

Gewerc, Delfina

**Exploración de conductas
agresivas a través de una
selección de indicadores
emocionales en el test htp.
Estudio de un caso infantil
en el contexto hospitalario**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Pana Tronca, Georgina

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Trabajo Integrador Final

Gewerc, Delfina

2025

***EXPLORACIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS A TRAVÉS DE UNA SELECCIÓN DE
INDICADORES EMOCIONALES EN EL TEST HTP. ESTUDIO DE UN CASO INFANTIL
EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO.***



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Sistematización de Prácticas

***EXPLORACIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS A TRAVÉS DE UNA SELECCIÓN DE
INDICADORES EMOCIONALES EN EL TEST HTP. ESTUDIO DE UN CASO INFANTIL
EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO.***

Gewerc, Delfina - 2010048

Directora: Lic. Georgina Pana Tronca

2025

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque veo su mano providente en cada paso dado. Por bendecirme con una buena educación, gente talentosa, y el amor y apoyo de quienes me rodean. Porque puso en mi el deseo de servirlo a través de esta profesión.

A mi familia, por ofrecerme siempre su apoyo en cada paso de este recorrido; por alentarme y siempre impulsarme a dar lo mejor y cumplir cada meta que me propongo.

A mi abuela, por ser un apoyo incondicional, nutriendome de anécdotas que me llenaron de entusiasmo para esta profesión.

A mis amigas de la vida, por alegrarme en los momentos difíciles y ser un equipo incomparable. A mis amigas de la carrera, con quienes deseo compartir esta profesión, por todo lo compartido.

A la Universidad Católica de Córdoba, por brindarme las herramientas y ponerme en contacto con gente tan talentosa.

Al Hospital Infantil Municipal y a los profesionales que allí trabajan por haberme recibido, por haberme dejado compartir y aprender de ellos.

A Lic. Georgina Pana Tronca, directora de este trabajo, por aparecer en el momento indicado y guiarme con tanta dedicación, apoyo y profesionalismo.

¡Muchísimas gracias!

Delfina.

ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN	8
II. CONTEXTO INSTITUCIONAL	11
2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA	12
2.2 ÁREA DE SALUD MENTAL Y PSICOLOGÍA	13
III. CONTEXTO DE PRÁCTICA	18
3.1 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	19
3.2 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	21
3.3 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA INFANTIL	23
3.4 MARCO LEGAL DEL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ARGENTINA	24
3.5 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD	25
3.6 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	26
IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	28
V. OBJETIVOS	30
OBJETIVO GENERAL	31
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
VI. PERSPECTIVA TEÓRICA	32
6.1. LA INFANCIA Y LO ESPERABLE EN EL NIÑO	33
6.2 QUÉ ES LA CONDUCTA AGRESIVA Y CÓMO SE MANIFIESTA EN NIÑOS	37
6.3 CAUSAS E IMPLICANCIAS DE LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA INFANCIA	41
6.4 PROCESO PSICODIAGNÓSTICO	48

6.4.1 Herramientas Psicodiagnósticas	52
6.4.1.1 Tests Gráficos.	53
HTP (House- tree- person)	56
6.4.2 Indicadores evolutivos	58
6.4.3 Indicadores emocionales de las conductas agresivas	62
VII. MODALIDAD DE TRABAJO	70
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	71
7.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	72
7.3 IMPLICANCIAS ÉTICAS	73
VIII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	75
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	76
8.2 SENTIMIENTOS ATRAVESADOS	77
8.3 SITUACIÓN DE PRÁCTICA	78
8.4 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	80
8.4.1 Caso M	80
IX. CONSIDERACIONES FINALES	88
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
XI. ANEXO	100

ÍNDICE DE SIGLAS

- HIM: Hospital Infantil Municipal
- PPS: Prácticas profesionales supervisadas
- SeNAF: Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia
- SM: Salud mental
- SPD: Servicios de Protección de Derechos del niño
- UTI: Unidad de Terapia Intensiva
- HTP: House, tree, person (en castellano: casa, árbol, persona).
- FH: Figura humana.

I. INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Integrador Final se realizó a partir de la sistematización de experiencias de la Práctica Profesional Supervisada (PPS) de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba. La misma fue desarrollada dentro del Contexto Clínico. Desde mayo del 2024, se acudió al Hospital Infantil Municipal en rol de pasante, el cual se mantuvo hasta noviembre del mismo año. Se pretendió, a través de la práctica, continuar con la formación en Psicología, participando en los distintos dispositivos terapéuticos que ofrecía la institución a modo de “observadora no participante”.

Este trabajo está compuesto por una serie de apartados que permiten, a medida que van siendo desarrollados, sustentarlo.

Como eje de sistematización se plantea: *“Exploración de conductas agresivas a través de una selección de indicadores emocionales en el test HTP. Estudio de un caso infantil en el contexto hospitalario”*, con el objetivo general de analizar indicadores emocionales de conductas agresivas en el test gráfico HTP de un paciente observado y seleccionado en el mismo hospital.

En un primer momento, se verá descrito el contexto institucional, es decir, el lugar en el cual se realizó la Práctica Profesional Supervisada, el Hospital Infantil Municipal. Se expondrá brevemente su historia y una descripción de su funcionamiento, además de detallar los distintos servicios, haciendo hincapié en el que nos es pertinente, el de Salud Mental.

En segundo lugar, se detalla el contexto de la práctica profesional en el área clínica, haciendo un breve recorrido histórico de la Psicología Clínica, definiendo a la misma y al rol del psicólogo clínico con niños. También se hará una aproximación al marco legal y a su ejercicio en la actualidad.

Posteriormente, se desarrollará la perspectiva teórica correspondiente al eje de sistematización. Se presenta la definición de conducta agresiva, teniendo en consideración aportes de diversos autores, las causas de dicha manifestación y cómo se manifiesta en niños. A su vez, desde la psicología, como disciplina, se intentará

brindar una comprensión posible sobre la problemática utilizando como instrumento las técnicas proyectivas, específicamente el HTP, que forma parte del proceso psicodiagnóstico, siendo una de las áreas de incumbencia del psicólogo.

Luego, se encuentra detallada la modalidad de trabajo elegida, puntualizando sobre la población de la muestra, en este caso, el estudio de un caso en particular, también aquellas herramientas utilizadas para la recolección de los datos, las técnicas de análisis para los mismos y los aspectos éticos, así como un análisis de la experiencia en el hospital, donde subyace la recuperación del proceso vivido en donde se apunta a la comprensión de cómo se fue llevando a cabo el desarrollo de la experiencia de práctica en términos de rol, aprendizajes y vivencias.

Seguidamente, se presenta el análisis de los objetivos planteados al comienzo.

Finalmente, se incluyen conclusiones y reflexiones finales del trabajo, derivadas de la experiencia vivida y de la evaluación del proceso.

II. CONTEXTO INSTITUCIONAL

Me resulta importante señalar aquello que entiendo por Sistema de Salud; éste compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud. En esta línea la OMS (2022) se menciona:

El objetivo final de un sistema de salud es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o los grupos poblacionales.” Se considera a la salud como el “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 2022).

2.1 BREVE RESEÑA HISTÓRICA

La Práctica Profesional Supervisada fue llevada a cabo en el Hospital Infantil Municipal, ubicado en la calle Luis de Góngora 550-598, del barrio Alta Córdoba de la Ciudad de Córdoba.

El HIM fue inaugurado el 30 de septiembre de 1968 como un centro asistencial abierto, encontrándose gestionado y operado por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Dicha institución surge de las convicciones de Sixto González, quién en esa época era estudiante de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. En cuanto a la visión que él tenía del HIM, relata:

Esta obra nos alegra profundamente por su noble misión: aliviar el dolor de los niños, transformando su tristeza en alegría.[...] brindar su atención a todos los niños que lo

necesiten: ricos o pobres, rubios o morenos, con fe o sin ella; a todos con el mismo cariño y sin diferencias de ninguna clase, pues todos son hijos de Dios y han tenido la dicha de haber nacido argentinos. (González, 2006, p.19)

Hoy en día es un centro de salud público y de gestión municipal especializado en pediatría. Por lo tanto, forma parte del Sistema de Salud Municipal, cuyo objetivo es brindar servicios de salud a la población del municipio de Córdoba Capital, basados en estrategias de Atención Primaria de la Salud. Además, es centro de referencia y derivación de pacientes pediátricos oriundos de municipios aledaños de la zona norte, de ciudades del interior de la provincia de Córdoba y en menor cuantía de otras provincias como Santiago del Estero, Catamarca y La Rioja; es una institución de segundo y tercer nivel de atención que asiste a niños, niñas y adolescentes a partir del primer mes de vida y hasta los 15 años de edad, a excepción de los/as pacientes con patologías crónicas que se extiende hasta los 18 años o hasta realizarse la correspondiente transición al Hospital de adultos.

2.2 ÁREA DE SALUD MENTAL Y PSICOLOGÍA

La salud —dice Wade— tiene que ver con el ajuste óptimo de la persona en todos sus aspectos (físico, mental, social y espiritual) al ambiente considerado también en forma global, no sólo en términos de microbios, células cancerosas y automóviles, sino también de plantas, animales, personas y cosas. De donde resulta que una medicina que se propone por meta conservar la salud de personas y comunidades mediante un adecuado control de las causas de la enfermedad, tiene que ir más allá de la unidad biológica que es el hombre y buscar en el medio físico, social y cultural en que él vive.
(González, 2006, p.45)

A partir de las observaciones en el campo, la sección de salud mental cuenta con cuatro psicólogas, dos psiquiatras, una psicomotricista y dos psicopedagogas.

En cuanto la atención que brinda el área de psicología del HIM, si bien hay una gran demanda y escasez de recursos humanos, lo que genera que todas tengan que rotar por la multiplicidad de casos, cada profesional tiene una especialización y preferencias en cuanto a la temática a tratar. El área de salud mental se segmenta según las temáticas a tratar, abarcando diversas especialidades. En primer lugar, se ofrece asistencia a pacientes con intentos de suicidio y psicosis. En segundo lugar, se brinda atención a pacientes oncológicos, aquellos internados en unidades de terapia intensiva (UTI) y personas con diabetes. Además, se incluye el apoyo en psicoprofilaxis quirúrgicas, y también se da atención a pacientes con fibrosis quística. Cada una de estas áreas requiere un enfoque específico para abordar las necesidades particulares de los pacientes.

Además de recibir derivaciones de otras especialidades del Hospital, el departamento de SM también reciben derivaciones de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SeNAF); del juzgado para casos que implican un riesgo mayor; de los Servicios de Protección de Derechos del niño (SPD), organismos que se encuentran ubicados en los Centros de Participación Comunal (CPC), de los cuales, los principales derivadores por área programática son el SPD de Rancagua, el de Centroamérica y el Monseñor de Andrea; y de las escuelas.

Debido a la alta demanda en salud mental, la asistencia se realiza según prioridades. En primer lugar, se prioriza la asistencia en guardia e internado, y en segundo lugar, el consultorio externo, dando prioridad a las derivaciones de otras especialidades dentro del HIM, así como a las derivadas por SeNAF, los SPD, los Centros de Salud del área programática y, por último, las escuelas. Además, se da prioridad a la atención de situaciones o problemáticas agudas, derivando a niños con Certificado Único de Discapacidad a centros públicos y privados especializados en discapacidad que requieran asistencia interdisciplinaria especializada en rehabilitación a largo plazo.

2.3 DISTRIBUCIÓN FÍSICA Y ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS DEL HIM

Basándonos en la información proporcionada por la dirección del HIM, el Hospital Base se encuentra en un terreno de 11.008,21 m², con una superficie cubierta de 7505,50 m². Las diferentes áreas se distribuyen en tres niveles: en el subsuelo están el depósito general, mantenimiento, sala de calderas, lavandería, ropería, farmacia y esterilización, cocina, lactario, servicio de nutrición, comedor, baños y vestuarios del personal, oficinas de administración, facturación, dirección y recursos humanos, biblioteca, aulas (una grande y una pequeña), estadística y archivos.

En la planta baja se encuentran el laboratorio, diagnóstico por imágenes, anatomía patológica, hemoterapia, consultorios externos de pediatría general y cirugía (demanda espontánea), sala de urgencias y emergencias, depósito, archivo, baños, hall central, sala de espera, secretaría de turnos para especialidades, laboratorio y estudios por imágenes, consultorio de trabajo social, servicio de oncohematología (consultorios y laboratorio), consultorios de psicología, sala de estar para médicos, habitaciones y baños para médicos de guardia y residentes (seis unidades), oficinas de capacitación y docencia, CIEIS y departamento de pediatría y cirugía.

Finalmente, en el primer piso están las salas de internación de cirugía (dos salas), quemados (sala de internación y sala de curaciones), clínica médica (tres salas), aislamientos (nueve unidades), sala de nefrología (dos salas de diálisis) y oncología, sala de recuperación, terapia intensiva (dos salas y un aislamiento), quirófanos (tres), baños, oficinas de enfermería de internado de UTI, diálisis y oncología, sala de procedimientos, depósitos y escuela hospitalaria.

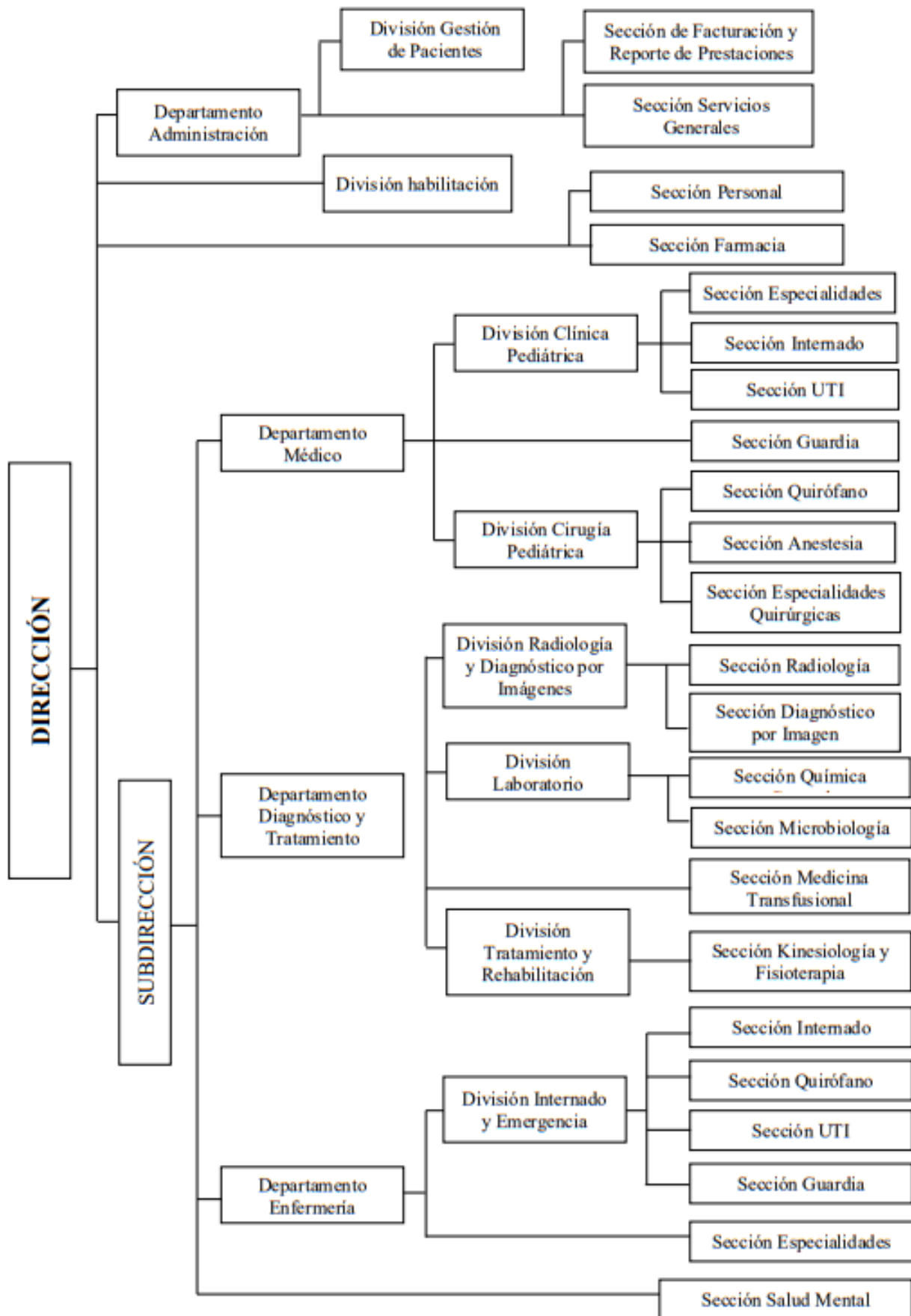
En el edificio anexo se ubican diagnóstico por imágenes (área TAC, ecografía y ecocardiografía), consultorios externos de especialidades pediátricas clínicas y quirúrgicas, kinesioterapia respiratoria, rehabilitación, fonoaudiología, psicomotricidad, psicología,

psicopedagogía, neurología, vacunatorio, enfermería (asistencia ambulatoria), salas de espera (tres), secretaría y archivo de historias clínicas, y la Asociación Hospital Infantil.

En cuanto a las especialidades médicas pediátricas, tanto clínicas como quirúrgicas, están alergia e inmunología, cardiología, cirugía general, cirugía plástica, dermatología, diabetes, emergentología, endocrinología, gastroenterología, hematología, infectología, neumonología, nefrología, neurocirugía, neurología, oftalmología, oncología, ORL, psiquiatría, reumatología, terapia intensiva, traumatología y urología.

Referente a los servicios y/o especialidades del área de la salud, se incluyen psicología, nutrición, psicopedagogía, psicomotricidad, fonoaudiología, fisioterapia y neurorehabilitación, kinesioterapia respiratoria, enfermería especializada y vacunatorio.

A continuación, se presenta un organigrama del hospital brindado por la dirección de dicha institución constituido en el año 2018.



III. CONTEXTO DE PRÁCTICA

3.1 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

El término psicología clínica surge por primera vez en 1896 de la mano de Lightner Witmer al fundar la primera clínica en la Universidad de Pennsylvania. En ese entonces, el rol del psicólogo clínico se caracterizaba por ser científico y desarrollador del Método Clínico.

En la actualidad, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) (2003) define a la Psicología Clínica como una disciplina científico-profesional con historia e identidad propia; los objetivos de la misma son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. Es decir, el estudio del comportamiento, las emociones y cognición por parte de la Psicología Clínica implica la identificación del trastorno o dificultad, partiendo desde diversas técnicas y enfoques terapéuticos, la comprensión de sus causas subyacentes, la evaluación de los síntomas, y la elaboración de un psicodiagnóstico, trabajando en estrecha relación con el paciente para lograr desarrollar un plan de tratamiento personalizado. Desviat (2016) propone que el tratamiento es la reversión de los síntomas que hacen sentirse mal al paciente, o la devolución o adquisición de habilidades y competencias, pero siempre que sirva para atribuir sentido a lo que le sucede, dentro del respeto a la dignidad y a los derechos de la persona, sin convertir la curación-salvación en una tutela de por vida que controla toda la existencia de la persona, para evitar los riesgos. La Psicología Clínica es una disciplina comprometida con la comprensión, prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente (Dulitzky, 2014).

El objeto de la psicología clínica supera así el de la patología mental: no es el hombre psíquicamente enfermo, es el hombre en conflicto, es la resolución o la prevención del conflicto, por eso se habla de trastorno mental, y no de enfermedad.

La psicología clínica dispone de sus propios métodos los cuales son métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos (EFPA, 2003), que se han consolidado en virtud de un importante y largo proceso histórico.

Esta disciplina se implementa en múltiples entornos, incluyendo hospitales generales y psiquiátricos, centros de salud, clínicas, consultorios, y diversas organizaciones e instituciones públicas y privadas. Teniendo en cuenta los aportes de García Barthe (1997), para su desarrollo es esencial considerar tres componentes claves: la formación, la ética y la intervención. En primer lugar, en cuanto a la formación, Escobedo (2008) comenta que “la psicología clínica es un campo en constante transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes” (p.1); la formación implica capacitación continua y el abordaje psicológico personal, dos factores esenciales para ejercer la profesión adecuadamente. En segundo lugar, tomando lo desarrollado por García Barthes, vemos que “el lugar de la ética es el de la reflexión sobre la acción. Acción realizada por un sujeto responsable que se hace cargo de sus efectos. En tanto la reflexión sobre la praxis, la ética es una praxis en sí misma” (p.88). Entendemos, entonces, que las intervenciones implicarán aquellas normas, límites, valores, además de movilizaciones personales que se presentarán en cada práctica. Las intervenciones no deben seguir un manual de manera mecánica, sino que son, más bien, una adaptación continua a lo novedoso y singular del objeto en cuestión, tal como dice Lagache (1982), con el objetivo de dirigirse hacia la individualidad y totalidad del sujeto.

