

# TRASTORNO DE ADAPTACIÓN EN LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL. UN ESTUDIO DE CASO

Dailys Suárez, Julián Iglesias y Calleiro Cañive

## RESUMEN

La Psicopatología Infantil estudia al infante en el proceso salud-enfermedad, y reconoce la necesidad de un correcto psicodiagnóstico holístico y contextualizador que considere la situación social de desarrollo (SSD) particular, y que comprenda la dinámica, contenido y forma de los síntomas del trastorno de adaptación (TA), uno de los de mayor prevalencia en niños y adolescentes.

Esta investigación pretende realizar un estudio de caso a un niño de escolar que presenta un trastorno de adaptación. Se sigue una metodología cualitativa con la aplicación de técnicas y la posterior elaboración del informe psicológico delimitando la conducta a seguir y recomendaciones concretas orientadas a los diversos agentes socializadores que conforman la SSD del escolar. Se encontró que las esferas más afectadas fueron la escolar y la familiar al mismo tiempo que constituyen contextos resilientes; el niño presenta un TA de tipo ansioso con síntomas como intranquilidad, trastornos del sueño, poca concentración de la atención, agresividad con sus iguales, conductas regresivas, etc. La conducta a seguir en este caso orienta previamente la atenuación de la sintomatología ansiosa para realizar la psicoterapia favorablemente, y a su vez ofrece recomendaciones concretas a las áreas familiar y escolar. (DUAZARY 2011 No. 2, 213 - 225)

**Palabras clave:** trastorno de adaptación, psicopatología infantil, psicodiagnóstico.

## ABSTRACT

Child Psychopathology examines the infant in the health-disease process, and recognizes the need for a correct holistic and contextualized psycho diagnostic that considers the individual social situation of development (SSD), and that gets dynamics, as the content and form of the disorder symptoms adaptation (DSA), one of the most prevalent in children and adolescents.

This research intends to conduct a case study to a school child who has an adaptation disorder. It is based on a qualitative methodology with the application of techniques and the further elaboration of the psychological report defining the approach to be followed and specific recommendations aimed at the various socializing agents that make up the school's SSD. It was found that the most affected areas were school and family, at they same time they are considered resilient contexts , the child has an adaptation disorder with symptoms of anxiety such as restlessness, sleep disturbances, poor concentration of the attention , aggression with other kids, regressive conduct, etc. The approach to be followed in this case previously directs the attenuation of symptoms of anxiety as to get a positive psychotherapy, and in turn offers specific recommendations to family and school areas.

**Keywords:** adaptation disorder, child psychopathology, psycho diagnostic.

213

## INTRODUCCIÓN

La comprensión del proceso salud-enfermedad como un continuo (en su interpretación de la flexibilidad constante del proceso, con sus cambios y transformaciones inevitables) implica un conjunto de particularidades que van a seguir una dirección inequívoca; por lo que el niño y/o el adolescente sano va a presentar una tendencia a la enfermedad, y viceversa, la conversión de estas figuras con patologías a la mejoría; las características personalógicas del infante, donde su personalidad aún está insuficientemente estructurada (tanto sus unidades estructurales como las funcionales); la masa encefálica del niño todavía está en desarrollo, lo cual indica la presencia de estructuras neuroanatómicas en período de formación y de maduración, sobre todo las referidas a la zona del córtex cerebral que inciden directamente en la poca estabilidad de los hábitos, en un incipiente desarrollo de la autorregulación y el segundo sistemas de señales; por tanto, el niño no posee una conciencia de la enfermedad, lo cual crea la expresión concreta de no concurrir voluntariamente a la consulta y de no manifestar aparentemente su deseo de curación<sup>1</sup>; debido a que llega a través de los padres, adultos cercanos, la escuela y/o la comunidad, en su mayoría por motivos de carácter emocional, comportamental y de dificultades en sus relaciones sociales que excluyen al niño de los patrones culturales que asimilan lo que es o no “normal”, da lugar a que en numerosas ocasiones los tutores y hasta algunos especialistas “ignoren” al niño. Por lo que alertamos en el hecho de tener cuenta al niño y sus sistemas de interacciones, de ahí que la metodología diagnóstica de evaluación, que es peculiar en esta etapa evolutiva, debe asumir: entrevistas a padres o tutores y al niño, observación libre del juego (los niños expresan a través del juego sus experiencias dolorosas, es una forma de comunicar lo que siente de modo más efectivo que a través del lenguaje verbal<sup>2</sup>).

