo, edad, posición social o jerárquica u otras características personales.

**Amenazante-peligroso:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se percibe generando temor en el otro, dada su capacidad de ejercer daño a éste.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquel en el que reconoce al objeto) puede ejercer prejuicio a otro (a sí mismo) dado su potencial agresivo, presentando este otro una actitud temerosa y desconfiada.

**Autónomo:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe como capaz de satisfacer sus necesidades, utilizando adecuadamente sus recursos y estableciendo con los otros un vínculo maduro.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece consiguiendo un objeto gratificante para él de manera independiente, al tomar una actitud o al realizar una conducta que le permite resolver una situación de necesidad por medio del uso de sus capacidades, y el apoyo empático de otros.

**Dependiente:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe necesitando de otros para satisfacer sus necesidades y responder a las demandas del medio, siendo incapaz de conseguir estos objetivos por sí mismo.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece en una actitud pasiva, congraciativa, respecto de otro que satisface sus necesidades, y del cual no puede independizarse.

**Desafiante:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe rebelde ante una figura de autoridad.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece tomando una actitud o ejecutando alguna conducta que implique desacato; como puede ser el contrariar el discurso de otro, negarse a seguir una instrucción, o manifestar desacuerdo ante lo establecido por medio de actividades tales como huelgas, protestas o fugas.

**Sobreadaptado:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe excesivamente obediente y ajustado ya sea a una norma o a una condición, pudiendo llegar a inhibirse la expresión de sus necesidades, deseos y afectos.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece obedeciendo lo establecido por una figura de autoridad, sin manifestar desacuerdo alguno.

**Envidioso:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe queriendo dañar los aspectos buenos del otro, puesto que al poseerlos éste lo deja en una posición disminuida.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece criticando a otro, o ejerciendo algún perjuicio a éste, vinculado a los atributos que éste posee y de los que él carece.

**Seductor:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe gozando de atributos que resultan atractivos y hasta fascinantes para otros, a través de los cuales puede persuadirlos para responder a sus deseos.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece haciendo uso de sus atributos personales para obtener la atención de otros, su afecto, o para persuadirlos, a través de actitudes como coquetearles o alagarlos.

**Sobrevalorado:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe dotado de características positivas por las cuales goza de una posición de importancia respecto de los demás, sin llegar a ser omnipotente.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) es descrito ensalzando sus atributos de modo exagerado, o siendo estos atributos elogiados por los demás personajes de las historias de este mismo modo.

**Gratificador:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe como respondiente ante las necesidades de los otros (del sujeto)

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece entregando atención, alimentos, cuidados,

contención o cariño al personaje en el que reconoce al objeto (o al personaje con el que identifica el sujeto).

**Privador:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe indiferente ante las necesidades del sujeto, o resuelto a no satisfacerlas.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se reconoce al objeto aparece no prestando atención, o negándose a no entregar alimento, cuidados, contención o cariño al personaje con el que se identifica el sujeto.

**Castigador:**

**Conceptual:** Representación del objeto en la que se le percibe en una posición de poder o superioridad, que lo faculta para sancionar al sujeto cuando éste ha cometido una falta. El objeto se percibe como haciendo uso de dicha facultad de manera frecuente.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje en el que se reconoce el objeto aparece amonestando, privando, ignorando o causando daño físico o psíquico al personaje con el que identifica el sujeto, como consecuencia de una falta cometida por éste último.

**Pasivo:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe como tendiente a la inactividad, y ocupando usualmente posiciones en relación a los otros que no implican mayor esfuerzo físico ni psíquico, y que no le demandan una actitud proactiva.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece en una actitud físicamente inactiva, estando detenido, inmóvil, esperando, descansando; se encuentra siendo receptor de las acciones de los otros; o no ejecuta una conducta activa en las circunstancias que así lo requieren.

**Potente-activo:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe fuerte, vigoroso, enérgico, y tendiente a posicionarse en un lugar activo en las situaciones que vivencia, y en los vínculos que establece.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece ejerciendo una actividad que demanda el uso de energía vital, fuerza o poder. O bien se muestra capaz de dirigir, movilizar, conducir a otros, manejando el curso de la interacción.

**Demandante:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe exigiendo a los otros (al sujeto) apoyo, aprobación, y la gratificación de las necesidades

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) reclama directa o indirectamente a los otros (o al sujeto) que lo apoye, lo apruebe y satisfaga sus necesidades.