Tomando los aportes de Zas (2011), el psicólogo clínico debe realizar las siguientes funciones:

- ❖ Adquirir habilidades de comunicación y recibir capacitación.
- ❖ Familiarizarse con los principios éticos y códigos que rigen la práctica profesional.
- ❖ Ser competente en la planificación de intervenciones, el análisis de la situación y la selección de estrategias.
- ❖ Reconocer los límites de su intervención.

- ❖ Participar en sesiones de supervisión.
- ❖ Evaluar los resultados de sus intervenciones para permitir ajustes durante su desarrollo y ser consciente de sus propias actitudes y limitaciones.

3.2 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tomando los aportes de EFPA (2003), a continuación se realizará un recorrido histórico por los distintos hitos que condujeron a la consolidación de la psicología clínica.

La primera clínica surge en Pennsylvania, en 1896, gracias a Lightner Witmer, con el nombre de “psicología clínica”. En esta se terminó de desarrollar el *método clínico*, que implicaba el desarrollo de la psicología como disciplina aplicada. Witmer estaba interesado en aplicar los principios de la psicología experimental al estudio y tratamiento de problemas individuales de comportamiento y adaptación. Desarrolló el concepto de "psicodiagnóstico", que implicaba la evaluación sistemática de los procesos mentales y emocionales de un individuo para comprender mejor sus dificultades y necesidades. El método clínico de Witmer combinaba la observación cuidadosa, la evaluación sistemática y el tratamiento individualizado para abordar los problemas psicológicos. Witmer sería también fundador en 1907 de la primera revista de Psicología Clínica. Paralelamente, ese mismo año, Freud nombró “Psicoanálisis” a su propio método clínico. Esto supuso una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un nuevo enfoque que bien puede inscribirse como Psicología Clínica. En 1930, Freud apoya la separación del psicoanálisis de la medicina y psiquiatría, estableciendo que el Psicoanálisis pertenecía a la psicología. Ambos, Witmer y Freud, incluían el tratamiento como una de sus principales funciones.

Con el pasar de los años, aparecieron otras alternativas. Watson, en 1913, propuso el Conductismo, teoría que posibilitó el desarrollo de la Psicología del Aprendizaje.

A pesar de ello, la psicología clínica no aparece como tal hasta 1940 aproximadamente obteniendo su mayor apogeo con la Segunda Guerra Mundial debido al gran número de personas que demandaban atención psicológica, por lo que el rol del psicólogo clínico adquiere mayor importancia al ser incorporados de forma masiva en los hospitales militares. Antes de eso, la tarea de los psicólogos era desarrollar, estandarizar y aplicar los test psicológicos con el fin de estudiar los desórdenes de la personalidad, lo cual fue el punto de partida de dicho ámbito (Buendía, 1999).

En la década de 1950, la psicología clínica consolidó su estatus como una disciplina tanto profesional como científica, y ganó reconocimiento social gracias a la creciente demanda y satisfacción por sus servicios. Los tratamientos psicológicos demostraron su eficacia terapéutica y se convirtieron en la primera opción para tratar numerosos trastornos. Este avance en la terapia psicológica se debe a dos condiciones principales. Una es el desarrollo científico de la psicología, donde es posible una mejor comprensión de los trastornos psicológicos y la elaboración de tratamientos coherentes con esta naturaleza psicológica. La otra, es que la demanda social ha puesto de relieve una creciente presencia de trastornos psicológicos, esta mayor presencia se da en el siglo XX por las formas de vida y ciertas características de la sociedad actual. Desde ese entonces, la psicología clínica se encuentra en continua transformación tanto a nivel académico como profesional (Sánchez Escobedo, 2008)

En sus inicios, la Psicología Clínica se centraba principalmente en identificar enfermedades mentales o entidades nosológicas siguiendo el paradigma médico-hegemónico predominante, según cita Lagache (1982). Sin embargo, con los avances en salud mental y una perspectiva más centrada en los derechos humanos, el énfasis ha cambiado. Ahora, el enfoque se orienta hacia la situación general del paciente, su relación con su entorno, su personalidad y su historia vital. El objetivo ya no es solo diagnosticar una enfermedad, patología o establecimiento de un diagnóstico, sino comprender al paciente en su totalidad, considerándolo como un individuo portador de conflictos en lugar de simplemente como alguien con una patología mental. La Psicología Clínica se enfoca en el "hombre en conflicto" en lugar del "hombre psíquicamente enfermo", (Lagache, 1982).

De acuerdo a lo planteado, se podría interpretar que “la psicología clínica tiene un origen relativamente reciente y su desarrollo está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad” (Buendía, 1999, p. 19), pero que, a su vez, se ha nutrido y se ha abierto a la

posibilidad de múltiples y novedosos aportes, permitiendo que se vaya transformando y desarrollando en su devenir.

3.3 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA INFANTIL

A medida que la psicología se expandía, los investigadores comenzaron a interesarse en la mente y el comportamiento de los niños, reconociendo que la infancia es una etapa crucial para el desarrollo humano. Este interés llevó a la creación de teorías y enfoques específicos para entender el desarrollo psicológico en los primeros años de vida.

Uno de los hitos más significativos fue el trabajo de psicólogos como Piaget, quien propuso una teoría del desarrollo cognitivo que destaca cómo los niños construyen su comprensión del mundo a través de etapas, las mismas son: sensorimotora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. Los aportes de Piaget resultaron fundamentales para comprender cómo los niños construyen su conocimiento y su percepción del mundo. Él argumentaba que los niños no son simplemente adultos en miniatura, sino que su forma de pensar y entender es diferente y evoluciona con el tiempo.

A su vez, Freud influyó en la psicología infantil con su enfoque psicoanalítico, resaltando la importancia de las experiencias tempranas en la formación de la personalidad y el comportamiento. Su enfoque se centró en cómo los conflictos emocionales durante la infancia pueden manifestarse en la vida adulta, lo que llevó un mayor interés en la psicología del desarrollo infantil. Freud abrió nuevos caminos para comprender la psique infantil a partir de la teoría de la sexualidad infantil y de lo que él denominó pregenitalidad.

Durante las décadas de 1950 y 1960, la psicología infantil continuó evolucionando con la incorporación de diversas teorías, incluidas las de Lev Vygotsky, que enfatizó el papel del contexto social y cultural en el desarrollo infantil. Su teoría sociocultural destacó la

importancia de la interacción social en el aprendizaje y el desarrollo de habilidades cognitivas.

En los últimos tiempos, la psicología infantil ha integrado enfoques multidisciplinarios, que incluyen la neurociencia, la educación y la sociología. La comprensión de cómo factores biológicos, emocionales y ambientales interactúan en el desarrollo infantil ha permitido a los profesionales abordar de manera más efectiva las necesidades de los niños. Esto ha llevado a la creación de programas de intervención temprana, enfoques terapéuticos y estrategias de prevención que buscan promover el bienestar emocional y psicológico de los niños.

3.4 MARCO LEGAL DEL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ARGENTINA

Considero importante relevar la trascendencia de las normativas asociadas al ejercicio profesional del psicólogo.

El paradigma actual sostiene una perspectiva de derechos en torno a la salud mental, contemplada en la Nueva Ley de Salud Mental, Ley 26.657, que propone un enfoque de promoción de salud, que implica la prevención en sus tres niveles: el primer nivel preventivo se propone disminuir la aparición de padecimiento psíquico a través de recursos simbólicos propuestos a nivel comunitario. La prevención secundaria, por su parte, intenta disminuir la duración de las dificultades que no han podido evitarse. La prevención terciaria, por último, implica evitar el deterioro originado por las problemáticas a nivel individual

En Córdoba, el ejercicio de la Psicología Clínica se encuentra amparado por la Ley 7106, promulgada en 1984. Plantea lo siguiente:

Se considerará ejercicio de la profesión en el área de la Psicología Clínica: la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la

orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico y tratamiento de los conflictos que con el mismo objetivo requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas. (Ley N° 7106, 1984, art. 3)

La ley 23.227 de Ejercicio Profesional de la Psicología, promulgada en 1985 a manos de la FePRA, define el campo de la profesión en términos de “diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas” (Salomone, 2008, p. 2).

A su vez, el psicólogo deberá cumplir con el Código de Ética que lo regula, y cuidar los derechos del paciente, contemplados en la Ley 26.529 promulgada en el año 2009, “Derecho al paciente en relación con los profesionales e instituciones de la salud.”

A continuación, García Barthe (1997) remarca que la práctica profesional nunca se da en el vacío, sino que tiene efectos sobre las personas. A su vez, el autor manifiesta que son los profesionales los responsables de las acciones y consecuencias. En este caso, los Psicólogos Clínicos, deben pensar sobre su quehacer y fundamentar el por qué, ya que hay que ocuparse de los efectos de sus propias acciones. “La postura frente a la clínica no es una postura teórica, sino ética”. La ética permite que se pueda reflexionar sobre la acción.

3.5 EL ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN LA ACTUALIDAD

La perspectiva actual conceptualiza los problemas de salud mental como problemas influidos por variables de distinto orden lógico, vinculados con el modo con que el individuo interactúa en diversos contextos, donde confluyen las relaciones familiares, comunitarias, sociales. Por su parte, el sujeto es también un factor de influencia en dicho contexto y es influido, además, por él mismo; es decir, hablamos de conflictos biopsicosociales. De este

modo, las variables psicológicas ya no están instaladas en lo profundo del aparato mental del individuo, sino que serían parte de la cotidianidad, del día a día de las personas insertas en el sistema, y pueden buscarse a nivel individual, social o comunitario y en las distintas relaciones entre los sistemas. (Haz, Díaz y Raglianti, 2002)

Según estos autores, el desempeño del psicólogo clínico está pasando a estar cada vez más vinculado a instituciones: clínicas, hospitales, consultorios, escuelas, etc. Además, organizaciones municipales, centros comunitarios, organizaciones no gubernamentales. Todos estos están empezando, y cada vez en mayor medida, a incluir a psicólogos clínicos para que ejerzan y realicen su aporte al trabajo que desempeña la institución. Está siendo un gran desafío para el psicólogo clínico saber insertarse en un equipo de trabajo formado por distintos agentes profesionales y no profesionales, que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada el beneficiario, no porque el psicólogo no sea capaz de insertarse en dicho equipo, sino porque desde siempre se consideró al trabajo psicológico dentro de una consulta aislada e independiente, considerando a un único beneficiario, un trabajo de mucha autonomía. Hoy en día, somos parte, generalmente, de equipos multiprofesionales, donde aprendemos a relacionarnos con personas de otros ámbitos del saber, siendo muchas veces miembro activo en la conformación de este equipo.

3.6 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

“Para llevar a cabo sus funciones, el psicólogo clínico precisa conocer, adaptarse y construir progresivamente un lenguaje común con el resto de facultativos y profesionales sanitarios, pero sin perder lo específico de su propia especialidad formativa” (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Por lo general, toda intervención o tratamiento realizada dentro del marco hospitalario están vinculados a situaciones de enfermedad o condiciones médicas. Por este motivo, la intervención psicológica tiene como propósito principal asistir al niño y a su familia en la realización de tratamientos médicos, procurando que puedan enfrentar la enfermedad con el mejor impacto psíquico posible, además de ofrecer acompañamiento frente al sufrimiento del que lo padece. Es fundamental remarcar que, aunque este objetivo es amplio, no se aplica de manera universal, ya que cada paciente y su entorno familiar presentan características particulares. El psicólogo debe desempeñar su función en colaboración con un equipo interdisciplinario, que involucre al paciente, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, así como a otros profesionales de la salud mental, dado que esta dinámica incrementa la efectividad de la intervención (Faberman, 2010).

En el contexto hospitalario, el sufrimiento físico y emocional es una constante, lo cual exige un abordaje especializado por parte de los profesionales de salud en su práctica diaria (Fuentetaja y Villaverde, 2019). Considerando que “la hospitalización es un evento estresante para el niño debido a que confluyen situaciones que generan una alteración emocional y conductual que favorece el que se vivencie como una experiencia negativa” (Quiles, et al, 2007), el papel de la psicología es fundamental para ayudar a los pacientes a adaptarse y manejar la situación, brindando apoyo emocional y terapéutico tanto a ellos como a sus familias.

En cuanto a la asistencia de pacientes infanto juveniles dentro de este marco, “los niños que padecen enfermedades crónicas o agudas, requieren intervenciones invasivas o dolorosas por largos períodos, o atraviesan internaciones prolongadas, suelen necesitar atención psicológica o psiquiátrica” (Farberman, 2010, p. 25). Además, “la labor del psicólogo no debe limitarse únicamente a brindar apoyo emocional durante la hospitalización, sino también ayudar al niño a afrontar la hospitalización, la cual constituye una experiencia amenazante” (Velazquez, 2014).

IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Exploración de conductas agresivas a través de una selección de indicadores emocionales en el test HTP. Estudio de un caso infantil en el contexto hospitalario.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Explorar los indicadores emocionales seleccionados de conductas agresivas presentes en el HTP en un paciente de seis años durante el proceso psicodiagnóstico, en un hospital pediátrico polivalente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia de los indicadores emocionales seleccionados en los dibujos del test HTP realizados por el niño evaluado.
- Detectar las recurrencias entre los tres dibujos del HTP en relación con los indicadores emocionales seleccionados.
- Relacionar los hallazgos gráficos con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas al niño evaluado.

VI. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1. LA INFANCIA Y LO ESPERABLE EN EL NIÑO

Según Faas (2018), la psicología evolutiva está relacionada con todos los aspectos del desarrollo de la conducta del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte. Se dedica a estudiar el desarrollo de la vida psíquica del hombre en los distintos momentos o etapas de la vida. Da cuenta del hecho de que las personas difieren una de otras en su proceso de cambio evolutivo, describiendo los procesos del cambio y explicando las diferencias interindividuales, así como también busca suministrar las bases para intervenir sobre el desarrollo, enriquecerlo y optimizarlo. En la psicología evolutiva de la niñez, se considera, a) el infante, desde el nacimiento hasta los 15-18 meses, b) el deambulador, de 18 meses hasta los 3 años, c) el preescolar, desde los 3 años hasta los 6 meses, d) el escolar, desde los 6 años hasta los 12 años, y el adolescente, desde los 13 hasta los 18 aproximadamente.

Bajo esta línea, siguiendo con el autor, la psicología del desarrollo infantil se ocupa del análisis explicativo del psiquismo desde los momentos iniciales y primeros del ciclo vital hasta la adolescencia, mediante la integración, para una edad cronológica particular, de aspectos cognitivos, sociales, afectivos, emocionales y psicomotrices. Para esto, se debe atender a los múltiples factores que determinan el desarrollo humano, los cuales pueden ser endógenos (herencia y maduración) y exógenos (aprendizaje y los procesos de socialización); entendiendo al desarrollo como un proceso multicausal, pluridimensional, multidimensional y constructivo en el cual el sujeto participa activamente, mientras la historia y la cultura tienen una incidencia fundamental. Bunge (2009), agrega que, en la niñez, no se puede afirmar que haya una única variable vinculada a las causas de la psicopatología. El comportamiento de un niño se piensa como multideterminado por un número de factores causales (biológicos, genéticos, interpersonales y ambientales) que interactúan contribuyendo al desarrollo patológico.

Desde un enfoque de la psicopatología infantil, Marcelli (1996) desarrolla su aporte distinguiendo lo normal o esperable y lo patológico en el desarrollo del niño. El autor va a decir que no hay una división tajante entre lo normal y lo patológico; más bien, todo comportamiento humano tiene su raíz en procesos psicológicos que comienzan desde las primeras experiencias de vida. Esta idea sugiere que, “tanto en los pensamientos y emociones internas (como las fobias y obsesiones) como en las conductas observables (como actuar impulsivamente o el tartamudeo), siempre hay un hilo de continuidad que conecta todos estos fenómenos con el desarrollo del psiquismo.” (p.58)

Las diversas definiciones posibles de lo normal o esperado giran alrededor de cuatro puntos de vista: el primero, refiere a lo normal como sinónimo de salud, opuesto a la enfermedad. El segundo, lo normal como media estadística. En tercer lugar, lo normal como ideal a realizar o hacia el que dirigirse. Por último, lo normal como capacidad de retomar un determinado equilibrio, es decir adaptación y regulación. En cuanto a esto, se considera que los criterios de normalidad no pueden limitarse a una evaluación de la conducta que ha motivado la exploración y resumirse en una enumeración de síntomas (p.54). El autor explica que la descripción y observación de una conducta no bastan para definir su papel patógeno u organizador, deben, más bien, ir unidas a la evaluación económica y dinámica.

El punto de vista económico consiste en evaluar en qué medida la conducta incriminada no es más que una formación reactiva o, por el contrario, implica una catexis de sublimación. En otras palabras, ¿en qué medida el Yo ha sido parcialmente amputado de sus funciones por el compromiso sintomático?, o al contrario ¿en qué medida podrá introducir dicha conducta en su potencial de intereses o de catexis diversas? El enfoque dinámico y genético pretende valorar la eficacia con la que la conducta sintomática sujeta la angustia conflictiva, autorizando así la continuación del movimiento madurativo. O, por el contrario, si se muestra ineficaz para encadenar la ansiedad que resurge sin cesar, suscitando nuevas conductas sintomáticas y trabando el movimiento madurativo. (p.58)

Con frecuencia se utiliza en psicología infantil otra noción que se refiere a conductas clínicas situadas en el límite de lo normal y de lo patológico: se trata de la inmadurez. La

inmadurez emocional se refiere a un conjunto de comportamientos marcados específicamente por la dificultad en regular emociones, su intensidad y labilidad, la baja tolerancia a la frustración, la dependencia afectiva, la necesidad de seguridad, una sugestibilidad a la influencia de los demás, etc.

Dentro de una perspectiva analítica, esta inmadurez afectiva y emocional nos remite a las nociones de tolerancia de la frustración y de capacidad para pasar al acto, las cuales, para A. Freud, constituyen uno de los elementos de evaluación de lo normal y lo patológico, y también a la noción de «fuerza del Yo», utilizada ampliamente por los psicoanalistas de la escuela de Hartmann. (Marcelli, 1996, p.64)

Los criterios de evaluación aplicados al niño deben tener presente el contexto ambiental, paterno, fraternal, escolar, residencial, amistoso y religioso, ya que, no solo que una misma conducta puede tener un sentido muy diferente según el contexto en el que surja, sino que, además, innumerables conductas juzgadas patológicas por el entorno aparecen en realidad ya como signos de una sana protesta, ya como testimonio de la patología del medio, por ejemplo, “En unas condiciones ambientales patológicas, se dan conductas como el robo y la mentira, o comportamientos en apariencia más desorganizados, como el delirio inducido.” (p.65)

Lo normal y lo patológico no deben ser considerados dos estados distintos uno del otro. De por sí, el desarrollo y la maduración de un niño son fuentes de conflictos que podrían generar síntomas, e implica por ende, siempre un riesgo, dado que comporta períodos de fragilidad. Algunos autores, como Piaget, llaman a estos periodos *estadios*, mientras que otros de corriente psicoanalítica los denominan *fases*. El estudio de ambos conceptos es “con vista a profundizar el conocimiento del modo organizativo del niño y las nuevas formas que toman sus diversos comportamientos durante la evolución [...] no tienen una base cronológica, sino que se basan en una sucesión funcional.” (De Ajuriaguerra, 1977, p21) Toda fase o estadio es integradora. Esto es, que las estructuras elaboradas en una edad determinada se conviertan en parte integrante de las de los años siguientes.

Freud (1905), establece que el desarrollo de la libido atraviesa diferentes fases psicosexuales, en las cuales diversas zonas erógenas adquieren un papel predominante en la búsqueda de placer. Cada una de estas etapas está marcada por conflictos específicos cuya

resolución influye en la consolidación de la personalidad. A través del concepto de fijación y conflicto no resuelto en alguna de las fases del desarrollo, se busca describir que cuando un niño atraviesa una etapa y no logra resolver adecuadamente los conflictos propios de esa fase, puede desarrollar patrones de conducta maladaptativos, entre ellos, la agresividad, la impulsividad y la desregulación emocional.

1. Fase oral (0-1 años)

Freud sostiene que en esta etapa, el placer se obtiene a través de la boca, ya sea por la succión, la alimentación o el acto de morder. Es el primer contacto del bebé con el mundo y donde se establece la relación con el objeto materno. La satisfacción oral es crucial para el desarrollo afectivo, y una privación o exceso en esta fase puede generar fijaciones orales en la vida adulta, como el tabaquismo, la sobrealimentación o la dependencia emocional (Freud, 1905, p. 168).