En el diagnóstico nosológico y personalógico no solo es preciso conocer los factores psicopatógenos del medio, sino los factores y contextos resilientes o protectores del niño, así como los factores internos potencialmente psicopatógenos (condiciones del propio niño) que favorecen o no, el desarrollo de una personalidad fuerte y el logro de una estabilidad emocional exitosa para enfrentar las circunstancias ambientales desafiantes; respecto a estas condiciones internas, hay que tener presente la edad, las peculiaridades de la actividad nerviosa superior y las características de la personalidad en formación. Además es necesario comprender que

en relación al síntoma, estos son manifestaciones percibidas “subjetivamente” por otros que valoran “objetivamente” dichos eventos en el sujeto, puesto que hay una construcción socio-cultural y representacional del síntoma que permea incluso a los especialistas. No obstante hacemos un llamado a la importancia de “valorizar” el síntoma, pues no se trata de encuadrar al sujeto en una determinada patología a la cual se asocian dichos síntomas, sino de dar utilidad al diagnóstico (presuntivo y posteriormente nosológico) para desarrollar una labor interventiva acertada<sup>3</sup>.

La familia es el agente socializador primario que mediatiza el contacto y relación entre los sujetos y la sociedad. En dependencia de su nivel de funcionabilidad y las vivencias que promueve en el niño, se desarrollara la personalidad en formación de este, promoviéndose en algunos casos una personalidad sana y en otros, desafortunadamente dando lugar a trastornos emocionales en el niño<sup>4</sup>. Mas lo anterior no hiperboliza las influencias del rol familiar, sino que comprende el papel de la familia, que la mayoría de las veces constituye la más importante red de apoyo social para favorecer el desarrollo y/o para afrontar los síntomas y trastornos que sin dudas están en la propia dinámica interrelacional del niño con sus agentes socializadores, dinámica que a su vez está determinada histórico culturalmente y que pasa por el prisma de la individualidad, y en el caso de los infantes, por su personalidad en formación. En consecuencia la relación educativa, formativa y afectiva que establecen los padres y demás familiares, en su vínculo con el menor (estilos educativos), pueden constituirse en factores resilientes que pueden encausar las desviaciones en el desarrollo (término más optimista que “trastorno psicopatológico”) o en uno de los factores predisponentes, de riesgo<sup>5</sup> o acontecimientos potencialmente psicopatógenos<sup>1</sup> que pueden favorecer la aparición de desajustes en los niños.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriormente expuestos, se enfatiza en la necesidad urgente de reconocimiento de tres peculiaridades de la Psicopatología Infantil, requisitos indispensables de conocimiento de todo aquel que incursione permanentemente en esta especialidad. Primeramente la expresión sintomática asociada a etapas evolutivas, donde se particulariza en elementos propios de cada estadio del desarrollo y se vinculan con determinadas expresiones psicopatológicas dentro de los diversos trastornos (vinculación que por demás posee un componente esencial de relación para la identificación y posible conducta a seguir en numerosas psicopatologías); la zona de fijación del trastorno, que

permite establecer una necesaria diferenciación para poder intervenir de manera más sólida, además de precisar un diagnóstico nosológico lo más cercano a la realidad del paciente; y por último, la influencia del factor psicopatológico del medio, lo cual precisa zona de conflictos, características de la misma, análisis e interpretación de los factores generadores del trastorno y posibles estrategias de intervención por parte del especialista, el cual, a juicio de los autores del presente estudio, en un nivel primario o comunitario de atención, debe estar integrado a un equipo multidisciplinario de salud mental a fin de obtener resultados lo más veraces posibles, para lograr un conocimiento de el/los acontecimiento/os psicopatológicos que sobrepasan los recursos del niño a los cuales el mismo no puede dar una respuesta adecuada a la situación, provocando desajustes en él.

Dar crédito a las peculiaridades y particularidades de la Psicopatología Infantil resulta válido para la conexión sinérgica de los elementos prácticos y teóricos, además de los ajustes y/o modificaciones que en ambas direcciones se pueden efectuar, valorando en su justa medida la ganancia que se debe obtener de este fenómeno: el sujeto en el proceso de salud-enfermedad.

Para algunos autores los trastornos de adaptación constituyen “trastornos situacionales” o ansiedad situacional no patológica, y refieren que son aquellas alteraciones emocionales, en la conducta, rendimiento del paciente u otros aspectos que evidentemente están relacionados con un problema, situación, conflicto o estrés que haya experimentado un individuo que hasta entonces pudiera considerarse normal. Se trata de la aparición de síntomas de intensidad variable, dependientes de la esfera emocional o conductual, o de ambas, en un niño o adolescente con desarrollo psíquico previo normal, que guardan relación temporal con la influencia de un agente del medio potencialmente psicotraumatizante<sup>6</sup>.