**Dominador:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe en una posición de poder y autoridad ante otro, quedando éste último coartado en sus posibilidades y sometido a él.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto (o aquél en el que reconoce al objeto) aparece obligando, subyugando o esclavizando a otros personajes de la historia.

**No contenedor:**

**Conceptual:** Representación del sí mismo (del objeto) en la que se le percibe como incapaz de entregar a otro la atención, cuidados, comprensión, y la empatía, necesarias para brindarle seguridad.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se alude a recipientes dañados, frágiles, incompletos. O bien en las que se critica negativamente al personaje con el cual se identifica al sujeto, respecto de sus aptitudes para ejercer un rol materno.

**Desvalido-Abandonado:**

**Conceptual:** Representación de sí mismo (del objeto) en la que se percibe temeroso por la posibilidad de extinción personal a causa del hambre y del abandono.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto aparece perdido, mandado lejos del hogar, huérfano o abandonado.

## Tipo de Vínculo:

### Egocéntrico:

**Conceptual:** Vinculación en la que se aprecia una imposibilidad de reconocer las necesidades y deseos de los otros, por un privilegio excesivo de las necesidades y deseos propios.

**Operacional:** Elaboración de historias donde el relato se centra en el personaje con el que identifica el sujeto, apareciendo éste centrado en sí mismo, y siendo los otros pobremente descritos en cuanto a sus características, necesidades, afectos y deseos.

### Dependiente:

**Conceptual:** Vinculación en que una de las partes requiere de apoyo y gratificación de sus necesidades por parte del otro, siendo incapaz de manejarse con autonomía; y en la que la otra parte, a su vez, asume esta responsabilidad.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se describe a un personaje recibiendo apoyo por parte de otro en una actitud pasiva y susceptible; manifestándose o desprendiéndose de su incapacidad para decidir y responsabilizarse por sí mismo al no contar con éste. El personaje que lo apoya asume un rol de protección y dirección.

### Simbiótico:

**Conceptual:** Vinculación en que no aparece una clara diferenciación entre el sujeto y el objeto. No reconociéndose los límites que circunscriben a uno y otro en su calidad de individuo separado e independiente, vale decir, con sus propios y distintos atributos, afectos, necesidades y deseos.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se perciben figuras humanas pobremente diferenciadas, ya sea corporalmente unidas (siamesas, embarazos), sin distinciones en su aspecto, rol o sexo, o igualadas en cuanto a sus deseos, necesidades o comportamientos.

### Narcisista:

**Conceptual:** Vinculación en que una de las partes se atribuye características grandiosas, posicionándose en un lugar de superioridad, tomando una actitud despreciativa hacia el objeto, devaluándolo.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto toma una actitud grandiosa, de superioridad, devaluando a los otros personajes de la historia.

### **Poco profundo:**

**Conceptual:** Vinculación en que aprecia un pseudocontacto, destacándose entre los sujetos cierta lejanía, y escaso interés por vincularse afectivamente.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se perciben figuras humanas pobremente relacionadas, en una actitud pasiva, sin desprenderse de la historia un interés de los personajes por establecer una interacción que implique intercambio afectivo.

### **Maduro:**

**Conceptual:** Vinculación caracterizada por la vitalidad y capacidad empática entre las partes. En las que se destaca la posibilidad de contactarse afectivamente con el otro de un modo acorde al contexto en la que se da la interacción. Pudiendo los sujetos compartir intereses comunes, manteniendo el reconocimiento de las necesidades propias de cada cual.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se perciben personajes estableciendo una relación en la que son capaces de sintonizar en términos de afectos, intereses y actividades. Siendo la expresión de sus afectos adecuada al contexto de interacción, y manteniéndose presentes los intereses y necesidades particulares de cada cual.

### **Demandante:**

**Conceptual:** Vinculación en la que una de las partes exige a la otra el apoyo, la aprobación, y la gratificación de sus necesidades.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se describe a un personaje que reclama directa o indirectamente a otro que lo apoye, apruebe y/o satisfaga sus necesidades.

### **Retraído-evitador:**

**Conceptual:** Vinculación en la que una de las partes evade el contacto social y el compromiso afectivo con otros.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que el personaje con el que se identifica el sujeto muestra una actitud evasiva hacia el contacto con los otros, reaccionando en el contexto social con una retirada física o con aislamiento psíquico.