2. Fase Anal (1-3 años)

Durante esta etapa, la fuente principal de placer se centra en el control y la expulsión de esfínteres.

Freud describe cómo el niño empieza a tomar conciencia del control sobre su propio cuerpo y, con ello, la autonomía y el poder sobre el entorno. El modo en que se maneje el aprendizaje del control de esfínteres influirá en la formación del carácter: una educación demasiado estricta puede generar rasgos obsesivos y perfeccionistas, mientras que una falta de límites puede llevar a la desorganización y la rebeldía (Freud, 1905, p. 171).

3. Fase Fálica (3-6 años) y Complejo de Edipo

En esta fase, Freud señala que el interés libidinal se desplaza hacia los genitales y el niño experimenta la diferenciación entre los sexos. Es aquí donde surge el Complejo de Edipo, en el cual el niño siente atracción hacia el progenitor del sexo opuesto y rivalidad con el del mismo sexo. La resolución de este conflicto, a través de la identificación con el progenitor del mismo sexo, permite el desarrollo de la identidad de género y la internalización de normas sociales (Freud, 1905, p. 175).

4. Período de Latencia (6-11 años)

Freud describe esta etapa como un período de reposo de la libido, en el cual las energías sexuales se subliman en actividades intelectuales, sociales y morales. Aquí, el niño desarrolla la capacidad de relacionarse con sus pares y fortalece el aprendizaje cultural. Es un momento crucial para la integración de normas y valores que marcarán la conducta en la adultez (Freud, 1905, p. 180).

5. Fase Genital (11 años en adelante - Adolescencia y adultez)

En esta última fase, la libido se reactiva con un interés por relaciones interpersonales de tipo afectivo y sexual. Freud considera que este período representa la maduración psicosexual, donde el sujeto es capaz de establecer vínculos amorosos estables y una identidad sexual consolidada. Un desarrollo saludable en las etapas anteriores permitirá una expresión afectiva y sexual plena, mientras que conflictos no resueltos pueden generar dificultades en la vida adulta (Freud, 1905, p. 185).

6.2 QUÉ ES LA CONDUCTA AGRESIVA Y CÓMO SE MANIFIESTA EN NIÑOS

Con la finalidad de diferenciar entre los niños que dirigen sus dificultades hacia el mundo interno, como en la depresión o la ansiedad silenciosa, y aquellos cuyos desafíos se expresan a través de su conducta, impactando en su entorno social y familiar, es decir aquellos que externalizan su malestar a través de la descarga motriz o el acting out, es que De Ajuriaguerra y Marcelli (1996) proponen el concepto de conducta agresiva. Las mismas son una manifestación objetivable del estado de agresividad, la cual no debe entenderse solo como una tendencia negativa o destructiva, sino también cómo una fuerza vital ambivalente, que puede estar motivada por la defensa del territorio, la afirmación de la jerarquía o la respuesta a una amenaza interna o externa. Se caracterizan por una dificultad para controlar impulsos, lo que puede llevar a conflictos con el entorno social, familiar o escolar. Puede observarse en gestos físicos (como empujar, morder, golpear), en expresiones corporales (gruñidos, erizamiento del pelo, fruncir el ceño) o a través de intencionalidades más sutiles

(rechazo, exclusión). Esta conducta es parte de un espectro que incluye tanto expresiones instintivas como elaboraciones psíquicas fantasmáticas, y puede ser interpretada de distintas formas según la disciplina teórica o el marco clínico del observador. Los aportes de Klein (1988), refieren este comportamiento principalmente a contestaciones agresivas, a un fracaso constante del niño para obedecer, seguir reglas, etc.

Lo central en este tipo de manifestaciones es la agresión física o verbal, la impulsividad, y la provocación. Se la vincula también con la resistencia, rebeldía, oposicionismo, terquedad, desobediencia, obstinación, insolencia, etc. La autora sostiene que este estilo de conducta puede entenderse como un intento de expulsar hacia el exterior elementos intolerables del mundo interno, un mecanismo que la misma denomina como *identificación proyectiva*. Esto permite que el niño descargue su angustia en el ambiente, atribuyendo a los otros sus impulsos destructivos. Cuando estos procesos se vuelven excesivos o rígidos, pueden derivar en problemas de conducta persistentes que dificulten la socialización y el aprendizaje.

Janin (2011) describe las conductas agresivas como formas de expresar un sufrimiento emocional que no logra ser procesado internamente. En lugar de ser simbolizadas, las emociones emergen como acciones desbordantes hacia el exterior. La autora subraya que estas conductas suelen estar asociadas a experiencias tempranas de apego inseguro o entornos familiares poco contenedores.

En términos de manifestación, los niños pueden presentar reacciones físicas intensas, como golpes, empujones o gritos, así como conductas de oposición a figuras de autoridad. Según Janin, es fundamental comprender estas expresiones no solo como desobediencia, sino como intentos fallidos de comunicación emocional.

Este estilo de conducta en niños puede aparecer de diferentes formas y grado de agresividad. Para explicar esto, Barkley (2000) ejemplifica con lo siguiente:

Muchos padres informan de que sus hijos gritan o reniegan o que, incluso, les empujan o golpean cuando les ordenan que hagan algo que ellos no quieren hacer. [...] puede extenderse a lo largo de una gama que va desde quejarse, lamentarse y llorar hasta discutir, chillar, gritar, vociferar y decir palabrotas. Puede ir desde dejar sin hacer los encargos o tareas que se le

encomiendan hasta destruir cosas de otras personas o meterse en peleas. (p. 16)

Autores como Bjorkqvist (1994) y Archer (2004), sostienen que existen dos tipos de manifestaciones de las conductas agresivas: la física y la relacional. Algunos niños tienden a expresarla a través de la agresión física, como golpear, empujar, o usar fuerza directa. Esto se asocia a una expresión más visible y directa de frustración o ira. La agresividad física a menudo se considera un comportamiento típico de desarrollo, aunque si es excesiva, puede convertirse en un indicador de problemas emocionales o conductuales más profundos. Otros, suelen manifestar su agresión a través de formas más indirectas y relacionales, como la manipulación social, el aislamiento de otros niños, el uso de rumores o el rechazo social. Este tipo de agresión se denomina agresión relacional o agresión social. Niños con conductas agresivas relacionales pueden experimentar dificultades en establecer relaciones saludables o en desarrollar habilidades de resolución de conflictos. A largo plazo, esto podría generar problemas de autoestima o aislamiento social.

Asimismo, Barkley enlista otra suma de características importantes a tener en cuenta si observamos a niños con este estilo de comportamientos (p. 17):

- ❖ Cambian rápidamente de estar contentos a estar enfadados.
- ❖ Luchan contra lo que tienen que hacer de forma obligatoria como hacer la cama, ir a la escuela o sentarse a la mesa en la hora de las comidas, incluso cuando saben que se les obligará a cumplirlo.
- ❖ Insisten en hacer las cosas a su manera (cuando juegan con sus amigos, por ejemplo).
- ❖ Discuten y vociferan cuando realizan las tareas, tanto si son pequeñas como grandes, especialmente si no quieren hacerlas.
- ❖ Pueden engañar o mentir para escapar de la responsabilidad de sus acciones.
- ❖ Tienden a mostrarse rencorosos y no olvidan los pequeños desaires.
- ❖ Se irritan con facilidad.
- ❖ Se pueden mostrar hostiles con algunas personas sin ninguna razón.
- ❖ Ignoran las órdenes.

- ❖ Desobedecen deliberadamente a sus padres y, algunas veces, a otros adultos.
- ❖ Rompen las reglas de forma indiscriminada.
- ❖ Molestan o se burlan de la gente, aparentemente para divertirse.
- ❖ Parecen enojados consigo mismos.
- ❖ Se resisten a interrumpir sus juegos.
- ❖ Se muestran resentidos y culpan a los demás de sus errores.
- ❖ No pueden controlar su genio como lo hacen los niños de su edad.
- ❖ A menudo, cuando están enfadados, rompen o destruyen cosas.
- ❖ Pueden llevar a cabo conductas autolesivas.
- ❖ Muestran poco respeto por sus padres, especialmente por la madre.

Cuando se habla de la ira, rigidez y exigencia de algunos adultos se la vincula con su “temperamento”, y lo mismo puede pensarse para con los niños. La conducta de un niño puede ser influenciada tanto por factores internos, como el temperamento y la salud, como por factores externos. Varios psicólogos señalan que casi toda conducta puede considerarse normal, por lo que lo importante es la frecuencia, constancia y severidad de la rebeldía.

Una forma de evaluar cualquier aspecto de la conducta de un niño es contemplarla en un continuum. En un extremo de este continuum se representa la menor cantidad de conducta y en el otro la mayor cantidad posible. De esta forma usted puede trazar una línea que represente cómo es su hijo de hablador, de genio vivo, tímido, activo o impulsivo. El sitio en el que se sitúa su hijo a lo largo de este continuum, comparado con la conducta de los chicos de su edad, le dará una idea de lo cercana que está su conducta a «la media» o a «lo normal». (Barkley, 2000, p.21)

A su vez, explica que “quizás lo único que se deba hacer es esperar durante estas pesadas etapas, como son «los terribles dos años» o «los tormentosos diez.»” (p18). Sin embargo, agrega, que cuando la conducta es nueva, se debe tener en cuenta la posibilidad de

que haya otros factores que estén causando este tipo de conducta en el niño. Los niños pueden actuar de esa manera en respuesta a cualquier acontecimiento, como el inicio de la pubertad o divorcio de los padres, por ejemplo.

6.3 CAUSAS E IMPLICANCIAS DE LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA INFANCIA

“Es por esto que pensar las causas de las dificultades infantiles nos remite a la complejidad de las determinaciones, a lo aleatorio de la constitución subjetiva y a las múltiples posibilidades que debemos tener en cuenta.” (Janin, 2011, p.33)

En la actualidad se considera que la causa de lo que llamamos *conductas agresivas* es multicausal. Según Greene (2013), la conducta agresiva de los niños se debe a una relación entre diversos factores, entre los cuales destaca las características del ambiente donde el niño es criado y donde se desarrolla, en segundo lugar, aquellas consecuencias que aumentan la probabilidad de que una conducta determinada se repita en un futuro; y por último, las características de los padres, que incluye no sólo posibilidad de una psicopatología en los padres, sino también, las formas de crianza que los mismos ejercen.

Durante la última década, algunos han querido igualar "impulsivo" o "explosivo" con "bipolar", interpretando la irritabilidad y explosividad como un fenómeno puramente biológico. La realidad es que hay muchos factores que pueden provocar que un niño sea explosivo o que se irrite, la química del cerebro es solamente uno de estos.

Algunos niños son irritables a causa de problemas crónicos que no se han resuelto, tal como el fracaso escolar, el no tener amigos, o el ser intimidado por otros niños. Sin ser necesariamente un trastorno, hablamos de tener un retraso de desarrollo en los dominios de flexibilidad, tolerancia a la frustración, y la resolución de problemas (p.25).

El pensar racionalmente en el medio de la frustración requiere la habilidad inmediata de poder regular la emoción; hay niños que se irritan, agitan, se ponen de mal humor, y se fatigan mucho más frecuentemente e intensamente que otros. Lo que está muy claro es que la impulsividad de muchos niños está siendo motivada por un estado crónico de irritabilidad y agitación que hace difícil para ellos poder responder a las frustraciones rutinarias de la vida de manera adaptativa y racional (Green, 2013, p.25) Como la irritabilidad, la ansiedad también tiene el potencial de hacer el pensamiento racional mucho más difícil. Cuando un niño está ansioso acerca de algo, el pensamiento claro es esencial. Pero para algunos niños, el pensamiento claro no sucede. Agrega Green,

La combinación de ansiedad e irracionalidad causa que algunos niños lloren, y causa que otros exploten. Los que lloran son afortunados porque llorar es menos grave, y causa que los adultos tomen las cosas menos personales y respondan mucho más empáticamente en comparación a los que explotan, aunque ambos comportamientos vienen del mismo origen: habilidades rezagadas y problemas sin resolver. (p.26)

A su vez, Bleger (1963), establece tres series de causas para toda conducta. La primera está dada por los factores hereditarios y congénitos. En los mismos se incluyen todos aquellos transmitidos por herencia, es decir, por los genes; en los factores congénitos se incluyen todos aquellos que provienen del curso de la vida intrauterina. En relación a esto, podríamos considerar que se inclina hacia lo que luego podría ser una patología o trastorno.

La segunda serie está constituida por las experiencias infantiles, fundamentales en el desarrollo psíquico del niño. Siguiendo los aportes de Janin (2011), sabemos que, al nacer, el aparato psíquico del niño no está constituido, el mismo se irá consolidando a lo largo de la historia, que es una historia vincular, que dará lugar a la constitución de las pulsiones y del yo, de sus defensas, de un superyó e ideal del yo. Bajo esta misma línea, entendemos que las vivencias a lo largo de la vida irán dejando en el niño lo que se conoce como huellas mnémicas, es decir, inscripciones que conforman marcas que van anudando y reorganizando la psiquis del niño. “Este modo de inscribir y ligar va a estar determinado por las características de las pulsiones en juego, las defensas predominantes y el tipo de pensamiento que opera en ese momento” (p. 19). Las cualidades agresivas de cualquier niño, pueden

deberse al modo particular en que ese niño haya tramitado esas vivencias. Teniendo en cuenta lo planteado por la autora, entendemos que algunos niños no habrán podido constituir posibilidades mediatizadoras y quedan entonces rendidos a una pulsión que insiste constantemente ser descargada. Resulta inevitable pensar en el otro que constituye, que forma parte de la historia vincular de este psiquismo en desarrollo. Si este, que supuestamente debería contener y calmar, fracasa, el niño queda solo en un estado de enfrentamiento con todos, pensando así que los otros son causa de su malestar. Para vivir de manera armoniosa, debemos tener la certeza de que somos una unidad, “un ser que no se rompe con cada movimiento”, (p. 41) y también de que somos ajenos al otro, es decir que el otro está separado de uno. Entonces, es fundamental que el niño experimente el haber sido mirado como un sujeto. “Si no prevalece la ternura, si el hijo no ocupa un lugar de ser amado desde el narcisismo materno, no podrá constituir el propio yo como yo de placer, ligando las diferentes sensaciones” (p. 41).

Sabemos que la ligazón de las diferentes zonas erógenas está posibilitada por un otro unificador. Si para la constitución del yo de placer es imprescindible la articulación de las diferentes zonas corporales, de las sensaciones, si la piel tiene que funcionar como unificadora, un semejante tuvo que haber operado como espejo posibilitador de esa unificación (p. 42).

Sobre esto, Janin (2011) relata algo que a mi parecer, es fundamental, especialmente en lo que refiere al trabajo con niños, con psiquismos en constitución, no solo con mentes, sino también con almas pequeñas, delicadas, sensibles e ingenuas, capaces de confiar y creer en todo. Nos encontramos, a veces, con niños que tienen dificultades en la constitución de esa imagen unificada, que no es más que el reflejo de que han carecido de un espejo estable, garante del propio ser, como se ha desarrollado anteriormente. Sin embargo, ocurre, asimismo, que hay niños que sí han logrado esta imagen unificada de sí, pero que lo han hecho en base a una representación negativa. ““Soy malo" o "Soy tonto" pueden ser imágenes de sí totalizadoras que permiten "ser" alguien entero, pero que impiden el crecimiento” (p. 42).

Entendemos, de esta forma, a la manifestación de conductas agresivas como un síntoma. Janin (2011) sostiene que el mismo es un conflicto intrapsíquico, una falla en la

transacción entre deseo y demanda; ya se instauró la represión primaria porque hay sistemas inconscientes y conscientes que entran en conflicto. Es intrasubjetivo porque ocurre en el aparato psíquico de la persona.

La autora argumenta que, a veces, los padres “pueden devolver una imagen unificada del niño incompatible con el deseo de ser amado y valorado. Por ejemplo, cuando sostienen que el niño es "absolutamente" insoportable, malo, inútil, es decir, cuando queda en el lugar de resto, de desecho” (p. 42). Otra posibilidad, es que se lo ubique al niño como unificado sólo cuando coincide con las aspiraciones de los otros. La imposición excesiva y la incapacidad de los padres de reconocer que el niño es una persona diferente con sus propios deseos y formas, le niega al niño un espacio propio para desarrollarse.

Bajo esta línea, la transmisión de que el niño no es oscuridad, error, malicia en su interior, parece fundamental para la imagen que él mismo va constituyendo de sí. De esta forma, el niño que tenemos al frente, el psiquismo del cual somos responsables hasta cierto punto, no se ve limitado, atascado, en lo que él cree de él mismo, o de lo que los demás le hacen creer. Bravo (2014) explica que “el ser humano es un ser reflexivo que no “padece” la vida, sino que la construye y la explica (p. 47). El ser humano, a pesar de ser finito, puede cuestionarse y responderse en forma ilimitada, lo que le permite reconocerse como un ser en trascendencia, es decir, que no está limitado a la realidad inmediata de las cosas, encontrándose siempre en un proceso de avance, de desarrollo. En este sentido, la trascendencia se convierte en una dimensión fundamental del ser humano (p. 59).

Entendemos, entonces, que dentro del proceso de estructuración psíquica, no sólo hay vivencias de placer, sino que están también las de dolor, que dejan otro tipo de huellas. “Lo que quedan son caminos de arrasamiento psíquico que, "como la marca del rayo", quiebran conexiones. Inscripciones que llevan a la huida, a la desinvestidura del objeto mnemónico hostil, al vaciamiento representacional.” (p. 20). El dolor, dice Janin, tiene una función ligadora, pero, si se desarrolla una tendencia de evitar el displacer, el displacer se transforma en dolor y este se tornará insoportable para el niño y su psiquismo. La autora describe que se configura un circuito de carácter tanático que opera mediante la desinscripción y la desligadura. En este proceso, la erogenización del cuerpo puede adquirir una cualidad de excitación dolorosa, favoreciendo la fragmentación autoerótica. Como consecuencia, se establece una vía que conduce a la aversión frente a la posibilidad de investir representaciones mnémicas que han sido experimentadas como hostiles. Sobre esto, explica,

Y la representación unificada del cuerpo puede estallar registrando un conjunto de zonas equivalentes entre sí. Cuestiones que nos llevan a pensar las patologías graves. Pero también hay dificultades para simbolizar, cuando el niño queda ubicado como “tacho de basura de angustias no tramitadas de sus padres” y manifiesta esto con su cuerpo y conducta. (Janin, 2011, p.17)

Justamente por eso pensamos que sería más fácil enfrentar los impulsos internos, es decir las pulsiones, y los del entorno si la estructura psíquica ha sido bien consolidada, si las primeras inscripciones han podido ser parcialmente traducidas a otros lenguajes y modos de representación, en vez de quedar como caminos sin salida. (p. 31). Klein (1988) hace su aporte en relación a esto último. La autora argumenta que no se trata de la simple descripción de un sistema de actitudes, desde un punto de vista neurofisiológico, ni de una secuencia de comportamientos externos basados en una intencionalidad, desde un punto de vista etológico, sino de una elaboración fantasmática interna vivida, sentida y expresada por el niño en una conducta exteriorizada. Es una realidad que no existe niño sin fantasías agresivas, representadas en juegos de guerra, juegos de accidentes, por ejemplo. El problema surge cuando los fantasmas agresivos que rodean al niño invaden excesivamente su mundo interno, logrando así que el niño no logre expresar sus fantasías agresivas de manera simbólica, sino que las mismas obtengan un aspecto inhibido y angustiado, y se expresen en conductas agresivas.

En tercer y último, Bleger (1963) habla de los factores desencadenantes o actuales. Estos actúan sobre el resultado de la interacción entre la primera y segunda serie complementaria, es decir, sobre la disposición, inclinación interna del individuo, resultado de lo heredado y lo construido a lo largo de las vivencias infantiles. Dice Janin (2011), “todo niño arma un recorrido propio, dado por sus propias disposiciones y por el encuentro que pudo armar con los adultos que lo rodean” (p. 34). Un gran problema radica en que hay niños que pierden la percepción de sus deseos, o de hecho hay algunos que no la tuvieron nunca, y lo único que desean es oponerse al deseo del otro. Esto suele ocurrir ya que estos niños se unifican en el “no” como modo de ser, como modo de protección, “porque si no, se sienten arrasados por el avance intrusivo del otro. Al abroquelarse en el “no”, éste funciona como organizador que les permite sostenerse como diferentes (p.79). Esta forma de funcionamiento suele perjudicar el mecanismo de sublimación del niño. Así, en lugar de jugar o de realizar o

participar de actividades creativas, estos niños buscan el poder por sobre todas las cosas, tornándose opositoristas, haciendo berrinches, y con conductas que busquen desafiar hasta obtener lo que desean.