### **Dominación:**

**Conceptual:** Vinculación en la que se destaca la asimetría de poder entre las partes, asumiendo una de ellas una posición autoritaria respecto a la otra.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que uno de los personajes posee la facultad de controlar y/o doblegar a otro, asumiendo este último una actitud de obediencia y/o sumisión.

**Competencia:**

**Conceptual:** Vínculos en las que ambas partes luchan entre sí por conseguir el mismo propósito.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se aprecian personajes compitiendo por un mismo objeto.

**Rivalidad:**

**Conceptual:** Vínculo en la que ambas partes compiten por perseguir el afecto de un tercero.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se aprecian personajes rivalizando por obtener el cariño, la atención, y/o la cercanía de un tercero.

**No hay vinculación:**

**Conceptual:** Incapacidad de establecer relaciones interpersonales en las que cada una de las partes asuma una posición definida respecto de la otra, y establezca un contacto afectivo con ésta.

**Operacional:** Elaboración de historias carentes de interrelaciones entre los personajes, sin apreciarse en éstos una resonancia afectiva, ni un interés por relacionarse.



## Ansiedades predominantes

### Ansiedad Paranoide:

**Conceptual:** Respuesta de temor a causa de la persecución por parte del objeto. Vivencia de persecución que es producto de la proyección de los propios impulsos agresivos sobre éste. Al mismo tiempo, el yo conserva parte de dichos impulsos, los que son dirigidos contra el objeto perseguidor.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se describen un entorno hostil y peligroso, y/o aparecen personajes en actitud amenazante hacia el personaje con el que se identifica el sujeto (acosándolo, persiguiéndolo, observándolo), atribuyéndosele a ellos la facultad de causar algún perjuicio a éste.

### Ansiedad destructiva:

**Conceptual:** Respuesta afectiva ante la fantasía inconsciente del yo de encontrarse dañado por los impulsos agresivos propios y ajenos.

**Operacional:** Elaboración de historias en la que se describe un entorno deteriorado, sucio, en ruinas, descuidado; y/o aparecen personajes dañados, debilitados. O bien situaciones en las que el daño al medio o a los personajes aparece potencialmente.

### Ansiedad de muerte:

**Conceptual:** Respuesta afectiva ante la fantasía inconsciente del yo de encontrarse severamente dañado por los impulsos agresivos propios y ajenos.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se describe un entorno fúnebre y desvitalizado; y/o aparecen personajes muertos o gravemente enfermos; animas u otras representaciones ligadas a la muerte.

### Ansiedad opresora:

**Conceptual:** Respuesta afectiva ante la fantasía inconsciente del yo de encontrarse limitado, constreñido, o coartado en sus posibilidades.

**Operacional:** Elaboración de historias en la que se describe un entorno estrecho o cerrado; y/o aparecen personajes atrapados o encerrados.

### **Ansiedad de separación:**

**Conceptual:** Respuesta afectiva ante la fantasía inconsciente del yo de encontrarse en riesgo vital producto de un posible desamparo.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se describen personajes abandonados o separados físicamente de los demás. El personaje separado queda en posición de desvalimiento. También se refiere a relatos que enfatizan la condición de unión entre los personajes, o en los que se aluda a situaciones de despedidas, alejamientos, reencuentros, o añoranzas de otros.

### **Ansiedad de seguridad:**

**Conceptual:** Respuesta afectiva ante la fantasía inconsciente del yo de encontrarse incapacitado para por medio de sus propios recursos lograr estabilidad.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que se alude a elemento o personaje que otorga sostén y protección al personaje con el que se identifica el sujeto (barandas de contención, arnés, guardaespaldas, cuidador); y/o se describen personajes físicamente afirmados, apoyados, resguardados o recibiendo apoyos verbalmente por parte de otro (aliento o consejo). También se refiere a historias en las que se alude a la falta de estos elementos, y a historias que destacan un entorno acogedor, caliente y seguro.

### **Ansiedad de castración:**

**Conceptual:** Respuesta afectiva de temor ante la fantasía inconsciente de recibir - a causa de su actividad sexual - un castigo por parte de una figura de autoridad, del que resultaría la integridad de la integridad yoica.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que aparece un personaje recibiendo un castigo a causa de su actividad sexual. O bien personajes a los que se les ha arrebatado un objeto preciado; o personajes físicamente incompletos, a los que se les ha cortado alguna parte de su cuerpo. También refiere a relatos que aludan a una amenaza de que estas acciones se ejecuten.

### **Ansiedad de culpa depresiva:**

**Conceptual:** Respuesta afectiva de dolor ante la fantasía inconsciente del yo de haber dañado a los objetos amados por medio de sus propios impulsos agresivos. Alude también al sentimiento generado en el yo por su percepción de haber incumplido una ley.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que aparece un personaje con el que se identifica el sujeto aparece en una actitud de arrepentimiento, remordimiento, penitencia, o confesión, por haber cometido alguna acción impropia o haber causado perjuicio a otro.

**Ansiedad de culpa persecutoria:**

**Conceptual:** Respuesta afectiva de temor ante la fantasía inconsciente del yo de ser dañado por un objeto envidiado o deseado al cual se le ha querido atacar. Conjuntamente con la culpa asociado a este daño, aparece la proyección del propio odio hacia el objeto, convirtiéndose éste en perseguidor.

**Operacional:** Elaboración de historias en las que aparece un personaje con el que se identifica el sujeto aparece en una actitud temerosa ante la posibilidad de ser dañado por un personaje al cual se le causó un perjuicio.

**Ansiedad de aniquilación:**

**Conceptual:** Respuesta afectiva ante la fantasía inconsciente del yo de encontrarse aniquilado por los impulsos agresivos propios y ajenos.

**Operacional:** Elaboración de historias en la que se describe un entorno devastado; o bien aparecen cuerpos humanos u objetos fragmentados o pulverizados. También se refiere a situaciones en las que aparece un potencial destructivo capaz de producir estos resultados.

### 9.3.- ANEXOS

#### Láminas del Test de Relaciones Objetales

GALERIA DE LÁMINAS DEL TEST DE RELACIONES OBJETALES\*  
(Según el orden de mostración)



LAMINA 1 (A1)



LAMINA 2 (A2)



LAMINA 3 (C2)



LAMINA 4 (B2)



LAMINA 5 (A6)



LAMINA 6 (E1)



LAMINA 7 (C6)



LAMINA 8 (A2)



LAMINA 9 (E2)



LAMINA 10 (B6)



LAMINA 11 (C2)




LAMINA 12 (C1)


\* Material complementario para facilitar la manipulación en el análisis, agregado para esta edición castellana.

9.4.- ANEXO

Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes (ChIPS)



ChIPS/Hoja de registro  
Perfil



Clave de identificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

Origen étnico: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Lugar (marque uno): Paciente interno, Paciente externo, Escuela, Otro lugar de investigación: \_\_\_\_\_

Trastorno	Síntomas	Diagnóstico	Duración	Diagnóstico del clínico
<b>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</b> <i>Tipo:</i> con predominio de Déficit de atención con predominio Hiperactivo-impulsivo Combinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje I
<b>Trastorno negativista desafiante</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trastorno disocial</b> <i>Aparición:</i> Infancia, Adolescencia <i>Gravedad:</i> Leve, Moderado, Grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Abuso de sustancias</b> <i>Sustancia(s):</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fobia específica</b> <i>Tipo:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fobia social</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje III
<b>Trastorno de ansiedad por separación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trastorno obsesivo-compulsivo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje IV
<b>Trastorno por estrés postraumático</b> <i>Tipo:</i> Agudo, Crónico <i>Aparición:</i> Regular, Retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trastorno por estrés agudo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Anorexia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eje V Actual: Año pasado:
<b>Bulimia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trastorno depresivo mayor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trastorno distímico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Manía</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hipomanía</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Enuresis</b> <i>Tipo:</i> Nocturna, Diurna, Ambas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Encopresis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Esquizofrenia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Psicosis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Factores de estrés psicosocial: \_\_\_\_\_

Otros factores de estrés: \_\_\_\_\_


**Observaciones conductuales:**

Apariencia: \_\_\_\_\_ Afecto: \_\_\_\_\_

Esfuerzo: \_\_\_\_\_ Nivel de actividad: \_\_\_\_\_

Comportamientos fuera de lo común: \_\_\_\_\_

Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS) "First Published in the United States by American Psychiatric Press, Inc. Washington D.C. and London, England". Copyright © 1999 Elizabeth B. Weller, Ronald A. Weller, Mary A. Fristad y Marijo Rooney. All Rights Reserved.  
Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes (ChIPS). Edición original publicada en Estados Unidos de América por American Psychiatric Press, Inc. Washington, D.C. y Londres, Inglaterra. D.R. © 2001. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, Deleg. Cuauhtémoc, 06100 México, D.F.