Asimismo, puede que el niño tema depender del otro porque no lo considera seguro y el negarse a obedecerlo para pensarse y mostrarse autosuficiente puede ser el modo de sostener un armado narcisista que es hasta entonces muy pobre. Muchas veces, esto se ve sostenido por los mismos adultos, que ubican al niño como todopoderoso frente a ellos mismos que se muestran impotentes. A esto, Janin lo explica como la “idealización de la infancia”, haciendo énfasis en que es uno de los factores sociales que inciden en las dificultades de los niños de hoy. Los niños están atentos a los estados emocionales de los otros, especialmente de los adultos que lo rodean, sin poderlos comprender que son ajenos a él. Esto quiere decir que el niño va armando sus circuitos de pensamiento y sus redes de representaciones en relación al funcionamiento psíquico de esos otros. En cuanto a esto, Janin desarrolla lo siguiente:

Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. En este sentido, el otro humano es condición de la posibilidad de discernir, es sobre aquel que el niño aprende a diferenciar bueno y malo, fantasía y realidad y a construir vías alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación (p. 22).

Por ende, lo que suele ocurrir, es que frente al descontrol y oposición del niño, el otro funciona como un espejo; entonces el adulto se desborda y no puede contener su propia angustia, generando entonces que difícilmente el niño pueda, reforzando este movimiento expulsivo. “Si en el adulto, que es el que puede calmar y sostener a un niño en pánico, prima la identificación especular, el niño se enfrentará a un espejo que le devuelve, agigantada, la propia desesperación (Janin, 2011, p. 36).

Sobre esto, María Elena Colombo explica que el desarrollo cognitivo humano solo puede entenderse mediante dos dimensiones: por un lado el proceso de la evolución biológica, que se expresa en la maduración ontogénica y o por el otro, la evolución cultural que incide a través de la relación de otras personas. La autora agrega que, en el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: un primer momento ocurre a nivel social, y

más tarde, a nivel individual, es decir, primero entre personas (interpsicológico), y después, en el interior del propio niño (intrapicológico). Con esto, comprendemos que todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos. Vemos que el semejante adulto es el vehiculizador del proceso de humanización del ser humano, en tanto aprendiz. El adulto como representante portador de los instrumentos culturales va otorgando funcionalmente aquello que viene a completar al niño. Vigotsky, sobre esta doble aparición de las funciones, agrega que, primero, emergen en el diálogo con los otros, en la dimensión intersubjetiva, y paulatinamente aquello que es realizado con la asistencia de los adultos pasa a realizarse de manera autónoma y consciente por sí solo en la dimensión intrasubjetiva. De este modo, considera que toda conducta, a lo largo del desarrollo, pasa por tres planos de regulación. El primero corresponde a la regulación externa de la conducta y se refiere a las acciones promovidas por estímulos externos como los reflejos, los primeros hábitos que movilizan al organismo a actuar automáticamente. El segundo corresponde a la regulación intersubjetiva de la conducta en la cual la acción se despliega a partir de la asistencia de los adultos que permiten que el niño realice actividades gracias a su asistencia y mediado por ella. Pero aún no puede realizar esas actividades por sí solo. El tercero corresponde al plano de la regulación intrasubjetiva, en la cual la acción es regulada internamente. Esto quiere decir que a través de la interiorización de signos surgen nuevas formas de comportamiento. El sujeto es semiótico, aquel que se constituye por interiorización de signos.

Aún con esto con consideración, Barkley (2000) explica que lo que el niño pueda llegar a hacer podría ser completamente normal, teniendo en cuenta su edad; un niño entre uno y dos años no es muy desafiante porque diga *no* a todo. Dice el autor,

[...] ni tampoco se puede decir que un chico de nueve años presenta este trastorno sólo porque este chico amable, cuando estaba en tercer curso de primaria, se ha vuelto beligerante y desobediente ahora que está en cuarto curso, como le ocurre a muchos de sus compañeros. Quizás lo único que se deba hacer es esperar durante estas pesadas etapas, como son “los terribles dos años” o “los tormentosos diez”. (p. 18)

Sin embargo, agrega que cuando la conducta es nueva, se debe tener en cuenta la posibilidad de que haya otros factores que estén causando este tipo de conducta en el niño.

Los niños pueden actuar de esa manera en respuesta a cualquier acontecimiento, como el inicio de la pubertad o divorcio de los padres, por ejemplo. La clave está en la duración de estas conductas.

La conducta agresiva no se manifiesta por igual en las distintas edades o fases del desarrollo. Barkley explica que este tipo de comportamientos aparecen entre los cuatro y los seis años, y de no ser tratada, posteriormente la conducta desafiante da lugar a problemas de ajuste. La oposición, testarudez, las explosiones de ira, las peleas, la irritabilidad y los reproches “dan lugar, a la larga, a conductas perjudiciales como vandalismo, intimidar a los demás, hacer novillos o escaparse de casa, entre los nueve y los diez años”(p. 25). Si bien diversos estudios realizados con muestras grandes de sujetos han demostrado que la frecuencia de este comportamiento decrece con la edad (p. 58), los niños que no reciben tratamiento pueden presentar, en los años de la adolescencia, conductas delictivas y abuso de drogas. Obtienen malos resultados en la escuela y no son bien aceptados por sus compañeros. Tienen un riesgo elevado de padecer una depresión o de realizar intentos de suicidio. Generalmente la información que aportan niños menores de nueve años sobre su propia conducta no es demasiado fiable, es por eso que, en la consulta, el terapeuta otorgará más o menos peso a la información proporcionada por el niño en función de su nivel de madurez y de sus habilidades mentales. (p. 57)

6.4 PROCESO PSICODIAGNÓSTICO

“Si nos consultan es porque hay un problema y alguien sufre o está molesto y debemos indagar la verdadera causa de ello” (García Arzeno, 2007, p. 3)

García Arzeno (2007) define al psicodiagnóstico como “un estudio profundo de la personalidad desde el punto de vista fundamentalmente clínico.” (p. 10). El diagnóstico no equivale a rotular o encasillar, sino a explicar lo que sucede más allá de lo que el paciente

puede describir conscientemente. Este proceso requiere, además de las entrevistas iniciales, la toma de tests, hora de juego en niños, entrevistas familiares, vinculares, etcétera.

Según García Arzeno, la personalidad tiene un aspecto consciente y otro inconsciente, es decir “hay ansiedades básicas que movilizan defensas más primitivas y otras más evolucionadas” (p. 11); cada individuo tiene una configuración de personalidad única, que tiene “un nivel y un tipo de inteligencia que puede poner de manifiesto o no según existan interferencias emocionales o no, que hay emociones e impulsos más intensos o más medidos que el sujeto puede controlar adecuada o inadecuadamente.” (p. 10). Y de más está decir que el contexto sociocultural y familiar es fundamental en el estudio de la personalidad de un individuo, ya que es de allí de donde viene. “Por lo tanto, el estudio de la personalidad es, en realidad, el estudio de tres generaciones al menos, que se han desarrollado en un determinado contexto étnico-socio-cultural”. (García Arzeno, 2007, p. 11).

El psicodiagnóstico es imprescindible, en primer lugar, ya que permite conocer qué pasa y las causas, “de manera de responder al pedido con que se inició la consulta” (p. 3). Además, porque, como dice la autora, empezar un tratamiento psicológico sin haberse tomado el tiempo de analizar lo que está pasando, es un gran riesgo para el paciente; sin tener claro el asunto, el profesional se verá obligado a interrumpir el tratamiento siempre que surja inesperadamente algo nuevo, que no fue previsto en el psicodiagnóstico, generando en el paciente un sentimiento de inseguridad. En tercer lugar, para la propia seguridad del psicólogo, ya que al comenzar un tratamiento, se ve implicado en un compromiso clínico y ético. García Arzeno postula,

Desde el punto de vista clínico debe asegurarse de poder ser idóneo para el caso sin caer en posturas ingenuas ni omnipotentes. Desde el punto de vista ético debe protegerse de situaciones en las que implícitamente está comprometiéndose a algo que no sabe muy bien qué es. Sin embargo, la consecuencia de un contrato terapéutico no cumplido es, en algunos países, el retiro de la licencia profesional. (p. 4)

Al empezar el proceso psicodiagnóstico, con lo que se encuentra es con el diagnóstico sintomático, y lo que surge, es un diagnóstico estructural, que, en palabras de García Arzeno, serían el motivo manifiesto y consciente y el motivo latente e inconsciente. (p. 11) “Lo más común es que el motivo latente no aflore al principio porque, generalmente, angustia mucho y

permanece en el inconsciente.” (p. 17). De esta manera, debe quedar claro cuál es el motivo manifiesto y cuál sería el motivo latente. Es importante detenerse en esto todo el tiempo que sea necesario y no empezar la tarea si el paciente insiste en que desea empezar terapia solo por curiosidad, ya que esto afectará negativamente en el momento de la devolución de información. Por esta razón, tomamos el aporte de Freidberg (2002), cuando explica que a lo largo del proceso, debemos revisar continuamente la imagen que tenemos del niño, dado que constantemente aparecerá nueva información. La formulación del caso, dirá Freidberg, es un proceso dinámico que obliga a elaborar hipótesis y verificarlas.

Siguiendo con los aportes de la autora, entendemos que el proceso psicodiagnóstico consta de seis pasos. El primero tiene lugar desde que se genera el pedido del consultante hasta el encuentro con el terapeuta. El segundo paso consiste en la o las primeras entrevistas, que tendrán por finalidad traer a la luz el motivo latente y el manifiesto del paciente, así como “ansiedades y defensas que muestra la persona que consulta (sus padres o el resto de la familia), fantasía de enfermedad, curación y análisis que trae y la construcción de la historia del individuo y la familia en cuestión.” (p. 11). Un tercer momento implica la reflexión sobre el material obtenido y sobre las hipótesis elaboradas hasta el momento, que permiten la planificación de los pasos a seguir y las herramientas a utilizar. El cuarto paso consta de la realización de la estrategia diagnóstica planeada; aquí, Garcia Arzeno (2007) sugiere que no haya un modelo rígido y estructurado del psicodiagnóstico, ya que muchas veces se tendrá que modificar. En el quinto paso, se estudia todo el material obtenido para generar un cuadro lo más claro posible acerca del caso. La autora explica que es fundamental realizar un análisis detallado del material obtenido, identificando recurrencias y convergencias que permitan establecer patrones significativos en la producción del sujeto. Asimismo, es necesario esclarecer el significado de aquellos elementos que resulten enigmáticos o que se presenten como manifestaciones atípicas dentro del contexto de evaluación, ya que pueden aportar información valiosa sobre aspectos latentes de la estructura psíquica del individuo.

Además, es imprescindible correlacionar los distintos instrumentos utilizados, tanto entre sí como en relación con la historia del sujeto y su entorno familiar, dado que estos factores brindan un marco de referencia indispensable para una comprensión más profunda de su funcionamiento psíquico. La integración de estas diversas fuentes de información posibilita la construcción de una hipótesis diagnóstica más precisa y fundamentada.

En caso de haber administrado pruebas psicométricas o proyectivas, estas deben ser tabuladas de manera rigurosa, asegurando la correcta sistematización de los datos. Posteriormente, los resultados deben ser interpretados con una mirada integradora, evitando análisis fragmentados o aislados, de modo que puedan articularse con el resto del material clínico. Solo a través de esta lectura global es posible obtener una visión comprensiva y enriquecida del sujeto evaluado, permitiendo así orientar adecuadamente la intervención o el abordaje terapéutico correspondiente. Sobre esto, García Arzeno (2007) agrega,

No se trata de un trabajo mecánico de armar un rompecabezas, aunque alguna semejanza tenga con esa tarea. Es más bien una búsqueda semejante a la del antropólogo y el arqueólogo (como muy bien comparó Freud la tarea del psicoanalista) o la de un intérprete de un idioma que el individuo o la familia desconocen y cuya traducción ayuda a develar un misterio y reconstruir una parte de la historia que desconocen a nivel consciente, y que es cuando se ha gestado la patología. (García Arzeno, 2007, p.12)

El sexto paso implica la realización de la entrevista de devolución de información, en la que el profesional irá compartiendo de forma gradual sus conclusiones, a medida que observa la reacción del paciente, y de quien lo acompañe.

El encuadre para el psicodiagnóstico varía, según las distintas modalidades de trabajo o según las normas de la institución en la que se trabaje (p. 14). El proceso psicodiagnóstico en un hospital es diferente a uno en cualquier otro lugar. Tomando los aportes de Farberman (2010), entendemos la complejidad del encuadre: las consultas son sencillas y de un lapso corto, ya hay más demanda por parte de pacientes en internación o con enfermedades crónicas; la prioridad en el hospital no es el consultorio externo, sino los pacientes del hospital. Muchas veces una, dos o tres entrevistas u horas de juego semidirigidas son suficientes para formular un psicodiagnóstico (p. 23). Muchas veces, las consultas ocurren en la informalidad de los encuentros en los pasillos, principalmente con los padres de los niños. Esto promueve, a su vez, la confianza con el terapeuta, dice Farberman “cuando los profesionales han logrado constituir un equipo y el paciente ha depositado su confianza en el conjunto, la confianza hacia el terapeuta perdura aun si no se han producido encuentros exclusivos durante lapsos prolongados.” (p. 23)

El psicólogo que ejercite su rol en el ámbito hospitalario, debe ser flexible y creativo. Aporta el autor que la tarea exige plasticidad, ya que los tiempos se pueden ver reducidos, o llevarse a cabo en los pasillos.

6.4.1 Herramientas Psicodiagnósticas

Para poder realizar un proceso psicodiagnóstico adecuado, es indispensable establecer una sólida *alianza terapéutica*. Es necesario tomarse el trabajo que sea necesario para lograrla. Freidberg (2002) agrega que es fundamental establecer una buena relación con los chicos que presentan dificultades en la conducta. Esta relación debe estar basada en la confianza, la comprensión, el respeto y la autenticidad. El autor también sostiene que para conseguirla, es necesario que el terapeuta establezca límites, para poder ser claros con los pacientes, y para que ellos mismos aprendan a limitarse, “estos límites transmiten que nos preocupamos por el niño. Por eso, cuando demostramos nuestra preocupación y confianza estableciendo unos límites flexibles, la terapia se

García Arzeno (2007), agrega que las primeras sesiones nos permitirán ir observando cómo el paciente reacciona ante cada comentario, propuesta, o intervención y qué siente el mismo terapeuta en cada momento, y, con esto, poder extraer conclusiones para prever cómo será el vínculo terapéutico, “cuáles serán los momentos más duros del tratamiento, los riesgos de deserción, etcétera.” (García Arzeno, 2007, p. 5)

Retomando Freidberg, un buen proceso psicodiagnóstico orienta el camino de la práctica clínica, ayuda en la selección de las estrategias de intervención, predice los obstáculos que pueden aparecer en el tratamiento, ofrece un camino para superar dificultades terapéuticas.

La entrevista parental, hora de juego y los gráficos son las principales herramientas que permitirán vehicular gran parte de las intervenciones. Si se utilizan esos instrumentos en forma complementaria hay un mayor margen de seguridad para llegar a un diagnóstico cierto, así como a un mejor tratamiento. Además, la utilización de variados instrumentos permite estudiar al paciente a través de todas las vías de comunicación, ya que por medio de ellas, el niño puede hablar libremente, decir qué ve en una lámina o a qué le hace acordar el

dibujo, dibujar como quiera y lo que quiera, imaginar lo que le gustaría ser, formular historias, armar rompecabezas, copiar algo, etc.

Para el presente trabajo, se focalizará en las herramientas gráficas, específicamente en el Test HTP (House-Tree-Person).

6.4.1.1 Tests Gráficos.

“Caligor en su libro "Nuevas interpretaciones psicológicas del dibujo de la figura humana" en 1971 afirma: "Desde el tiempo de las cavernas el hombre ha utilizado el dibujo como una forma de comunicación"” (Celener, 2006, p.110).

De la misma manera sucede en el desarrollo de cada individuo, donde el dibujo y la palabra aparecen casi paralelamente, y ambos posibilitan el acceso a la escritura, que permite apreciar la aparición de diferentes habilidades en forma creciente con el paso del tiempo. “Aproximadamente desde los dos años hasta finalizada la adolescencia se produce el desarrollo grafo - pictórico, en sus etapas más importantes.” (Celener, 2006, p.110).

Tomando los aportes de Koppitz (2003), el dibujo es un modo natural de expresión infantil. “Los niños pueden pintar sus sentimientos y actitudes en imágenes y símbolos gráficos mucho antes de que puedan transmitirlos en conceptos verbales abstractos” (p. 111), es decir, los niños primero dibujan y después escriben o hablan. Una vez dominada la capacidad comunicativa de pensamientos y sentimientos por medio de la palabra hablada o escrita, abandonará el dibujo como medio de expresión; es decir que los adolescentes ya no dibujan espontáneamente y son reticentes a dibujar. El autor señala que el dibujo infantil es una expresión gráfica de algo que tiene un significado y propósito especial para el niño que dibuja.

Un dibujo puede representar muchas cosas diferentes. Puede ser una expresión de alegría o rabia, o un grito de miedo o angustia; puede ser una pregunta o una demanda; puede reflejar un deseo o una fantasía; o puede estar diciendo algo que el niño ha visto o experimentado. [...] La tarea del psicólogo clínico es descubrir el

significado y averiguar qué está tratando de comunicar el niño a través de sus dibujos.
(p. 20)

En la actualidad, el dibujo, combinado con la motricidad y los procesos cognitivos, constituye una manifestación significativa de la personalidad, proporcionando un testimonio visible, es decir, gráfico, del funcionamiento psicológico individual. Al igual que el juego y la expresión verbal, el dibujo refleja la singularidad de cada sujeto. A diferencia de estas últimas “el dibujo permite expresar de manera privilegiada la proyección del esquema corporal, la imagen de sí y sus cambios a lo largo del desarrollo, como así también las capacidades, habilidades, conflictos, deseos, impulsos y ansiedades de los sujetos.” (Celener, 2006, p.111)

García Arzeno (2007) sostiene que el lenguaje gráfico, al igual que el lúdico, es lo más cercano al inconsciente y al yo corporal. El lenguaje verbal tiene mucho más control por parte de la consciencia y puede verse influenciado por la misma, por eso la autora sugiere que el gráfico ofrece mayor confiabilidad. Por la misma razón, los dibujos son muy útiles con niños pequeños que aún no hablan con claridad, “pero que poseen un excelente grado de simbolización en actividades gráficas y lúdicas” (p. 77).

Toda actividad humana conlleva los rasgos de la personalidad de quien la realiza, “el artista Hubbard dice que “...cuando un artista pinta un retrato, en rigor pinta dos, el del modelo y el propio” (p. 8). El dibujo es un reflejo de esto, un modo de expresión de la personalidad. Mediante el dibujo, el sujeto materializa en el exterior, aspectos de su interior. El proceso mediante el cual lo realiza es el de proyección. La autora explica que lo que se expresa en los gráficos, así como en lo lúdico, sólo puede comprenderse considerando el contexto en el que se encuentra el niño. Sobre esto, Koppitz (2003) desarrolla que no es posible determinar un diagnóstico o una evaluación significativa de la conducta de un niño sobre la base de un solo signo aislado del dibujo; debería considerarse el dibujo total y la combinación de varios signos e indicadores y luego debería analizarse teniendo en cuenta la “edad, maduración, estado emocional, nivel sociocultural, y luego evaluarlo relacionándolo con los datos disponibles de otros tests.” (p. 69)

Hammer (1969) comenta sobre un estudio llamado Extensión de la proyección, en el que se comprobó que dentro del diagnóstico y tratamiento, es necesaria la discusión con el paciente sobre sus producciones gráficas. De esta manera, la interpretación no queda en

manos puramente de la mente y conocimientos del terapeuta, sino que se construye junto al sujeto y con lo que él tiene para aportar.