0308

Problema presentado	
Casa	
1.	
2.	
Escuela	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Compañeros/trabajo	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Medicación	
Tipo:	
Dosis:	

Problema presentado	
Casa	
1.	
2.	
Escuela	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Compañeros/trabajo	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Medicación	
Tipo:	
Dosis:	

Enuresis	Esquizofrenia/Psicosis	Factores de estrés
<p>1. <input type="checkbox"/> <span style="color: red;">NO PASAR</span></p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <span style="color: red;">NO PASAR</span></p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <span style="color: red;">(→) MARCAR</span></p> <p><b>Criterios</b> Si 1, ≥1 en 2, 3a y 3b, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> a _____ (x/semana)    <input type="checkbox"/> b _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Daño</b> 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros</p> <p><b>Tipo</b> Sólo Nocturna <input type="checkbox"/> 2a<sup>+</sup>, 2b<sup>-</sup> Sólo Diurna <input type="checkbox"/> 2a<sup>-</sup>, 2b<sup>+</sup> Nocturna y Diurna <input type="checkbox"/> 2a<sup>+</sup>, 2b<sup>+</sup></p>	<p>RESR. POSIT: ¿REAL O FANTASIA?</p> <p><b>A. Síntomas psicóticos</b> 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <span style="color: red;">+ → sólo ANIMAS</span> 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <span style="color: red;">→ SI ES NO PASAR. ESTRES</span> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>B. Interferencia</b> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Criterios</b> Si ≥2 en A y ≥1 en B, entonces criterios cumplidos para Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Si ≥1 en A, entonces criterios cumplidos para Psicosis <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Criterios de Duración cumplidos para Psicosis <input type="checkbox"/></p> <p><b>Daño</b> 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>A. Abuso/Abandono del niño</b> 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <span style="color: red;">→ MARCAR: sólo falta de esfuerzo.</span> 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> ← <span style="color: red;">BASTA UNA PARA PASAR.</span> 1. _____ 2. <input type="checkbox"/> _____ 3. _____ 4. _____ 5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>B. Otros factores de estrés</b> 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <span style="color: red;">(+) pasa e.</span> 2. <input type="checkbox"/> REGISTRAR FREC. 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c 5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 9. _____ 10. <input type="checkbox"/> <span style="color: red;">(FANTASIA)</span> 1. <input type="checkbox"/> _____</p>
<p><b>Encopresis</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> <span style="color: red;">NO PASAR</span></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Criterios</b> Si 1 y 2, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> a _____ (x/mes)    <input type="checkbox"/> b _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Daño</b> 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>		





Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno negativista desafiante	Trastorno disocial
<p>Tipo con predominio de Déficit de atención</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>9. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>Tipo con predominio Hiperactivo-impulsivo</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>9. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>6. <input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/> ¿Cómo? <input type="checkbox"/> AGRESIVA <input type="checkbox"/> VENGATIVA</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> &gt;1</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/> &gt;1</p> <p>7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b : C) AMBAS → PASAR II.</p> <p>9. <input type="checkbox"/> &gt;1</p> <p>10. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>12. <input type="checkbox"/></p> <p>13. <input type="checkbox"/> &gt;1</p> <p>14. <input type="checkbox"/></p> <p>15. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p>
<p><b>Criterios</b></p> <p>Si ≥6 en A <b>solamente</b>, entonces criterios cumplidos para tipo con predominio de Déficit de atención <input type="checkbox"/></p> <p>Si ≥6 en B <b>solamente</b>, entonces criterios cumplidos para tipo Hiperactivo-impulsivo <input type="checkbox"/></p> <p>Si ≥6 en A y ≥6 en B, entonces criterios cumplidos para tipo Combinado <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si ≥4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si ≥3, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p> <p><b>Tipo</b></p> <p>Aparición en infancia (≥1: &lt;del&gt;10&lt;/del&gt;) <input type="checkbox"/></p> <p>Aparición en adolescencia <input type="checkbox"/></p> <p>(0: &lt;del&gt;10&lt;/del&gt;)</p> <p>Leve <input type="checkbox"/></p> <p>Moderado <input type="checkbox"/></p> <p>Grave <input type="checkbox"/></p>