Para lograr una interpretación lo más acertada posible, Celener (2007) desarrolla tres niveles de inferencia que todo psicólogo debería considerar a la hora de interpretar técnicas proyectivas. En primer lugar, el nivel observacional. El mismo está constituido por la conducta del entrevistado, sus manifestaciones transferenciales y contratransferenciales y sus respuestas al test proyectivo. Frente a esto, el terapeuta debe realizar un recorte de los datos manifiestos observados en el psicodiagnóstico, hipotetizando que los mismos podrían aportar información significativa, es decir, “ese recorte de lo que observa ya lleva implícita una "interpretación de los hechos” (p.52). El segundo nivel es la interpretación de la empiria. A partir del recorte de lo observable se obtiene información acerca de algún aspecto constituyente de la estructura o dinámica del psiquismo. “Esta información ya no se encuentra en los textos de la conducta y de las respuestas del sujeto (observables), sino que se infieren de ella” (p.52). Aquí, el psicólogo va asignando sentido y significado a los hechos, logrando así la construcción de una hipótesis. “Se advierte que todas estas posibles construcciones ya no constituyen los "dichos del entrevistado" (observables) sino que son desarrollos teóricos realizados a partir de los mismos.” (p.52). Por último, el tercer nivel de inferencia es el de las especulaciones teóricas metapsicológicas. Consiste en relacionar la hipótesis interpretativa que surgió del segundo nivel de inferencia, con la metapsicología. La autora explica,

Esto quiere decir que, si en un segundo nivel de inferencias, el psicólogo ha construido la hipótesis (basada en los observables) de que el entrevistado parece conservar el Criterio o Prueba de Realidad, en un tercer nivel de inferencias, está efectuando una afirmación acerca de las funciones del yo. Por lo tanto, en el tercer nivel de inferencias está llegando a la conclusión metapsicológica, ya que se está refiriendo a que la instancia psíquica denominada Yo (enfoque estructural) tiene conservada una de sus funciones fundamentales. (p.54)

Cuando un sujeto dibuja intervienen varios aspectos:

1. Aspecto Madurativo: Implica la base genética y neurológica para el desarrollo de actividades mentales y motoras.
2. Aspectos del Desarrollo Cognitivo: Implica la influencia del exterior en combinación con procesos neurológicos y psicológicos de cada sujeto para el logro de aprendizajes, capacidades, aptitudes, habilidades, etc.
3. Aspectos del Desarrollo Emocional: Implica la elaboración y expresión de necesidades, deseos, sentimientos, conflictos y posibilidades de vincularse del sujeto.

HTP (House- tree- person)

El test gráfico HTP, cuyas siglas indican las palabras house - tree - person, y se traducen en castellano como casa - árbol - persona, es un test proyectivo gráfico desarrollado por John Buck en 1948. Su objetivo principal es explorar aspectos de la personalidad y evaluar el estado emocional de los pacientes a través de sus producciones gráficas. La herramienta se basa en la premisa de que el contenido simbólico de los dibujos refleja elementos inconscientes y conflictos internos del individuo. A su vez, permite evaluar la dinámica psíquica en individuos, posibilitando obtener información clínica sin despertar vivencias amenazantes. Buck (2008) sostiene que la técnica del dibujo proyectivo HTP es fundamental para conocer sobre la manera en la que un individuo experimenta su yo en relación con su entorno y su familia. “El HTP facilita la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto en el entorno terapéutico, permitiendo identificarlas para su valoración y con el propósito de compartirlas para establecer una comunicación terapéutica efectiva.” (p.3)

Para que una técnica clínica pueda ser considerada un instrumento proyectivo, Hammer (1969) explica que el examinado debe enfrentarse con un estímulo lo suficientemente inestructurado o ambiguo como para que el significado de éstos emerja, en parte, del interior del examinado (p. 117); y agrega que “cuando una persona está respondiendo al HTP con el ojo interno selecciona y decide la imagen que sus necesidades escogerán de entre la galería de recuerdos” (p118). Asimismo, la licenciada Ana Haslop (2012), en un documento publicado, nos aporta que la producción del test involucra funcionamiento intelectual, ya que requiere la habilidad para generar e identificar la información elemental que se necesita para dibujar. Asimismo, este gráfico permite inferir el concepto que el niño tiene de sí mismo, la autora detalla:

Lo que de él acepta, o rechaza, a qué le da valor y a qué le resta importancia, qué lugar ocupa en el mundo (y el tiempo psíquico al que tiende), cómo vivencia y se relaciona con su ambiente circundante, sus aspectos inconscientes profundos y la imagen que tiene de sí mismo, sus ideales, sus objetos significativos, sus situaciones traumáticas. (p.17)

En este tipo de tests psicológicos, vemos como el niño dibuja no lo que el objeto es, sino cómo él lo ve, “realizando una recreación de las formas a partir de sus vivencias internas y su posibilidad kinética.” (p.18)

La modalidad de administración del test HTP precisa, en primer lugar, que el paciente se encuentre sentado frente a una mesa cómoda para dibujar. Se requiere de 30 a 90 minutos para su aplicación. Se debe pedir un mínimo de diez dibujos y la realización de un interrogatorio sobre cada uno. Los gráficos deben ser dibujados en lápiz negro del número 2 o más suaves.

La consigna es la siguiente:

A- Se le otorga al paciente un lápiz y se ubica la hoja apaisada y luego diga: “*Dibuje una casa. Dibuje lo que prefiera, del modo que prefiera. Puede tomar el tiempo que necesite. Solamente esmérese.*”

B-Se retira la hoja. Se coloca una hoja nueva de forma vertical. diga: “*Dibuje un árbol*”.

C- Se retira la hoja y se coloca otra perpendicular al Sujeto y diga: “*Dibuje una persona*” (Buck, 2008, p.6)

a) *Casa.*

El dibujo de la Casa representa el lugar de vivienda, provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones intrafamiliares. En niños, pone de manifiesto la actitud que tienen respecto a su situación familiar.

b) *Árbol.*

El segundo dibujo, moviliza sentimientos profundos e inconscientes de sí mismo, así como también aspectos conscientes. Se considera que el árbol, “como entidad básica, natural y vegetativa” (Hammer, 1969, p. 118), proyecta los sentimientos más profundos de la personalidad, niveles a los que no se llega en el conocimiento de las personas. Haslop (2012) refiere:

El árbol es uno de los símbolos más antiguos que se conocen. Dos de éstos son la piedra sagrada y el árbol sagrado. El árbol simboliza al hombre, tiene una directa relación con éste. Fue considerado sede del alma. Por su función regeneradora, simboliza la vida. Es símbolo de protección, de fecundidad, de fertilidad. (p. 20)

Simboliza sentimientos más básicos y duraderos. Esto se da porque el árbol es lo más alejado de uno mismo como autorretrato. Es el elemento menos propenso a cambiar en los re-test.

c) *Persona.*

El tercer dibujo representa generalmente un autorretrato, tal como el sujeto se ve a sí mismo, o más bien, un ideal de lo que le gustaría ser y no es. Asimismo, el dibujo de la persona puede simbolizar a un otro significativo, investido con emociones ya sea positivas o negativas. Este dibujo retrata los aspectos menos profundos de la personalidad, los recursos que se emplean para manejarse con los demás y los sentimientos hacia los otros y los conflictos y defensas del sujeto.

El dibujo de una figura humana, según Koppitz (2003) está determinado por la edad y nivel de maduración, mientras que el estilo del dibujo refleja las actitudes del niño y las preocupaciones importantes para él en ese momento. El dibujar a una persona lleva al niño a mirar dentro de sí mismo y sus propios sentimientos, “en el intento de capturar la esencia de "una persona"” (p22).

6.4.2 *Indicadores evolutivos*

Con la finalidad de valorar el desarrollo cognitivo, emocional y gráfico de los pacientes, en relación con su edad cronológica, se busca tener presente los indicadores

evolutivos de los gráficos. Su análisis aporta una base objetiva y clínica que enriquece la interpretación del dibujo y favorece una mirada integral del niño. Se presentará una descripción desde los dos (2) hasta los seis (6) años, haciendo hincapié en este último, ya que es la edad del paciente seleccionado para el presente trabajo.

Celener (2007), comienza relatando la primera y segunda infancia. Desarrolla que a los dos (2) años, empieza la etapa “kinestésica” o del “garabato imitativo”. “Si bien el niño está en el inicio de un desarrollo motriz fino, impulsado por el entorno (madre, padre, abuelo, hermano), comienza a imitar el movimiento del adulto (escritura), sin valorar la graficación en sí misma.” (p.115). Esto quiere decir que el placer del niño está en el movimiento de la mano y el lápiz en identificación con el adulto. El desplazamiento sobre la hoja es central o indiscriminado, no hay todavía un claro reconocimiento del papel como límite, razón por la cual es común verlos dibujar en la pared, por ejemplo. El trazo y la presión son excesivamente fuertes, y el mecanismo es meramente imitativo y repetitivo. El dibujo de la FH resalta por los brazos y a veces también las piernas salen de la cabeza con dificultad en la unión en los puntos de integración / unión, (El brazo o la pierna se introducen en la cabeza). Los dibujos de la casa y del árbol no aparecen a esta edad, “Se debe hacer notar que la célula básica del círculo mayor con otro círculo más pequeño adentro es el prototipo tanto de la forma humana (cuerpo de la madre y el niño) como de la casa. Casas células” (Celener, 2007, p.146).

A partir de los tres (3) años, “se inicia el dibujo representativo debido a una progresión neuromuscular que posibilita una mejor coordinación motriz y neurocognitiva dominada por la actividad representativa - egocéntrica.” (Celener, 2007, p.116). El niño logra un mejor control de su motricidad fina, e intenta dibujar objetos significativos de la realidad que lo rodea (mamá, papá, sol, entre otros). A estas representaciones suele darles un nombre. El emplazamiento generalmente es central, el tamaño de los dibujos es grande y el trazo sigue siendo fuerte. A esta representación de persona, el niño suele darle nombre. El dibujo del árbol aquí aparece como círculo, que representa múltiples funciones, una de ellas siendo el mismo el árbol o flores con alguna extensión que simula el tronco o tallo. En cuanto a la casa, se ve una mayor discriminación hacia su forma. “El círculo más pequeño representativo del niño se transforma en la puerta (zona de entrada y salida) que configura la salida del vínculo simbiótico originario. Casas sin diferenciación techo-paredes. (Celener, 2007, p.146)

A los cuatro (4) años, Celener (2007) sostiene que hay un “realismo intelectual”, ya que la actividad de orden representativa es un pensamiento fantaseado apoyado en construcciones subjetivas, es decir, el niño dibuja cosas del mundo externo en función de su representación interna sobre las mismas, en vez de como son en realidad. Logra diferenciar la cabeza y tronco, utilizando dos círculos unidos para representarlos. Otros círculos más pequeños los utilizan para representar boca y ojos. No diferencia géneros, aunque le agregue vestimenta. Las extremidades superiores aún pueden presentar algunas dificultades, como que las manos salgan de la cabeza. En cuanto al árbol, el círculo sigue siendo representativo de la copa del árbol, y las líneas rectas se convierten en el sostén. En la casa, se aprecia una discriminación del techo y las paredes, y comienza el dibujo de una casa prototípica.

A los cinco (5) años, el niño incorpora lentamente la noción de proporcionalidad. Los dibujos poco a poco van perdiendo su emplazamiento central y el tamaño tiende a reducirse. Cada vez se observa un mejor manejo del trazo y la presión. En la FH, el tronco se agranda y la cabeza tiende a disminuir de tamaño. El cabello se ve dibujado con círculos pequeños enganchados en forma de espiral, los ojos se achican y son rellenados. La boca suele ser una mueca (línea curva), y las manos y los brazos, al igual que los pies y las piernas, se aprecian discriminados del cuerpo. Surge la bidimensionalidad, en la que los brazos y piernas son dibujados con dos líneas paralelas unidas, y no solo una línea recta. El árbol de un niño de esta edad, contempla que “la zona de la copa generalmente se modifica en torno a la etapa fálica y toma características alargadas y enroscadas.” (Celener, 2007, p.147). Y la casa también se complejiza, ya que le agrega puertas y ventanas, que representan formas de vinculación con el exterior. Los dibujos aún presentan algunas dificultades en la simetría. Se aprecia una “casa pre-cliché.”.

Celener (2007) describe que a los seis (6) años, el inicio de la escolaridad brinda al niño elementos importantes para su desarrollo gráfico. A su vez, el niño de seis años está finalizando la etapa edípica, y comenzando el periodo de latencia, resolviendo aspectos afectivo-vinculares que modifican su posición en el mundo. En los gráficos, se observa un aumento del nivel de diferenciación y discriminación, permitiendo un desarrollo más complejo y completo de las figuras sobre la hoja. “El Principio de Realidad cada vez opera con mayor fuerza sobre el Principio del Placer. Por lo tanto lentamente disminuye el "realismo intelectual" para dar paso al "realismo perceptivo"” (p.119). Esto se ve en el intento de graficar los objetos tal cual se ven en la realidad. Asimismo, el dibujo se caracteriza por la

disminución del tamaño de las figuras, que da lugar en la hoja para la realización de otros objetos o del mismo en un paisaje. La autora agrega,

La omnipotencia y egocentrismo que se expresaba en la realización de figuras grandes y centrales del pasado van quedando relegadas. Sin embargo se desplazan a otros aspectos gráficos como son los roles que se le asignan a dichas figuras (príncipes, reinas, superhéroes, etc.). es, polleras, etc.) y en el tratamiento del cabello corto o largo (elaboración de la conflictiva edípica y los procesos de identificación al rol). (p,119)

A su vez, aparecerá el cuello como elemento que diferencie la cabeza y el tronco, indicando que el niño empieza a diferenciar adecuadamente sus aspectos intelectuales (la cabeza) y afectivos (el cuerpo). La ubicación en la hoja es también un cambio. El niño de seis (6) años tiende a realizar los dibujos generalmente en la zona inferior y sobre una base o piso y a ubicar las figuras del lado izquierdo de la hoja. “Estos cambios se deben muy posiblemente al inicio de la lecto - escritura que en occidente es de izquierda a derecha, por lo tanto el niño relaciona el inicio de cualquier tarea gráfica con el margen izquierdo” (p.119).

Del mismo modo, Koppitz (2003) distingue entre indicadores evolutivos esperados, comunes y excepcionales. La primera categoría incluye los ítems que uno puede esperar encontrar en los dibujos de los niños de una edad dada. Es por esto que se considera significativa la ausencia de estos ítems, aún más que su presencia. El autor desarrolla que la omisión de cualquier indicador evolutivo incluido en la categoría esperada indica inmadurez, retraso, o hasta la presencia de regresión por dificultades emocionales. La segunda categoría son los indicadores *comunes*; la misma incluye los que están presentes en más de la mitad de los gráficos de una edad dada. Los indicadores presentes entre el 16% y el 50%, pertenecen a la categoría *menos comunes*; “ni la presencia ni la omisión de los ítem comunes y de los bastante comunes se considera importante desde el punto de vista diagnóstico” (p. 30). Por último, los indicadores *excepcionales*, involucran los ítems que aparecen dentro del 15% o menos del dibujo. El autor relata que se encuentran sólo en los dibujos de niños con una madurez mental superior al promedio.

En relación a la casa, a los 6 años, ya se distinguen las paredes del techo, las puertas y las ventanas. Se presencia mayor cantidad de elementos y detalles, los trazos se pueden ver

más firmes, y podrían agregarle paisaje, entre lo que se incluye el sol, nubes, árboles, flores, pájaros, mariposas, etc. Al llegar a los 6 años suele dibujarse una chimenea. En los gráficos del árbol, según la autora, el mismo se aprecia más nítido y con más forma, y es posible que apliquen los colores correspondientes. A su vez, aparecen los frutos; y a los 6 años, aparece el suelo, aunque la copa puede seguir siendo pequeña en relación al tronco. Por último, se puede esperar que el dibujo de la figura humana incluya 5 ítem básicos: cabeza, nariz, boca, cuerpo, brazos y piernas. La omisión de cualquiera de estas partes es considerada significativa. La presencia de brazos, pies, dedos y cabello es común, aunque no es raro que los brazos y piernas se vean planos, o que incluyan brazos hacia abajo, cuello, manos, orejas y cejas. En los dibujos a esta edad, hay 10 ítem excepcionales, es decir, menos comunes de encontrar: pupilas, pies bidimensionales, correcto número de dedos, brazos unidos a los hombros, buena proporción, fosas nasales, perfil, codos, dos labios y rodillas. También es la excepción encontrar más de una prenda de ropa; es de esperar que no haya ninguna vestimenta o sólo una prenda.

6.4.3 Indicadores emocionales de las conductas agresivas

Los dibujos de niños “bien adaptados” son diferentes a los dibujos de los niños “desadaptados”. (Koppitz, 2003, p. 100). Sobre esto, Hammer (1969) cita un estudio sobre la proyección de la agresividad llevado a cabo por Katz, en el que se comparó cincuenta y dos sujetos que manifiestan conductas agresivas, con un grupo de control. El autor describe,

El grupo agresivo se diferenciaba significativamente del grupo de control por ítems gráficos como ojos penetrantes" y reforzados, largos dedos, brazos, dedos y cabellos reforzados, piernas muy abiertas, una combinación de líneas firmes, finas y gruesas, grandes brazos, y el cabello reforzado. El reforzamiento de partes del cuerpo capaces de actos agresivos, como los brazos y los dedos, así como el énfasis en los ojos —capaces de lanzar " sucias miradas" - concuerda con la hipótesis básica de los dibujos proyectivos, lo mismo que el reforzamiento del cabello que frecuentemente, es un símbolo de virilidad, aserción o agresión. (p. 32)

Hammer (1969), desarrolla que el énfasis expresivo en los dibujos transmite diferentes significados. “Los niños muchas veces manifiestan sus sentimientos en la hoja de

dibujo de una manera puramente expresiva sin utilizar ningún tipo de forma” (p. 52), y pueden, además, utilizar colores sin ningún otro contenido para expresar sus emociones o sentimientos.

Si bien podrían tenerse en consideración múltiples indicadores emocionales, para el desarrollo del presente trabajo se propondrá el abordaje de 4 (cuatro) que, tomando a Hammer (1969), a Machover (1974) y a Rocher (2009), son los que principalmente podrían reflejar una conducta agresiva. La elección de estos cuatro indicadores está fundamentada en su robustez teórica y su relevancia clínica. Todos ellos permiten acceder a aspectos emocionales y cognitivos que son centrales en la comprensión de las conductas agresivas. Detectarlos en los dibujos del HTP brinda una herramienta diagnóstica poderosa para planificar intervenciones orientadas al fortalecimiento emocional y conductual de los niños. Los mismos son:

- **Presión:** La presión del lápiz sobre el papel es un indicador del nivel energético del individuo. La presión fuerte en los dibujos proyectivos, particularmente en el HTP, se entiende como un indicador de tensiones internas e intensa energía emocional. Según Hammer (1958), la fuerza con la que un individuo dibuja en el papel está relacionada con la intensidad emocional subyacente y la forma en que estas emociones se manifiestan. Una presión fuerte se asocia con agresividad latente, impulsividad y la necesidad de descargar tensiones de manera física. En niños con conductas agresivas, este rasgo puede observarse en trazos oscuros y marcados, particularmente en elementos centrales de cada uno de los dibujos, como las extremidades de la figura humana o el tronco del árbol. Estas características gráficas no solo reflejan una posible incapacidad para regular la intensidad emocional, sino que también simbolizan una tendencia a externalizar conflictos mediante acciones impulsivas o agresivas. Además, estudios como los de Koppitz (1968) refuerzan la idea de que la presión excesiva en los trazos está directamente vinculada con comportamientos disruptivos y opositoristas, dado que estos niños tienden a expresar sus conflictos internos a través de comportamientos físicos y de impacto inmediato.
- **Líneas angulosas:** Las líneas angulosas, caracterizadas por formas rígidas, puntiagudas o en zigzag, son un indicador gráfico ampliamente vinculado a la externalización de conflictos emocionales. Hammer (1958) y posteriormente autores como Rocher (1976) destacan que simbolizan hostilidad, tensión y una agresión

proyectada hacia el entorno. En el HTP, las líneas angulosas suelen aparecer en elementos como ramas de árboles, techos de casas o contornos de figuras humanas, y se interpretan como representaciones simbólicas de una postura defensiva o incluso desafiante frente al entorno. Estas líneas denotan inflexibilidad emocional, lo cual es coherente con las características de los niños con conductas agresivas, quienes tienden a reaccionar de forma impulsiva y rígida ante situaciones que perciben como amenazantes. Además, la prevalencia de líneas angulosas puede asociarse con una dificultad para regular emociones intensas, lo que contribuye a comportamientos oposicionistas y agresivos. Este rasgo, observado de manera recurrente en los dibujos, refuerza la hipótesis de una expresión constante de conflictos internos que no logran resolverse de forma adaptativa.

- **Integración del dibujo:** Se define como la falta de cohesión, conexión o armonía entre los elementos gráficos que componen la representación. Celener (2007) afirma que la integración de la figura alude a que las distintas partes que forman el gráfico estén ubicadas realísticamente, en el lugar que les corresponde. Buck (1948), sostiene que este indicador refleja el equilibrio psicológico del paciente. La presencia de elementos desconectados, omisiones o estructuras incompletas sugiere dificultades en la organización cognitiva o emocional del sujeto. Hammer (1958) y Koppitz (1968) destacan que este indicador está relacionado con la incapacidad del sujeto para organizar y estructurar una representación coherente, reflejando un descontrol emocional significativo. Por esto, la integración del dibujo se vincula, asimismo, con la secuencia y la fluidez del dibujo; la manera en la que un paciente elabora el gráfico, incluyendo pausas, interrupciones o cambios abruptos, ofrece información relevante sobre su organización cognitiva y emocional. En el HTP, se observa integración pobre en dibujos donde las partes están fragmentadas, desproporcionadas o carecen de conexiones lógicas, como un árbol con ramas que no se conectan al tronco, una casa con elementos dispersos o una figura humana incompleta. Esta desorganización gráfica está directamente vinculada a las conductas agresivas, ya que refleja impulsividad, falta de planificación y dificultad para contener emociones intensas. Los niños con este perfil suelen externalizar sus conflictos emocionales mediante comportamientos desorganizados, como actos impulsivos o agresivos que responden a una carencia de mecanismos internos de control. Además, la integración pobre puede interpretarse como un símbolo de la fragmentación interna del sujeto, en la que los

impulsos y emociones predominan sobre la reflexión o el autocontrol. A su vez, podría indicar inmadurez por parte del niño.

- **Ausencia/omisiones de elementos clave:** La omisión de partes clave en los dibujos del HTP, como raíces, ventanas, manos o pies, ha sido descrita en la literatura proyectiva como un indicador de conflictos emocionales específicos y dificultades en la interacción con el entorno. Según Koppitz (1968), estas omisiones reflejan una percepción simbólica de incapacidad o conflicto interno, especialmente en áreas relacionadas con el control de acciones o la conexión con los demás. Por ejemplo, la ausencia de manos en la figura humana sugiere dificultades para manejar el entorno de manera adecuada, mientras que la falta de raíces en el árbol simboliza una carencia de estabilidad emocional o una desconexión con las bases de apoyo. En niños con conductas agresivas, estas omisiones pueden interpretarse como manifestaciones de impulsividad, donde los detalles esenciales son pasados por alto, o como representaciones simbólicas de una tensión emocional que interfiere con la capacidad de planificar y ejecutar comportamientos adaptativos. Además, Hammer (1958) menciona que estas ausencias gráficas pueden reforzar una tendencia a externalizar conflictos internos mediante actos disruptivos, como la agresión o el desafío a normas sociales, al no lograr integrar de manera armónica sus emociones y acciones. En el presente trabajo, se considerará la ausencia, específicamente de los siguientes elementos:

- **En la casa:**

- **Puerta:** La ausencia de la puerta en el dibujo de la casa es un indicador gráfico que refleja dificultades en la interacción social y en la apertura hacia el entorno. Según Hammer (1958) y Koppitz (1968), la puerta simboliza el canal de comunicación entre el individuo y su entorno, y su omisión puede interpretarse como un rechazo simbólico hacia los demás, característico de niños con conductas agresivas. Esta omisión puede reflejar una postura defensiva o desafiante, especialmente frente a figuras de autoridad, y está asociada con el aislamiento emocional o el rechazo a las normas sociales. En niños con comportamientos agresivos o impulsivos, la ausencia de la puerta puede interpretarse como una resistencia consciente o inconsciente a permitir que el

entorno ejerza control sobre ellos, reforzando su tendencia a actuar de forma independiente y desafiando límites externos

- **Ventanas:** La omisión de ventanas en la casa se asocia con una desconexión emocional del entorno y una resistencia a las influencias externas. Hammer (1958) describe las ventanas como representaciones de la capacidad del individuo para observar, procesar y conectarse con su entorno. En niños con conductas agresivas, la ausencia de ventanas puede simbolizar una visión egocéntrica o limitada, donde las influencias externas no son consideradas o son deliberadamente rechazadas. Este rasgo está relacionado con la impulsividad y la agresión, ya que estos niños tienden a actuar sin reflexionar sobre las perspectivas o consecuencias externas. Además, esta omisión puede representar un intento simbólico de bloquear la intrusión emocional, lo que refuerza la postura defensiva y el desafío característicos de las conductas agresivas

- **Paredes:** La ausencia de paredes en el dibujo de la casa puede interpretarse como un indicador de vulnerabilidad y falta de contención emocional. Según Hammer (1958), las paredes representan los límites emocionales y físicos que protegen al individuo, y su omisión simboliza una incapacidad para contener o estructurar las emociones internas. En niños con conductas agresivas, la falta de paredes puede reflejar una exposición simbólica a tensiones internas que se externalizan en forma de impulsividad o agresión. Esta ausencia también puede interpretarse como una manifestación de comportamientos desorganizados, donde el niño no logra establecer límites claros entre sí mismo y el entorno, lo que lo lleva a actuar de forma impulsiva y disruptiva en sus interacciones sociales

- **En el árbol:**
 - **Raíces:** "La omisión de raíces en el dibujo del árbol se asocia con una falta de estabilidad emocional y de conexión con las bases afectivas. Según Hammer (1958), las raíces representan los fundamentos del desarrollo emocional, y su ausencia puede reflejar una carencia de

anclaje interno, característica común en niños con conductas agresivas. Estos niños tienden a actuar de manera impulsiva o agresiva debido a su incapacidad para construir bases sólidas de autocontrol emocional. Además, la ausencia de raíces puede simbolizar una desconexión con figuras de apoyo importantes, lo que refuerza su dificultad para manejar la frustración y establecer relaciones constructivas con su entorno.

- **Ramas:** La omisión de ramas en el árbol se interpreta como una desconexión simbólica con las metas, aspiraciones o relaciones sociales del individuo. Hammer (1958) y Rocher (1976) describen las ramas como extensiones que conectan al árbol con su entorno, y su ausencia sugiere una dificultad para establecer vínculos o proyectarse hacia el futuro. En niños con conductas agresivas, esta omisión puede reflejar una limitación para canalizar sus emociones de forma constructiva, lo que los lleva a externalizar conflictos a través de comportamientos agresivos o disruptivos. Además, la falta de ramas puede simbolizar un empobrecimiento emocional que se traduce en una incapacidad para adaptarse a las demandas del entorno, reforzando su postura desafiante o impulsiva.

- **En la persona:**

- **Cuerpo:** El cuerpo es el núcleo que simboliza la identidad, la autopercepción y la integración del yo. Vinculado a niños que se consideran mediocres, a niños agresivos o que suelen robar. La omisión del cuerpo en el dibujo de la FH podría reflejar una fragmentación de la identidad, y Koppitz (1968), la asocia con la evitación de aspectos emocionales conflictivos. Este indicador sugiere, asimismo, una percepción de impotencia para actuar, y una desconexión entre acciones y emociones, así como una dificultad para canalizar emociones intensas, lo que genera reacciones impulsivas y agresivas. La omisión del cuerpo podría revelar, también, negación del control sobre sus acciones, lo cual se traduce en conductas

desorganizadas. Este indicador refuerza la presencia de una fragmentación interna descontrol emocional.

- **Manos y brazos:** Refleja ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptables que impliquen los brazos o las manos. La omisión de manos y brazos en el dibujo de la figura humana se asocia con conflictos relacionados con la interacción social y la acción. Hammer (1958) señala que estas extremidades representan la capacidad del individuo para interactuar con el entorno y controlar su entorno físico. En niños con conductas agresivas, su ausencia puede interpretarse como una representación simbólica de culpa o ansiedad vinculada a comportamientos sociales inadecuados, como la agresión física o actos impulsivos. Además, esta omisión refuerza la hipótesis de una dificultad para manejar sus emociones de manera constructiva, lo que lleva a externalizar sus tensiones mediante acciones disruptivas.
- **Cuello:** Es un indicador de impulsividad y de falta de control de emociones e impulsos. La ausencia del cuello en el dibujo de la figura humana es un indicador gráfico asociado con impulsividad y falta de control emocional. Según Hammer (1958), el cuello simboliza la conexión entre la mente y el cuerpo, y su omisión puede interpretarse como una desconexión simbólica entre el pensamiento racional y las acciones impulsivas. En niños con conductas agresivas, esta ausencia refuerza la idea de una dificultad para controlar sus emociones e impulsos, lo que a menudo se traduce en comportamientos desorganizados o desafiantes. La falta del cuello también puede representar una incapacidad para reflexionar sobre las consecuencias de sus acciones, reforzando su tendencia a actuar de forma inmediata y sin contención.

Siguiendo a Machover (1969), entendemos que los dibujos de niños con este estilo de comportamiento pueden tener rasgos exagerados, líneas fuertes, presencia de sombras y oscuridad, figuras amenazantes, y el uso de elementos hostiles o armas. Además, este tipo de comportamientos suele reflejarse en una distorsión de la figura humana, por ejemplo, con omisión de partes del cuerpo o con lo que se conoce como agresión desplazada, que implica

que los dibujos pueden incluir detalles que sugieren una agresión dirigida hacia ciertas partes del cuerpo, como extremidades cortadas o separadas del cuerpo, posturas defensivas de la FH, y expresiones faciales serias, de enojo. Importante es para el autor la integración global del dibujo; esto es, un dibujo en el que las partes no estén bien conectadas, que muestre un dibujo fragmentado o incoherente, podría sugerir una desorganización o un conflicto interno.

A su vez, Rocher (2009) establece que los pacientes que manifiestan conductas agresivas pueden reflejar en sus dibujos trazos fuertes y angulosos o bien reforzado; podrían aparecer entrecortados y el dibujo podría presentar muchas borraduras o tachaduras. Dimensión grande, una presión fuerte, si utilizan color, sería el rojo. En general, los dibujos podrían parecer incompletos. Asimismo, podría manifestarse una copa del árbol en punta o ángulo, así como ramas en forma de lanza y abiertas. En cuanto a la persona, habría ausencia de cuello, se destacarían los dientes, manos en punta o “dedos como palitos” (p135), zapatos en punta, énfasis en las fosas nasales y la boca podría ser una línea recta y gruesa, ojos con mirada fija.

VII. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo parte de la experiencia de Prácticas Pre profesionales de la Universidad Católica de Córdoba, realizadas en el Hospital Infantil Municipal de la provincia de Córdoba, dentro del período de tiempo que va desde Marzo hasta Noviembre, del año 2024.

La modalidad de trabajo consistió en la sistematización de dicha experiencia, que según Jara Holliday (2011) se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora. Con esta modalidad de trabajo, el objeto a sistematizar es, entonces, mi propia práctica, y si bien puede llegar a un primer nivel de teorización y alimentar un diálogo crítico con el conocimiento teórico, no tiene pretensiones de generalización ni de universalización, es decir, hay una intencionalidad transformadora, creadora y no pasivamente reproductora de la realidad social que anima a realizar la sistematización de experiencias como parte de un proceso más amplio.

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

El presente análisis se basa en un estudio de caso seleccionado a partir de la observación de un paciente atendido en el consultorio externo del HIM. El sujeto es un niño

de seis (6) años de edad, cuyo proceso de psicodiagnóstico y tratamiento se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre del año 2024.

Para preservar la identidad del paciente seleccionado, algunos datos personales, como el nombre, han sido modificados. Asimismo, resulta pertinente destacar que las reflexiones y análisis presentados en este trabajo se encuentran enmarcados en un momento específico de la vida del niño y de su proceso psicodiagnóstico, lo que implica la consideración de factores dinámicos y evolutivos en la construcción del caso clínico.

Caso clínico:

- ❖ **Nombre del paciente:** M
- ❖ **Edad:** seis (6) años.
- ❖ **Motivo de consulta:** problemas de conducta.

7.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos durante la PPS, y alcanzar los objetivos del trabajo, se utilizaron herramientas como lo son observaciones no participantes y registros de la información. Estos instrumentos configuran el material central para la realización de la sistematización, contribuyendo a una completa reconstrucción y ordenamiento de la información.

En lo que respecta a la observación no participante, según Perez de Maza (2016), parte de una actitud pasiva pero con escucha activa, y observación atenta. La misma implica cierta distancia de los fenómenos que están siendo observados. Por otro lado, los registros de campo, estos se fueron escribiendo en el transcurso de la experiencia. Son registros diarios que describen en profundidad y detalle lo sucedido día a día, luego de cada actividad propuesta dentro de la institución. Esto último, tomando a Jara (2011), es fundamental para la sistematización.

Resulta significativo remarcar que dichas técnicas parten de instrumentos psicológicos que permitieron el acceso a mayor información. Estas son, entrevistas en profundidad, que dan lugar a que el entrevistado exprese, de manera libre y conversacional, sus vivencias y sentimientos (Perez de Maza, 2016), entrevista de historia vital, técnica que posibilita un retrato de la persona entrevistada, teniendo en consideración los hechos que la atraviesan a lo largo de su vida (Pérez de Maza, 2016), entrevistas semiestructuradas, que según Siquier de Ocampo (1987), se caracteriza por un esquema general de preguntas dadas por el entrevistador, pero que tienen cierta flexibilidad para permitir que el entrevistado explore con libertad y en profundidad, si lo desea, los temas que considere, y por último, horas de juego diagnósticas y terapéuticas, que permiten conocer la realidad del niño, y avances en el proceso terapéutico. Para el estudio y análisis de este caso, se tomarán en consideración extractos de las entrevistas y la técnica gráfica HTP administrado, ya que la hora de juego no fueron aplicadas.

7.3 IMPLICANCIAS ÉTICAS

Tanto el trabajo como la participación en el HIM, están adheridos al Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA).

En el mismo se destaca, en primer lugar, el secreto profesional, que marca la obligación legal de mantener en privacidad todo lo que se recibe y escucha dentro del consultorio; este punto le garantiza al paciente su derecho a la privacidad. En este trabajo se respetará la confidencialidad en la identidad del sujeto, que se sustituye por otro nombre o poniendo la primera letra del mismo, y guardando datos personales que puedan afectar el futuro de los menores de edad y de sus familiares.

En segundo lugar, el respeto por el derecho y la dignidad de las personas, en el cual se busca respetar el derecho a la autonomía, privacidad e intimidad, así como el bienestar del

paciente, en este caso de los niños y sus familias, teniendo en consideración sus Derechos Humanos.

Por último, el consentimiento informado. Aquí se tiene presente la forma en la que el profesional se dirige a sus pacientes, informándoles con claridad el rol de observadora no participante, la finalidad de la presencia del mismo en la entrevista y si desea que forme parte de la sesión o no. Esto se informó teniendo presente la edad de cada paciente, y se hizo durante el momento de la comunicación del encuadre.

VIII. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En este presente apartado se tomará contacto con la experiencia vivida en la práctica llevada a cabo en el HIM con el fin de recopilar el proceso vivido. Dicha descripción se realizará en primera persona.

Las Prácticas Profesionales Supervisadas comenzaron el 8 de mayo del 2024. El primer encuentro fue con la jefa del departamento del servicio de SM, en conjunto con la tutora de la Universidad y mi compañera de PPS; resultó de corta duración, más bien de introducción, presentación, y organización de días y horarios. La referente y tutora establecieron que nuestros horarios iban a ser de 8 a 12 hs los miércoles y jueves, y los viernes de 9 a 11 aproximadamente, ya que atenderíamos únicamente al ateneo que prepara cada miembro del equipo de SM. Por último, hicimos un recorrido por todo el Hospital.

En cuanto a la modalidad de trabajo, en la primera mitad del año, junto con la psicóloga de ese entonces, las primeras horas de los miércoles fueron dedicadas a entrevistas de admisión, generalmente hay 2 por semana, aproximadamente; luego se llevarían a cabo talleres psicoeducacionales en conjunto con el equipo de diabetes, a padres y niños de variada edad que tengan esta condición. Cada taller le corresponde a un grupo etario de niños o adolescentes, primero se los invita a un desayuno, mientras el equipo trabaja con los padres, y se da lugar a los niños; cuando la edad es menor, se realizan actividades más dinámicas y de juego con el fin de transmitir y enseñar, y si son más grandes, se busca a una compartida con fin psicoeducativo. Por otro lado, los días jueves se comenzaba atendiendo en consultorio externo, y luego en el internado, donde se realizaban intervenciones principalmente a pacientes bajo tratamiento oncológico, y luego se continúa con consultorio. En ambos días se realizaban también consultas interdisciplinarias con servicio social, sin horario fijo, sin embargo, ante ingresos de casos de sospecha de maltrato o abuso infantil, la interconsulta resulta de carácter urgente y necesario. Por motivos que desarrollaré a continuación, concurrí

al HIM también los días martes, con la misma psicóloga. Allí ella dedica la totalidad del tiempo al consultorio externo.

Al rotar de psicóloga, me encontré con una práctica totalmente distinta. No solo por el cambio de las actividades que realiza, sino por su forma de trabajo. Además del consultorio externo, ella se dedica a la neuroprofilaxis quirúrgica de los pacientes los miércoles a la mañana, 2 hs aproximadamente, con un equipo conformado por neurocirujanos, fonoaudióloga y fisioterapeuta. Luego, se avoca por completo al consultorio, igual que los jueves. La modalidad de trabajo es totalmente distinta. Ella trabaja con niños, en general, más pequeños, y hace más énfasis en la hora de juego, jugando ella misma con los niños, mientras que la primera psicóloga los ve jugar más.

8.2 SENTIMIENTOS ATRAVESADOS

Previo al primer acercamiento al lugar de prácticas, experimenté muchos nervios y ansiedad, principalmente por el apuro de empezar lo antes posible, y porque, si bien tengo el privilegio de hacer las PPS en el lugar que había elegido, me resultaba algo inevitable cuestionar el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario, ya que considero que no es donde pretendo ejercer. Vinculado a eso, temía el hecho de que no me dieran lugar para presenciar y observar todas las intervenciones y contextos en el que se desarrollaba la profesional de SM, ya sea porque el paciente solicita privacidad o por decisión de la referente. No obstante, desde el primer momento me sentí cómoda al ver que tenía ese lugar, y podía presenciar todas las intervenciones y aprender de todo lo que iba observando. A medida que pasaba el tiempo, me impresionaba la cantidad de tareas de las que las psicólogas debían ocuparse. Todo el equipo de SM ha sido un gran ejemplo, con plena disposición para todo lo que surgiera.

Estos meses de prácticas fueron desafiantes en todo sentido. Me han generado cuestionarme varias cosas, desde el rol del psicólogo en un hospital, la psicología infantil, las

áreas de intervención, las formas, las ramas y orientación de la psicología, etc. Al presenciar las distintas actividades, en las cuales tuve el privilegio de participar y observar, fui confirmando mi vocación para dicho rol, principalmente con niños. Experimento alegría al ver a los niños, incertidumbre de qué pasará luego con ellos, y todo lo que tiene lugar en su pequeña, gran mente e imaginación, ganas de saber más, nuevos conceptos, métodos y autores, me resulta entusiasmante releer cosas vistas y darles un sentido real, concreto y bajado a la práctica; además, veo cómo estas prácticas van generando en mí una apertura al psicoanálisis, rama de la psicología que no es del todo mi interés; veo un psicoanálisis moderno, postfreudiano, que en algunos aspectos llama mi atención. Otro sentimiento que he experimentado hasta ahora es la impotencia e inutilidad. Entiendo que pueda parecer negativo al lector, pero confío en que gracias a estos he conocido más de mí, y de lo que busco para mi futuro desarrollo profesional: mis límites, dentro y fuera del consultorio, y mi sensibilidad ante ciertos temas, como por ejemplo con pacientes internados.

Experimento, asimismo, mucho agradecimiento hacia mis referentes, ya que no dejaron de preocuparse por mi transcurso en el HIM, asegurándose mi bienestar, comodidad y confianza, dándome lugar a preguntar y tomándose el tiempo de responder detalladamente, a cuestionarme, y a nuevos aportes que puedan llegar a generar.

8.3 SITUACIÓN DE PRÁCTICA

A lo largo del tiempo transcurrido por el hospital, presencie situaciones que me impactaron por ser abruptas, inesperadas o simplemente por ser inimaginables para mí, pero sin dudas hubo una que marcó mi paso por la práctica. Una situación compleja de abarcar para el profesional y traumática para los sujetos implicados. El fallecimiento de un paciente de oncología, hizo que el área de SM intervenga con su madre, la cual se encontraba con un desborde emocional, agresivo y caótico, que nunca había presenciado antes. Dicho suceso

me afectó en gran medida, y me implicó tener que salir de la habitación por no poder afrontarlo.

Desde dicho episodio, mis referentes estuvieron en contacto conmigo, para asegurarse de que lo esté procesando de la manera correcta. Habiendo compartido mi tranquilidad posterior al evento, la jefa del departamento de SM sugirió que no todos pueden afrontar ese tipo de intervenciones, pacientes y situaciones. Fue por esta razón que me fue propuesto cambiar de día de práctica, e ir a un día en el que mi referente hiciera menos internado/oncología.