Abuso de sustancias	Fobia específica	Fobia social
<p>1. <input type="checkbox"/> _____                      Obs/F: <input type="checkbox"/> a _____                      Cto/F: <input type="checkbox"/> b _____                      Gue / Cho / F: <input type="checkbox"/> c _____</p> <p>Free. 2. <input type="checkbox"/> _____                      Tipo / Fica. 3. <input type="checkbox"/> _____                      Que / Fica. 4. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>NEGATIVO (1-4). PASAR</p>	<p>1. _____</p> <hr/> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>4. <input type="checkbox"/> ai <input type="checkbox"/> aii <input type="checkbox"/> aiii <input type="checkbox"/> aiv <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>NO PASAR</p>	<p>1. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <span style="color: red;">NO AMBAS. PASAR</span></p> <p>→ 2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>→ 4. <input checked="" type="checkbox"/> ai <input checked="" type="checkbox"/> aii <input checked="" type="checkbox"/> aiii <input checked="" type="checkbox"/> aiv <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>→ 5. <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>_____ (meses)</p> <p>Criterios de duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si 1-4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si 1-4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>
	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses) <span style="color: green;">TIEMPO TRANSCURRIDO</span></p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses) <span style="color: green;">(&gt;6M)</span></p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Daño</b></p> <p>CASA 1. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b (ambos)</p> <p>POLICIA 2. <input type="checkbox"/></p> <p>ESCUELA 3. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>¿RIESGO 4. <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>
<p><b>Criterios</b></p> <p>Si hay algún uso (preguntas 1-4) y cualquier daño (1-4), entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Tipos</b></p> <p>Animales <input type="checkbox"/></p> <p>Ambiente natural <input type="checkbox"/></p> <p>Sangre-Inyección-Heridas <input type="checkbox"/></p> <p>Situacional <input type="checkbox"/></p> <p>Otra <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Tipo(s)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		

Trastorno de ansiedad por separación	Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno obsesivo-compulsivo
<p>1. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>6. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <i>NO AMBAS. PASAR</i></p> <p>7. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>8. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c <input checked="" type="checkbox"/> d <input checked="" type="checkbox"/> e <input checked="" type="checkbox"/> f</p>	<p>A. Compulsiones</p> <p>1. <input type="checkbox"/> <i>NO PASAR B</i></p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> a _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> b _____</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>B. Obsesiones</p> <p>1. <input checked="" type="checkbox"/> a _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> b _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> c _____ <i>NO PASAR</i></p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c</p> <p>3. <input checked="" type="checkbox"/> (Tu propiedad "+")</p> <p>C. Interferencia <i>+1hr. al día interrumpe rutinas</i></p> <p>1. <input checked="" type="checkbox"/> a <input checked="" type="checkbox"/> b <input checked="" type="checkbox"/> c</p>
<p><b>Criterios</b></p> <p>Si <math>\geq 3</math>, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si 1-3, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si A1, A2 y C, entonces criterios cumplidos para Compulsiones <input type="checkbox"/></p> <p>Si B1, B2 y C, entonces criterios cumplidos para Obsesiones <input type="checkbox"/></p> <p>Si Compulsiones +, Obsesiones+, o ambas entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (semanas)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>_____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>

Estrés (Trastorno por estrés agudo/ Trastorno por estrés postraumático)	Anorexia	Bulimia
<p><b>A. Exposición</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>1 MES → B / + TIEMPO → C</p> <p><b>B. Disociación</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>NO. PASA A C</p> <p><b>C. Experimentación recurrente</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>D. Evitación</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3 CONFIRMACIONES ↓ E</p> <p><b>E. Sobreestimulación</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <b>NO AMBOS. PASAR</b></p> <p>2. <input type="checkbox"/> a</p> <p>altura: _____</p> <p>peso: _____ &lt; 85%</p> <p>b</p> <p>altura: _____</p> <p>peso: _____ &lt; 85%</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c → MARCAR CASO (+)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> SÓLO ♀ PUBERTAD / 2-3 PERÍODOS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p>
<p><b>Criterios</b></p> <p>Si A1 y A2 ≥3 en B, ≥1 en C, ≥3 en D y ≥2 en E, entonces criterios cumplidos para Trastorno por estrés agudo <input type="checkbox"/></p> <p>Si A1 y A2 ≥1 en C, ≥3 en D, y ≥2 en E, entonces criterios cumplidos para Trastorno por estrés postraumático <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si 1-4 (y 5 para niñas púberes), entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si 1-4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. _____ (años de edad)</p> <p>3/a. _____ (semanas)</p> <p>b. _____ (días)</p> <p>c. _____ (meses)</p> <p>4. _____</p> <p>AGUDO</p> <p>→ Criterios de Duración cumplidos para Trastorno por estrés agudo <input type="checkbox"/></p> <p>→ Criterios de Duración cumplidos para Trastorno por estrés postraumático <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. _____ (años de edad)</p> <p>3. _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. _____ (años de edad)</p> <p>3. a. _____ (# /semanas)</p> <p>b. _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>
<p><b>Tipo (Trastorno por estrés postraumático)</b></p> <p>&lt; 3M Agudo <input type="checkbox"/> Aparición regular <input type="checkbox"/> DENTRO</p> <p>≥ 3M Crónico <input type="checkbox"/> Aparición retardada <input type="checkbox"/> DESPUÉS</p>		