La segunda mitad del año, me llevó a encontrarme con la otra profesional y con ella, con otra dinámica del ejercicio profesional, lo cual resultó ser muy enriquecedor y formador. En ésta área el flujo de pacientes es menor, ya que suelen haber ausencia por parte de los pacientes. Además, suele tratar más con los padres que con los niños, con técnicas directivas para la crianza y educación de sus hijos. Esto hizo que viera mucho menos pacientes que con la psicóloga anterior.

El último tiempo compartido con ella, debido a la cantidad de ausencias por parte de los pacientes, me permitió asistir a una de las psiquiatras, que fue una experiencia muy enriquecedora. Desde el observar el uso de la medicación en niños, los asuntos por los cuales se medica, si se agrega medicación o se disminuye, etc. Hemos compartido conversaciones acerca de la salud y la enfermedad, y cómo la medicación tampoco, al igual que en un diagnóstico psicológico, significa encasillar al niño en un cuadro psicopatológico. Me ha impactado ver a niños tan pequeños con medicación psiquiátrica. Asimismo, se me brindó la posibilidad de compartir con otra de las psicólogas en el área de FQ (fibrosis quística). Trabaja junto con un gran equipo interdisciplinario, entre los cuales se encuentran, nutricionistas, neumonologas, gastroenterólogos, fisioterapeutas y pediatras. Participar dentro de ese equipo me formó en el trabajo interdisciplinario, y me permitió el contacto directo con niños que conviven con esta enfermedad crónica; a su vez, me instruyó en la enfermedad en sí, ya que antes no sabía mucho acerca de ella. Me resultó interesante la forma que tienen para trabajar: cada paciente se ubica en un consultorio distinto, y cada profesional tiene unos minutos para vincularse con el paciente.

8.4 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

En los siguientes apartados se abordará el análisis e interpretación del test HTP realizado a un paciente observado en consultorio externo de psicología del Hospital Infantil Municipal de la ciudad de Córdoba, durante el mes de octubre del año 2024. Resulta importante señalar que los registros obtenidos son solo una parte del caso completo del paciente.

Se comenzará por la presentación del paciente. Luego, un análisis del test gráfico HTP, seguido por un análisis de las recurrencias observadas entre los tres dibujos del test. Por último, se realizará una interpretación del mismo a la luz del contexto y situación del paciente, utilizando los registros obtenidos en las distintas sesiones.

Una aclaración fundamental sobre el análisis tiene que ver con la modalidad de administración del test. El test HTP seleccionado no sigue los lineamientos teóricos establecidos, los cuales han sido detallados en el marco teórico del presente trabajo. Aspectos como la administración del test en una sola sesión psicodiagnóstica, y el uso de lápiz negro únicamente, no fueron respetados. A pesar de estas irregularidades en su aplicación, el análisis se llevará a cabo con el máximo grado de rigor posible, considerando estos aspectos en la interpretación de los resultados y ajustando la evaluación a las condiciones en las que se desarrolló el proceso.

8.4.1 Caso M

8.4.1.1 Presentación del caso

M es un paciente de 6 años. En la primera entrevista, acudieron la madre y el niño. El motivo de consulta fue por problemas de conducta en la casa y en la escuela. La madre

refiere que M suele hacer lo que quiere y que se impone a los límites puestos por los padres. Es de quejarse mucho, no responder a órdenes y no colaborar con tareas. En la escuela, refiere tener conflicto con varios compañeros, especialmente con uno, con el que refiere más de una conflictiva. Manifiesta ser contestador, desafiante y peleador. Tiene conflictos para compartir con los compañeros. Además, no cumple con los deberes, y en clases suele desconcentrarse. En la entrevista se obtuvo lo siguiente,

- Mamá: “Hay un compañero que le molesta y que lo trata mal y...”

- M: “Si, me pega y no se como reaccionar cuando me pega.”

- Psicóloga: “¿Y vos le pegas también?”

- M: “Si”

- Mamá: “M también le pega, ambos se pelean y son agresivos. Los profesores se quejan de ámbos, especialmente de M.” (Registro personal, 9/10/2024)

El paciente menciona que esta situación con el compañero le genera mucho malestar, y reconoció que en su casa también tiene una conducta agresiva.

A M, en su proceso psicodiagnóstico, se le solicitó que hiciera un HTP.

Al comienzo, el paciente presentaba dificultades para su elaboración. Tendía a desconcentrarse, y se dispersaba con facilidad, y hablar sobre otra cosa, se quedaba fijo en ese tema de conversación o, al querer referirse a los gráficos que se le pedían, expresaba: “no me acuerdo cómo era” (Registro personal, 16/10/2014) ninguna de las tres figuras. Esto lo hacía frustrarse y querer dejar de dibujar. La psicóloga intentaba ayudarlo, pero aún con esas guías, el paciente demoró dos sesiones en completar el test.

8.4.1.2 Identificar la presencia de los indicadores seleccionados en los dibujos del HTP realizados por niños con conductas agresivas.

A continuación, se presenta una Tabla (***Tabla 4***) con los indicadores emocionales que presentó M en el test gráfico solicitado.

Tabla 4

Indicador	Casa	Árbol	Persona
Presión fuerte	SI	SI	SI
Líneas angulosas	SI	NO	SI
Integración pobre del dibujo	SI	SI	NO
Omisiones	SI	SI	SI

La siguiente tabla refleja la presencia y ausencia de los indicadores seleccionados en los tres dibujos que constituyen el HTP realizado por M. Se puede apreciar que, en el dibujo de la casa, están presentes los cuatro indicadores: presión fuerte, líneas angulosas, integración pobre, y omisiones de partes fundamentales. No así en el dibujo del árbol, en el cual no se observan líneas angulosas. Por último, en el dibujo de la persona, el indicador ausente es la integración pobre del dibujo, mientras que los otros tres están presentes.

8.4.1.3 Explorar las recurrencias entre los tres dibujos (casa, árbol y persona) en relación con los indicadores seleccionados.

Habiendo identificado los indicadores en los gráficos de M, se pueden analizar algunas recurrencias.

En primer lugar, la presión fuerte se manifiesta de manera prominente en varios aspectos de los dibujos, específicamente en el tronco del árbol, el suelo del árbol, las paredes de la casa, así como en el cuerpo y la cabeza de la figura humana. Este uso de presión en diferentes partes del dibujo podría reflejar una tensión interna generalizada, indicativa de niveles de ansiedad o tendencia al descontrol de la energía y, al ser una característica recurrente, podría sugerir que es una cualidad estable del paciente. El uso de presión en el tronco del árbol y en el suelo podría señalar la percepción de un desequilibrio o falta de soporte emocional; en agregado a esto, se observa la presión fuerte en las raíces dibujadas. Las mismas, según Hammer, simbolizan el contacto con el suelo, y no son esperables en un dibujo de un niño de seis años, por lo que, que haya dibujado raíces, siendo esto anómalo

para la edad, podría interpretarse como como una búsqueda de sostén; se podría pensar que el paciente podría estar representando de forma inconsciente una necesidad de sentirse más seguro y sostenido. A su vez, que las haya dibujado podría reflejar un deterioro en el criterio de la realidad, logrando que haya una confusión en los límites y que actúe de manera impulsiva, guiándose más por lo que siente y no por lo que ve, por ejemplo, que está en la escuela y no corresponde una conducta agresiva. Por otro lado, la presión en la figura humana sugiere una manifestación de tensión interna relacionada con las relaciones personales o la autoimagen.

Las líneas angulosas se presentan en los dedos en forma de líneas rectas que salen de la mano de la figura humana, y en las paredes y techo de la casa. Las líneas angulosas suelen estar asociadas con agresividad, rigidez o conflicto, lo que en este caso permitiría hipotetizar que el niño experimenta dificultades en la forma en que se enfrenta a los elementos de su entorno. Las líneas angulosas en los dedos de la figura humana y en la estructura de la casa pueden interpretarse como una representación de actitudes defensivas o de tensión emocional frente a las relaciones familiares o la imagen de sí mismo.

Por otro lado, la integración pobre se observa principalmente en la casa, que se dibujó vacía, representando solo el techo y las paredes. Esta falta de detalles sugiere una incapacidad para integrar aspectos importantes del entorno familiar, lo que podría reflejar dificultades para procesar o organizar emocionalmente las experiencias relacionadas con el hogar, posiblemente vinculadas a sentimientos de desconexión o confusión en el ámbito familiar. Que este indicador no se encuentre tan presente en el árbol y en la figura humana, podría sugerir que el niño posee recursos emocionales adecuados y capacidades para crecer emocionalmente y desarrollarse.

Finalmente, la omisión de partes clave se ve en la casa, que aparece vacía y en la figura humana, con la ausencia de cuello y manos. La omisión de la casa puede ser interpretada como una evasión o negación de aspectos fundamentales del entorno familiar, mientras que la falta de cuello y manos en la figura humana puede señalar que el niño podría tener dificultades para conectar con los demás de manera completa. El cuello une la cabeza con el cuerpo, simbolizando la vinculación entre lo racional y lo impulsivo. Al estar ausente, se podría interpretar una falla en el control intelectual de los impulsos, con una posible tendencia a la acción. También podría reflejar una sensación de desconexión consigo mismo,

o un sentimiento de que su identidad o su capacidad para actuar o interactuar de manera plena están siendo limitadas o bloqueadas de alguna forma.

En conjunto, estos patrones recurrentes sugieren que el niño está atravesando un malestar emocional persistente que se manifiesta a través de la tensión, la rigidez, la evasión y la desconexión, así como una tendencia a la acción.

8.4.1.4 Relacionar los hallazgos gráficos con los datos obtenidos en las entrevistas realizadas al niño.

En este apartado se buscará analizar cómo los indicadores observados refuerzan lo que se registró del paciente, su comportamiento diario y su vínculo con el entorno.

La presencia de estos indicadores en los gráficos de M nos sugieren que el paciente manifiesta de manera estable conductas agresivas, es decir, que podría reaccionar de manera impulsiva, agresiva y disruptiva.

En primer lugar, se tiene en consideración que el motivo de consulta por el cual el paciente llega es justamente un comportamiento de ese estilo, en la escuela y en la casa, principalmente con la madre. Vemos que la misma menciona,

- Mamá: “M también le pega, ambos se pelean y son agresivos. Los profesores se quejan de ámbos, especialmente de M.” (Registro personal, 9/10/2024)

Y, más adelante en la misma entrevista,

- Mamá: Si! ¡Todo el día te ando retando porque te portas muy mal! El otro dia casi que me mordes. (Registro personal, 9/10/2024)

Se puede observar que el paciente reacciona de manera agresiva y que esta agresión habita también de manera latente en él, de manera que por momentos reacciona impulsivamente, ya sea porque ha estado evitando confrontaciones directas, o porque una situación la hizo aflorar de manera repentina. Sucedió en el consultorio la siguiente situación: mientras M dibujaba, se escuchan fuera del consultorio varios ruidos, entre ellos una puerta. Fue un ruido muy sutil, ni la psicóloga ni yo lo habíamos escuchado, pero el niño sí. Preguntó,

- M: “¿Qué fue ese ruido, quien toca la puerta?”
- Psicóloga: Qué bueno oído que tenés, ¿sos de escuchar muchas cosas en casa?
- M: Sí.
- Psicóloga: Y ¿qué escuchas?
- M: No sé, a mis papás pelear.
- Psicóloga: ¿Y qué haces?
- M: Nada, no sé.
- Psicóloga: ¿Y sabes por qué pelean?
- M: No, no se. Mi papá le dice cosas a mi mamá pero ella a él también. Me parece que una vez le pegó. A veces escucho por el hueco de la puerta pero no entiendo. Otras veces me hago el dormido.
- Psicóloga: ¿Por qué te haces el dormido? ¿Te da miedo escuchar?
- M: No, una vez entré, casi rompí la puerta (lo dice riéndose) busqué a mi perro y lo tiré al lado del sillón.
- Psicóloga: ¡Pobre perrito!
- M: No le pasó nada, mi mamá lo agarró. (Registro personal, 9/10/2024)

Se puede observar la necesidad de descargar tensiones internas de manera física, algo común en pacientes que manifiestan conductas agresivas. Lo que se observa en sus gráficos en la presión fuerte, se observa en la cita anterior, cuando comenta que tiró al perro de manera inesperada y repentina, en un momento de tensión al escuchar a sus padres pelear, y en la siguiente cita, que muestra que situaciones desafiantes lo llevan a actuar de manera impulsiva. El registro de la entrevista dice,

“Empezó a hacer el dibujo, no imitando el árbol del cuaderno. Realizó uno distinto mientras pensaba en silencio. Lo hizo bastante rápido. Observando cómo realizaba el dibujo veía que borraba mucho. Siempre volvía a empezar después de borrar, y siempre que borraba, volvía a dibujar rápidamente, de manera impulsiva.” (Registro personal, 23/10).

Que situaciones amenazantes lo lleven a manifestar conductas agresivas se puede observar, también, en su conflicto con el compañero. M manifiesta que no sabe cómo reaccionar, y que por eso, le pega al compañero, como el compañero le pega a él. Uno de los diálogos que demuestra esto es el siguiente,

- M: Tengo una goma que me compré y él me la quiere robar. Y después me retan solo a mí. En un acto en el colegio me molestaba diciéndome que él era millonario y mi familia no. ¡Siempre pasa lo mismo!
- Psicóloga: “Pero escuchame una cosa, vos no tenes que involucrarte en esas cosas. Que él te diga lo que te quiera decir, vos tapate los oídos, déjalo solo. No te conviene pelearlo. Déjalo que haga su vida, y decile: a mí no me importa”
- M: si, no sé. Pero no me sale eso. Siempre me trata mal y yo a él porque todos me dicen que no se compartir. Aparte que sabe él de mi familia, y me quiere robar todas las cosas.

Este hecho refuerza la hostilidad y agresión proyectada en los gráficos, en las líneas fuertes y angulosas, así como una postura defensiva frente a situaciones amenazantes en su entorno.

A su vez, se entiende que una conducta agresiva representa el actuar de manera no planificada, y con una falta de coherencia en las acciones, demostrando un descontrol emocional significativo. La integración pobre del dibujo y la omisión del cuello, por ejemplo, indica este aspecto del niño, ya que podrían simbolizar una fragmentación interna del sujeto, en la que los impulsos y las emociones desbordadas, así como la incoherencia en las acciones, predominan sobre la reflexión. En M, esto se podría apreciar en el siguiente registro:

- Psicóloga: Así que te peleas con este compañero... ¿y con los demás compañeros?
- M: Con los otros bien, todos me tratan bien.
- Psicóloga: ¿y vos los tratas bien?
- M: (riéndose un poco) si, no sé. Pero yo a veces me enojo
- Psicóloga: ¿por qué?

- Mamá: siempre tiene problemas con alguien. Se viven quejando de él. Que no comparte, que no hace las tareas, que junta a todos para portarse mal, como si organizara eso. Y no se concentra en la clase, y además distrae a todos.
- Psicóloga: ah! pero sos terrible! Y si con los otros te llevas bien, ¿por qué te enojas?
- M: (se ríe). Porque sí.
- Mamá: se pone a gritar de la nada a veces, como si algo le estuviera pasando. Yo me asusto pero después veo que en realidad no le está pasando nada. ¡A veces ya ni me fijo! (Registro personal, 9/10/2024)

En síntesis, el análisis del caso M, un paciente en el cual se detectan conductas agresivas según las manifestaciones y definiciones que se expusieron en el marco teórico, permite identificar patrones emocionales significativos a partir de sus producciones gráficas y entrevistas clínicas. El HTP demuestra la presencia de los indicadores seleccionados - presión fuerte, líneas angulosas, integración pobre del dibujo y omisión de partes claves - que permiten articular aspectos emocionales y conductas relevantes, y refuerzan la presencia de un malestar emocional persistente así como de dificultades en la regulación de impulsos.

La presión fuerte en los dibujos, correlacionada con episodios de reacciones físicas desbordadas relatadas por la madre y el mismo niño, sugiere una acumulación de tensión emocional que se descarga de forma impulsiva. Las líneas angulosas, asociadas con actitudes defensivas, encuentran correspondencia en el relato del niño sobre su tendencia a reaccionar de manera agresiva frente a situaciones desafiantes, como es el caso del conflicto escolar, así como también dentro del hogar. La integración pobre del dibujo, especialmente en el dibujo de la *casa*, se vincula con las dificultades del niño para procesar el entorno familiar, marcado por discusiones parentales que percibe de forma confusa y angustiante. Finalmente, las omisiones de partes clave, como el cuello de la FH, reflejan sentimientos de inestabilidad y una desconexión emocional que también se evidencia en su incapacidad para establecer relaciones sociales armoniosas y responder de forma planificada.

En conjunto, la congruencia entre estos indicadores gráficos y los datos obtenidos de las entrevistas, demuestran un cuadro consistente de tensión emocional, respuestas defensivas y dificultades en la integración de experiencias sociales. Estos hallazgos permiten una comprensión más profunda de las dinámicas emocionales del niño y su relación con las

conductas agresivas, ofreciendo un panorama integral sobre su funcionamiento emocional y conductual.

IX. CONSIDERACIONES FINALES

El presente Trabajo Integrador Final de la carrera de Licenciatura en Psicología, ha brindado una comprensión no sólo sobre las conductas agresivas en niños, sino de sus manifestaciones clínicas en tests gráficos, como es el HTP, dentro del ámbito de consultorio externo de un hospital pediátrico polivalente en la ciudad de Córdoba. A través de la observación y del análisis teórico práctico del caso seleccionado, se ha puesto de manifiesto la importancia del dibujo como herramientas clave en el proceso psicodiagnóstico, permitiendo acceder y corroborar contenidos latentes y manifestaciones emocionales de los niños.

El análisis teórico ha permitido contextualizar la evolución de la psicología clínica, destacando momentos históricos significativos y evidenciando la continua transformación de esta disciplina. Dentro del ámbito de la psicología proyectiva es que surgen los tests gráficos en el marco clínico de la misma. Su fundamento radica en la idea de que el dibujo es una forma de expresión menos controlada, lo que permite acceder a aspectos inconscientes de la personalidad, emociones y conflictos internos del yo. El dibujo constituye un recurso proyectivo fundamental dentro de la evaluación psicológica infantil, ya que permite proyectar su mundo interno de una forma accesible y tangible, facilitando así su expresión.

El uso del dibujo en la evaluación psicológica tiene beneficios prácticos importantes. Su aplicación suele ser amena para los niños, quienes encuentran en el dibujo una forma natural y no amenazante de comunicarse. La riqueza misma radica en su carácter multifuncional. No solo brinda información sobre el estado emocional del niño, sino que también permite observar su desarrollo cognitivo, su capacidad para integrar figuras, la organización espacial y sus funciones ejecutivas. De esta manera, el dibujo se convierte en una herramienta diagnóstica versátil y valiosa.

La experiencia en el Hospital Infantil Municipal ha sido una gran oportunidad para observar lo que sucede en el consultorio, y la manera en la que el mundo interno de un niño de 6 (seis) años logra plasmar en un papel. Esto permitió una mejor comprensión de esta herramienta diagnóstica, así como la identificación de manifestaciones clínicas y mecanismos de acción y reacción plasmados en el mismo dibujo.

En el contexto del presente trabajo, el HTP se utilizó como una herramienta diagnóstica que permitió analizar indicadores emocionales. La comparación entre los tres dibujos, casa, árbol y persona proporcionó una evaluación integral de la percepción que el niño tiene de sí mismo, su entorno y sus relaciones interpersonales, más aún para la comprensión y análisis de su conducta agresiva. Estos dibujos revelaron información valiosa que complementa los datos obtenidos en las entrevistas realizadas.

Bajo el marco de un análisis de conductas agresivas, el dibujo adquiere un rol fundamental. Estas conductas, caracterizadas por la expresión hacia el exterior de impulsos y emociones a menudo desreguladas, encuentran en el dibujo un espacio simbólico para ser elaboradas. Los niños con este tipo de manifestaciones suelen presentar dificultad para expresar su mundo emocional, mostrando, en cambio, patrones de oposición, agresión o hiperactividad. El dibujo permite transformar esa expresión conductual en una producción simbólica que facilita la intervención clínica.

El análisis de los dibujos de M permitió identificar patrones gráficos asociados a conductas agresivas; los indicadores seleccionados -presión fuerte, líneas angulosas, integración pobre del dibujo y omisión de partes clave- se presentaron de manera recurrente, permitiendo establecer un vínculo entre las manifestaciones gráficas y las conductas agresivas observadas en la clínica. A través del análisis del caso M, se pudo explorar sobre cómo las conductas agresivas pueden reflejarse en el plano gráfico, convirtiéndose el test HTP en una herramienta sensible y potente para explorar el mundo interno del niño.