Estrés (Trastorno por estrés agudo/ Trastorno por estrés postraumático)	Anorexia	Bulimia
<p><b>A. Exposición</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>→ 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e</p> <p>→ 3. <input type="checkbox"/></p> <p>1 MES → B / + TIEMPO → C</p> <p><b>B. Disociación</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>NO. PASAAC</p> <p><b>C. Experimentación recurrente</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>D. Evitación</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>→ 5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>3 CONFIRMACIONES ↓ E</p> <p><b>E. Sobreestimulación</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>→ 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>→ 3. <input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/></p>	<p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <b>NO AMBOS. PASAR</b></p> <p>→ 2. <input type="checkbox"/> a</p> <p>altura: _____</p> <p>peso: _____ &lt; 85%</p> <p>b</p> <p>altura: _____</p> <p>peso: _____ &lt; 85%</p> <p>→ 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>→ 4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c → MARCAR CASO (+)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> SÓLO ♀ PUBERTAD / 2-3 PERÍODOS</p>	<p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>→ 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>→ 4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p>
<p><b>Criterios</b></p> <p>Si A1 y A2 ≥ 3 en B, ≥ 1 en C, ≥ 3 en D y ≥ 2 en E, entonces criterios cumplidos para Trastorno por estrés agudo <input type="checkbox"/></p> <p>Si A1 y A2 ≥ 1 en C, ≥ 3 en D, y ≥ 2 en E, entonces criterios cumplidos para Trastorno por estrés postraumático <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si 1-4 (y 5 para niñas púberes), entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Criterios</b></p> <p>Si 1-4, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. _____ (años de edad)</p> <p>3/a. _____ (semanas)</p> <p>b. _____ (días)</p> <p>c. _____ (meses)</p> <p>→ 4. _____</p> <p>AGUDO</p> <p>→ Criterios de Duración cumplidos para Trastorno por estrés agudo <input type="checkbox"/></p> <p>→ Criterios de Duración cumplidos para Trastorno por estrés postraumático <input type="checkbox"/></p>	<p>→ <b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. _____ (años de edad)</p> <p>3. _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. _____ (años de edad)</p> <p>3. a. _____ (# /semanas)</p> <p>b. _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>
<p><b>Tipo (Trastorno por estrés postraumático)</b></p> <p>&lt; 3M Agudo <input type="checkbox"/> Aparición regular <input type="checkbox"/> DENTRO</p> <p>≥ 3M Crónico <input type="checkbox"/> Aparición retardada <input type="checkbox"/> DESPUÉS</p>		

Trastorno depresivo mayor/ Trastorno distímico	Trastorno depresivo mayor/ Trastorno distímico	Manía/Hipomanía
<p>A. Estado disfórico</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <b>TODAS (-) → B</b></p> <p>B. Pérdida de interés</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <b>NEGAT (A+B) → J</b></p> <p>C. Cambios en el apetito</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>D. Cambios en el sueño</p> <p>Hora de dormir: _____</p> <p>Hora de despertar: _____</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>E. Cambios psicomotores</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>F. Energía baja</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>G. Culpa</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>H. Deterioro en la concentración</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e</p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>I. Pérdida de la esperanza</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p>	<p><b>Cráterios</b></p> <p>Si A, B o ambos, y <math>\geq 5</math> de A a H o J, entonces criterios cumplidos para Trastorno depresivo mayor <input type="checkbox"/></p> <p>Si A y <math>\geq 2</math> de C, D, F, G, H o I, entonces criterios cumplidos para Trastorno distímico <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Ánimo elevado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <b>TODAS (+)</b></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p>B. Otros síntomas</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c</p> <p>5. <input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <b>NO PASAR</b></p> <p>7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d</p> <p>C. Interferencia</p> <p>1. <input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Cráterios</b></p> <p>Si A1(a, b y c) + <math>\geq 3</math> en B + <math>\geq 1</math> en C o</p> <p>A2 + <math>\geq 4</math> en B + <math>\geq 1</math> en C, entonces criterios cumplidos para Manía <input type="checkbox"/></p> <p>Si A1(a, b y c) + <math>\geq 3</math> en B+ ninguna en C o</p> <p>A2 + <math>\geq 4</math> en B + ninguna en C, entonces criterios cumplidos para Hipomanía <input type="checkbox"/></p>
<p>J. Pensamientos suicidas o de muerte</p> <p>1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b</p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <b>SÓLO SI A Y B SON POSITIVOS</b></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. Trastorno depresivo mayor <input type="checkbox"/> _____ (semanas)</p> <p>Trastorno distímico <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Trastorno depresivo mayor <input type="checkbox"/></p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Trastorno distímico <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Duración</b></p> <p>1. _____ (años de edad)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad)</p> <p>3. Manía <input type="checkbox"/> _____ (semanas)</p> <p>Hipomanía <input type="checkbox"/> _____ (días)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Manía <input type="checkbox"/></p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Hipomanía <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>		<p><b>Daño</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> casa</p> <p>2. <input type="checkbox"/> escuela</p> <p>3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>

Enuresis	Esquizofrenia/Psicosis	Factores de estrés
<p>1. <input type="checkbox"/> <i>NO PASAR</i></p> <p>2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <i>NO PASAR</i></p> <p>3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <i>(-) MARCAR</i></p> <p><b>Criterios</b> Si 1, ≥1 en 2, 3a y 3b, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. a _____ (x/semana)    b _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Daño</b> 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros</p> <p><b>Tipo</b> Sólo Nocturna <input type="checkbox"/> 2a<sup>+</sup>, 2b<sup>-</sup> Sólo Diurna <input type="checkbox"/> 2a<sup>-</sup>, 2b<sup>+</sup> Nocturna y Diurna <input type="checkbox"/> 2a<sup>+</sup>, 2b<sup>+</sup></p>	<p><i>RESP. POSIT: ¿REAL O FANTASIA?</i></p> <p><b>A. Síntomas psicóticos</b> 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <i>+ → sólo ANIMAS</i> 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <i>→ SI ES NO PASAR ESTRES</i> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>B. Interferencia</b> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Criterios</b> Si ≥2 en A y ≥1 en B, entonces criterios cumplidos para Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Si ≥1 en A, entonces criterios cumplidos para Psicosis <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. <input type="checkbox"/> _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos para Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Criterios de Duración cumplidos para Psicosis <input type="checkbox"/></p> <p><b>Daño</b> 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>	<p><b>A. Abuso/Abandono del niño</b> 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <i>MARCAR: sólo falta de esfuerzo.</i> 2. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> ← <i>BASTA UNA PARA PASAR.</i> 1. _____ 2. <input type="checkbox"/> _____ 3. _____ 4. _____ 5. <input type="checkbox"/></p> <p><b>B. Otros factores de estrés</b> 1. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <i>(+) PASAR E.</i> 2. <input type="checkbox"/> REGISTRAR FREQ. 3. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 4. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c 5. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 6. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 7. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b 8. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d 9. _____ 10. <input type="checkbox"/> <i>(FEM)</i> 1. <input type="checkbox"/> _____</p>
<p><b>Encopresis</b></p> <p>1. <input type="checkbox"/> <i>NO PASAR</i></p> <p>2. <input type="checkbox"/></p> <p><b>Criterios</b> Si 1 y 2, entonces criterios cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Duración</b> 1. _____ (años de edad) 2. <input type="checkbox"/> _____ (años de edad) 3. a _____ (x/mes)    b _____ (meses)</p> <p>Criterios de Duración cumplidos <input type="checkbox"/></p> <p><b>Daño</b> 1. <input type="checkbox"/> casa 2. <input type="checkbox"/> escuela 3. <input type="checkbox"/> compañeros</p>		