Entre los principales indicadores emocionales se destacaron la fuerte presión en el trazo, la rigidez general de las líneas, la omisión de elementos estructurales relevantes, la desproporción entre las figuras y la organización espacial deficiente. Estos signos sugieren una organización yoica frágil, acompañada de dificultades en la tramitación simbólica del conflicto. El niño parece recurrir a defensas arcaicas ante la angustia, tales como la proyección y el pasaje al acto, lo cual se refleja tanto en sus conductas cotidianas como en sus producciones gráficas. En este sentido, las acciones impulsivas, oposicionistas o agresivas no deben ser leídas como meras manifestaciones disruptivas, sino como intentos desesperados de expresar un sufrimiento emocional que aún no encuentra palabra.

La presión fuerte en los trazos se asoció con episodios de reacciones físicas desbordadas y acumulación de tensión emocional, lo cual fue confirmado tanto por los relatos

de su madre como por las observaciones en el consultorio. Las líneas angulosas reflejaron una postura defensiva y una tendencia a reaccionar de manera agresiva frente a situaciones desafiantes. La integración pobre del dibujo, especialmente en el ámbito del dibujo de la casa, sugirió dificultades para procesar y organizar su percepción del entorno familiar. Las omisiones de partes clave, como el cuello en la figura humana, apuntaron a sentimientos de inestabilidad y desconexión emocional, que a su vez se reflejaron en dificultades para establecer vínculos afectivos saludables y para manejar situaciones de frustración.

En articulación con los datos recabados en las entrevistas, se identificaron aspectos del entorno familiar de M que podrían estar caracterizados por una limitada contención emocional, manifestaciones afectivas ambivalentes y ciertas dificultades para ofrecer respuestas estables y predecibles. M no percibe que sus figuras parentales le brinden un sostén emocional estable, más bien refiere un contexto inestable, en el que le cuesta apoyarse y anclarse para construir su identidad. En este marco, las conductas agresivas no sólo emergen como síntoma, sino también como forma de defenderse de una realidad vivida como caótica e inestable. El acting out se vuelve lenguaje, y la agresión, una forma de pedir presencia y límites.

La sistematización permitió cumplir con los objetivos planteados: se identificaron indicadores emocionales relevantes en los dibujos del HTP, se reconocieron recurrencias entre los tres gráficos que revelan un patrón sostenido de expresión sintomática, y se logró establecer una coherente articulación entre dichos indicadores y el contenido surgido en los espacios de entrevista y observación clínica. Este entrecruzamiento entre lo proyectivo y lo narrado fue fundamental para ampliar la mirada diagnóstica y evitar reduccionismos que podrían dejar por fuera lo más esencial: el modo único y subjetivo en que cada niño vive y expresa su sufrimiento.

En definitiva, el caso M mostró cómo el sufrimiento psíquico puede asumir formas conductuales disruptivas cuando no hay recursos psíquicos suficientes ni un entorno que funcione como sostén. A través de la escucha clínica, el análisis gráfico y la comprensión teórica, fue posible construir una lectura profunda de su malestar, con el horizonte puesto no sólo en comprender, sino en acompañar, en generar las condiciones para que otras formas de expresión, más simbólicas y menos dolorosas, puedan comenzar a desplegarse. Así, este trabajo reafirma la importancia de una psicología que mire más allá de la conducta, que

escuche lo que no se dice y que, sobre todo, confíe en la potencia transformadora del vínculo y la palabra.

Desde una perspectiva personal, el contacto con el caso M ha sido desafiante y enriquecedor. Las sesiones de evaluación gráfica no solo permitieron aplicar conocimientos teóricos, sino también desarrollar una escucha clínica sensible y una mirada comprensiva hacia las complejidades del mundo infantil. Ha sido conmovedor observar cómo el dibujo se convierte en una herramienta de comunicación y elaboración simbólica para estos niños que, muchas veces, encuentran dificultades para expresar sus emociones de manera verbal.

A nivel profesional, esta experiencia subraya la necesidad de integrar enfoques proyectivos en la práctica clínica con niños. La evaluación gráfica no solo proporciona información valiosa sobre el estado emocional del niño, sino que también permite un abordaje lúdico y no invasivo que favorece la vinculación terapéutica. Desde el rol del psicólogo clínico en contextos hospitalarios, el presente caso puso en evidencia la importancia de sostener una actitud clínica atenta, ética y situada. Frente a infancias vulneradas o expuestas a contextos hostiles, la tarea del psicólogo no debe centrarse únicamente en la categorización diagnóstica, sino en la construcción de espacios donde la palabra, la expresión y la simbolización puedan comenzar a emerger. El trabajo con técnicas proyectivas, en este sentido, se vuelve una herramienta fundamental para propiciar ese tránsito desde la acción al relato, desde la descarga al pensamiento.

Finalmente, este trabajo resalta la importancia de una intervención clínica temprana que permita acompañar a los niños en la elaboración de sus tensiones emocionales y en el desarrollo de mecanismos adaptativos para enfrentar su entorno. Los hallazgos obtenidos subrayan la necesidad de continuar investigando y aplicando herramientas proyectivas en la evaluación y tratamiento de niños con conductas agresivas, fortaleciendo así la práctica clínica y promoviendo el bienestar emocional de la infancia.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (2006), *Teoría y técnica del psicoanálisis con niños*, Paidós
- Archer, J. (2004). *Why do people engage in aggression?. In J. Archer (Ed.), Why do people engage in aggression?*, 1–12. Blackwell Publishing.
- Barkley, R, Benton, C, (2000), *Hijos desafiantes y rebeldes, Consejos para recuperar el afecto y lograr una mejor relación con su hijo*, Edición Paidós Ibérica
- Beck, A., Clark, D. (1997). *El Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva*. Paidós.
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente*. Prentice Hall Iberia.
- Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía: El drama de los niños en instituciones*. Sudamericana.
- Björkqvist, K. (1994). *Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of the literature. Psychological Bulletin*, 115(2), 171–179.
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la conducta*. Editorial Paidós.
- Bravo et all, (2014), *Curso Antropología Cristiana, cuaderno del estudiante*, Pontificia Universidad católica de Valparaíso.
- Buck, J, (2008), *Manual y Guía de Interpretación HTP*, Manual Moderno
- Buendía, J. (1999) *Psicología Clínica: perspectivas actuales*. Ediciones Pirámide
- Bunge et all, (2009), *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes, aportes técnicos*, Librería Akadia Editorial
- Celener, G, et all (2006), *Técnicas proyectivas, actualización e interpretación de los ámbitos clínico, laboral y forense. Tomo 1*, Lugar Editorial
- Cepeda, C., Arbizu, J. & Kantt, M. (2020). *Rol del psicólogo en la post-pandemic: Una mirada desde la Psicología de la Emergencia. Memorias del I Congreso Internacional De Psicología: Psicología e interdisciplina frente a los dilemas del contexto actual*, (1), 25-31.
<http://ojs.ucp.edu.ar/index.php/memoriacongreso/article/view/648>

- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.). 10 de abril de 1999.
- Colombo, M. E. (2003). *La emergencia de las funciones psicológicas superiores en la perspectiva de la psicología cultural*, Prometeo Libros
- De Ajuriaguerra, J, Marcelli, D, (1996), *Manual de psicopatología del niño*, Masson
- De Ajuriaguerra, J. (1977), *Manual de psiquiatría infantil*, Masson, S.A. Cuarta Edición.
- Desviat, M. (2016). *La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo*, Editorial Universidad Icesi.
- Dulitzky, S. (2014). *Síntomas psicológicos en cuidados paliativos*. En Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud (pp. 189-198). Instituto Nacional del Cáncer.
- Echeverría, A. (01 de marzo de 2011). *Mecanismos de defensa en niños y adolescentes*. Bonding. <https://bonding.es/mecanismos-defensa-ninos-adolescentes/>
- Escobedo, P. S. (2008). *Psicología clínica*. El Manual Moderno.
- Escuela Histórico-cultural. En J. Tof, *Escritos de Psicología General*. EUDEBA.
- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico: herramientas de intervención*. Paidós.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA) (2003). *Psicología clínica y psiquiatría*. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits. D. (2010). *Terapia Narrativa para Niños, Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*, Paidós.
- Freud, S. (1919/1920). *Más allá del principio del placer y otras obras*. *Obras Completas*. Amorrortu Editores.
- Friedberg, R, McClure, J, (2001), *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes, conceptos centrales*, Editorial Paidós.
https://www.academia.edu/37724484/Practica_Clinica_de_Terapia_Cog_Robert_D_Friedberg_Jessica_M

- Fuentetaja, A. M. L., y Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), e1.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2019a2>
- García Arzeno, M., E., (2007), *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*, Nueva Visión
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/PsicodiagnosticoClinico.pdf
- García Barthe, M. (1997). *La ética en la formación del profesional de Salud Mental*. Revista Psicoanálisis y Hospital
- González, S.G. (2006). *Hospital Infantil Municipal de Córdoba*. (2da ed.). Graphic.
- Greene, R. (2013), *El niño explosivo, Un nuevo modelo para comprender y criar al niño fácil de frustrar y crónicamente inflexible*, iUniverse, Inc., Bloomington
- Hammer, E. F. (1969). *Test proyectivos gráficos*. Editorial Paidós.
- Haslop, Ana, (2012), *H.T.P (Acromático - No integrado)*
<https://www.buenastareas.com/ensayos/Htp-Casa-Arbol-Persona/5816762.html>
- Haz, A., Díaz, D., y Raglianti, M. (2002). *Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. Terapia Psicológica*,
<https://es.slideshare.net/slideshow/terapia-narrativaparaniu00f1osjenniferfreemanpar1pdf/239190961>
- Janin, B. (2011), *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Colección Conjunciones.
- Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias.
- Kernberg, O. F. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. El Manual Moderno.

Klein, M. (1988), *Envidia y gratitud*, Paidós

Koppitz, E. (2003), *El dibujo de la figura humana en los niños*, Editorial Guadalupe.

Lagache, D. (1982). *Ficha de cátedra en base al texto de "Psicología clínica y método clínico" de Lagache D., Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y métodos clínicos. Otros estudios.* Paidós.

Lewin, M. (2004). *Juego, fantasía: del más allá al espacio transicional.* Psicoanálisis APdeBA Vol. XXVI, 2. www.apdeba.org/wp-content/uploads/Lewin.pdf.

Ley 23.227. Ejercicio Profesional de la Psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 6 de Noviembre de 1985.

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 19 de Noviembre de 2009.

Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 2 de Diciembre de 2011

Ley N° 7.106. Disposiciones para el ejercicio de la Psicología. Córdoba, 27 de Septiembre de 1984

López, M. C. (2014). *Los juegos en la detección del abuso sexual infantil.* Editorial Maipue

Machover, K. (1974), *Proyección de la personalidad: en el dibujo de la figura humana*, Ediciones Culturales.

Medín, G. (2014). *Aspectos emocionales en el niño y el adolescente con cáncer. Diplomatura en psicooncología pediátrica. Módulo 2: El niño y el adolescente.* Fundación Natalí Dafne Flexer

Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022. Link: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la%20ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.

Pérez de Maza T. (2016). *Guía Didáctica para la Sistematización de Experiencias en Contextos Universitarios.* Ediciones del Vicerrectorado Académico.

- Piaget, J. (1947). *Psicología de la Inteligencia*. Psique.
- Piaget, J. (1982). *La representación del mundo en el niño*. Morata.
- Pueyo, S. (1999), *Dermatología infantil en la clínica pediátrica*, Artes Gráficas Buschi S.A
- Quiroga, S. (2010). *Adolescencia: Del Goce Orgánico Al Hallazgo De Objeto*, Editorial Eudeba.
- Rago Orrego, N. (2017). *Niños que no juegan Importancia del juego en la clínica psicoanalítica infantil : ¿Qué sucede cuando hay dificultades para elaborar el juego en la consulta psicológica infantil?* Facultad de Psicología. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18991/1/tfg_natalia_rago.pdf
- Rocher, K. (2009), *Casa, árbol, persona, manual de interpretación del test*, Ediciones Lasra.
- Sanchez Escobedo, P. (2008) *Psicología Clínica*. El Manual Moderno.
- Siquier de Ocampo, M. L. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Nueva Visión
- Traverso, G. y Salem Martínez, T. (2020). *Telepsicología durante la pandemia. Sistemas familiares y otros sistemas humanos*. 36 (1) 37- 46. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/91-Texto%20del%20art%C3%ADculo-228-1-10-20201130.pdf>
- Vega, M, Barrionuevo, J. y Vega V, (2007) *Algunas teorías acerca de la adolescencia. Recorrido histórico-conceptual. En Escritos psicoanalíticos sobre adolescencia*. Eudeba
- Velásquez, L. (2014). El impacto psicológico ante la enfermedad y la hospitalización. En Velásquez, L., Niños hospitalizados. Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles (pp. 1-35). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/338232>
- Vels, A. (1990). *Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalítico*. Agrupación de Grafoanalistas Consultivos de España.
- Winnicott, D. (1967), *La familia y el desarrollo del individuo*, Ediciones Hormé S.A.E.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa

www.cepalforja.org/sistematizacion

XI. ANEXO

En este apartado se adjuntan las fotografías correspondientes a los dibujos realizados por el paciente seleccionado para el Trabajo Integrador Final.

Imagen 1: Dibujo de la casa.

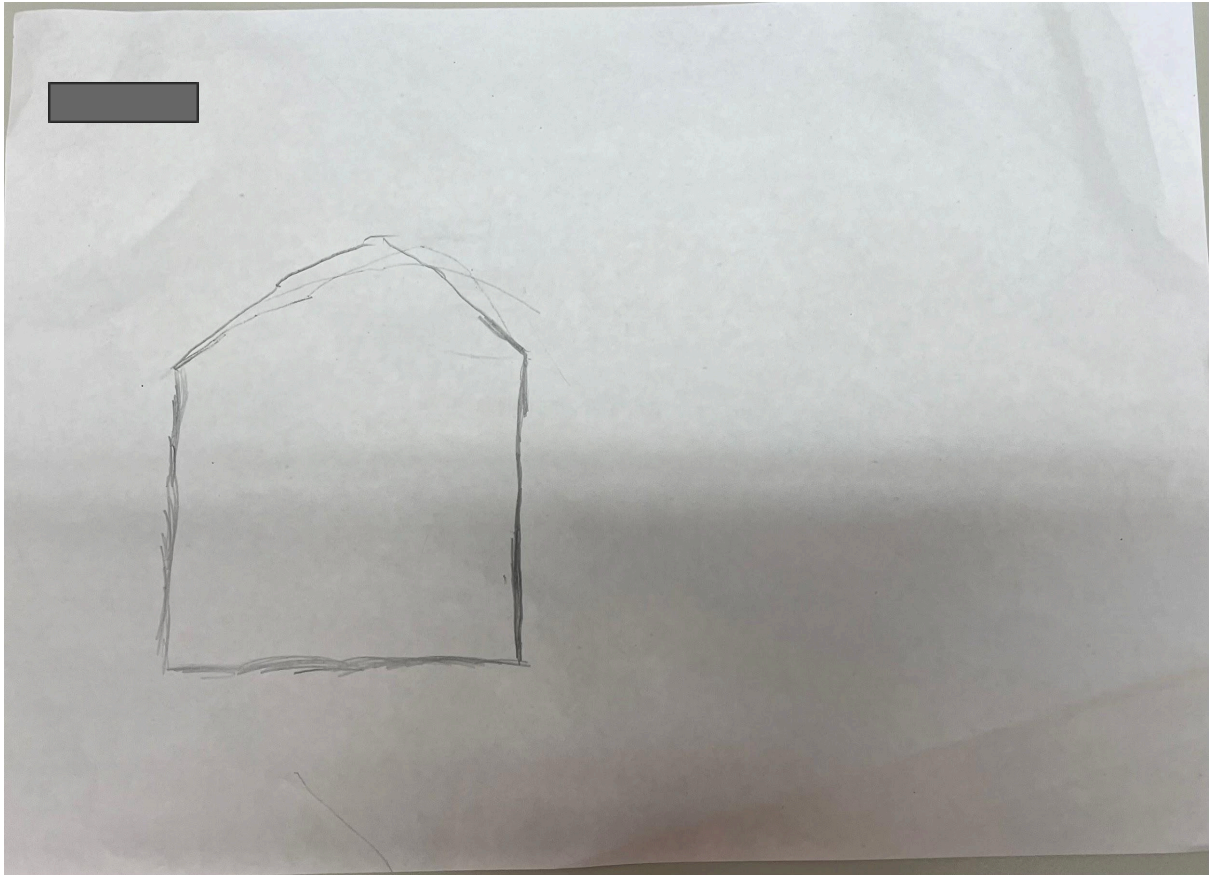


Imagen 2: Dibujo del árbol.

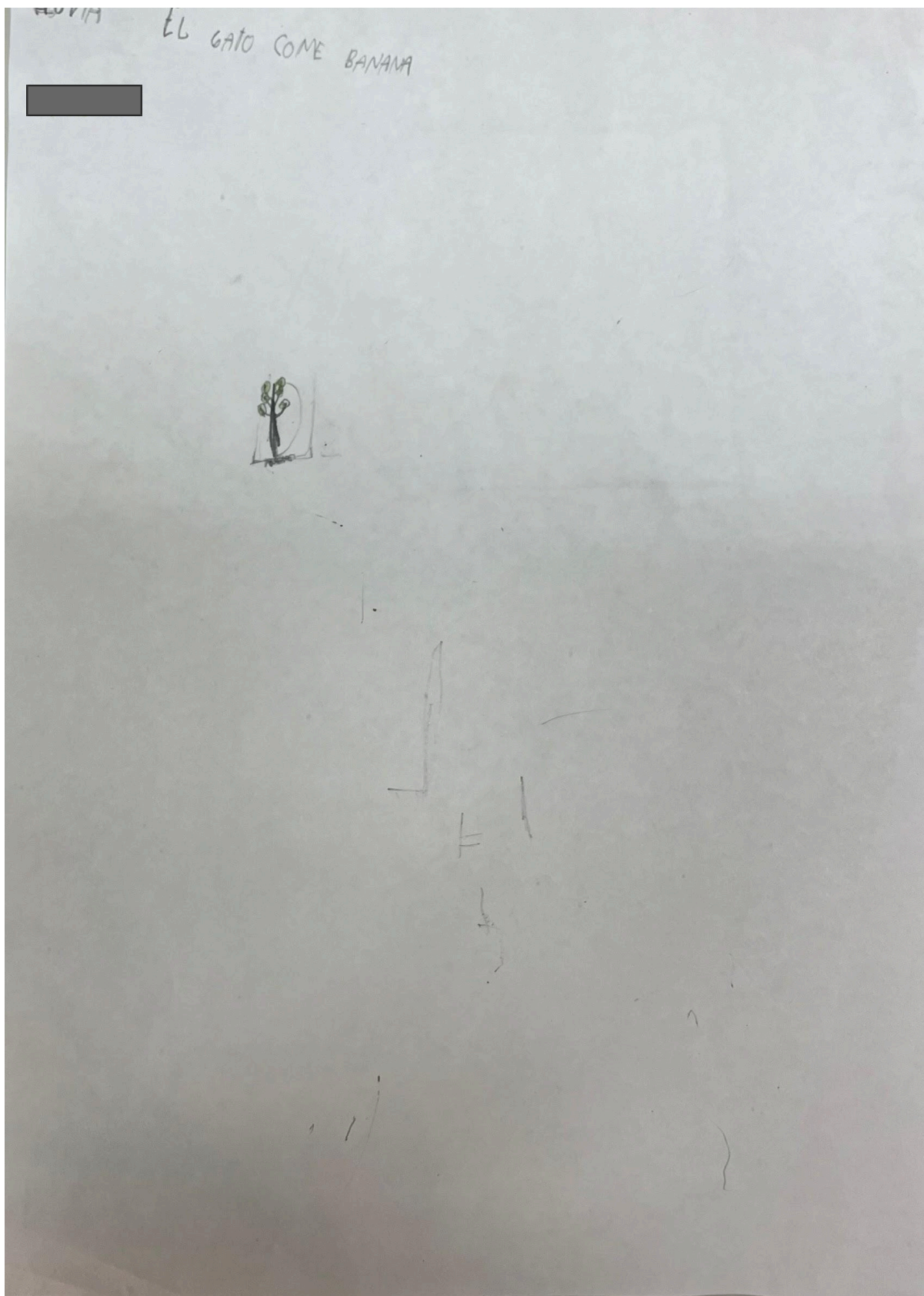


Imagen 3: Dibujo de la FH.