A pesar del enfoque reduccionista que ha prevalecido desde las ciencias médicas y otras afines, al desarrollar conceptos clínicos estandarizados como las definiciones diagnósticas plasmadas en el DSM-IV, que son insuficientes y no consideran la importancia y relación del funcionamiento psicológico y el comportamiento social en las interacciones humanas<sup>7</sup>, continúa haciéndose uso del mismo, aún cuando se impone una redefinición al respecto.

Los trastornos adaptativos han aparecido definidos como la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable dentro de los tres meses de producido. Esta respuesta es mayor de lo esperable y produce un deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica). Según el manual la alteración no cumple los criterios para otro trastorno ni constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente, tampoco los síntomas responden a una reacción de duelo y una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses<sup>8</sup>.

El manual diagnóstico CIE 10, se refiere a los "Trastornos de adaptación", afirmando que se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.

Consideramos que el trastorno de adaptación es una reacción emocional y/o de la conducta ante una situación estresante identificable (acontecimiento vital que se constituye como agente estresor y/o etiopatogenia) o un cambio de vida al cual el sujeto no se ha adaptado correctamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante esa situación o cambio, desbordando los recursos del sujeto para afrontar dicha situación. Sus síntomas se inician de manera característica dentro de los 3 meses posteriores a la identificación del factor estresante y duran hasta 6 meses, en ocasiones pueden tener una duración mayor, hasta un año o dos.

Dicho acontecimiento o agente estresor generalmente ocurre asociado a un contexto específico, mas el malestar (emocional y comportamental) puede manifestarse en varios contextos; hay salud mental anterior y generalmente no compromete el futuro del sujeto.

En el caso de niños o adolescentes, este acontecimiento puede ser una mudanza, el divorcio o la separación de los padres, la pérdida de una mascota o el nacimiento de un hermano, por mencionar algunos, también pueden ser problemas en la escuela, conflictos familiares o asuntos sexuales, la muerte de un ser querido, cambios generales en la vida o catástrofes inesperadas. Los adultos generalmente desarrollan trastornos de adaptación relacionados con estresantes tales como problemas matrimoniales o financieros.

El trastorno de adaptación es uno de los que más se presenta, sin embargo no existe forma de predecir qué tipo de personas desarrollen probablemente dicho trastorno, dado el mismo factor estresante. La susceptibilidad al estrés de una persona dada puede estar influenciada por factores tales como: habilidades sociales, inteligencia, flexibilidad, factores genéticos y estrategias para salir adelante.

Afectan por igual tanto a varones como a mujeres. Si bien los trastornos de adaptación se presentan en todas las culturas, los factores estresantes y los valores señalados a través de los que se manifiestan varían según la cultura.

Pueden producirse a cualquier edad; sin embargo, se cree que sus características difieren en los niños y los adolescentes respecto de los adultos. Las diferencias se manifiestan en la naturaleza de los síntomas, en su gravedad y duración y en los resultados. Los síntomas en los niños por lo general se manifiestan más en la conducta, mientras que los adultos presentan más síntomas ansiosos y/o depresivos.

En todos los trastornos de adaptación, la reacción ante el factor estresante parece ser una intensificación de la reacción normal o una reacción que interfiere significativamente en el transcurso normal de las actividades sociales, educativas o las ocupaciones.

La expresión sintomática es de variable intensidad, pero a veces se compone nada más de síntomas regresivos (conductas propias de una etapa del desarrollo ya superadas). Las formas conductuales que se asumen son: hostilidad, desafío, agresividad, promiscuidad, abuso de drogas legales o ilegales y actos antisociales, son más frecuentes en los adolescentes. Los síntomas se pueden tener diversas manifestaciones en dependencia de los subtipos del TA basados en la clase de síntomas predominantes; en el trastorno de adaptación con depresión: depresión, tendencia al llanto, sentimientos de desesperanza; en el trastorno de adaptación con ansiedad: nerviosismo, preocupación, inquietud, temor a separarse de personas importantes en su vida; en el trastorno de adaptación con ansiedad y depresión: es una combinación de los síntomas de los subtipos anteriores (depresión y ansiedad); en el trastorno de adaptación con alteración de la conducta: violación de los derechos de los demás, violación de las normas y reglas sociales (no asistir a la escuela, destrucción de la propiedad, manejar sin precaución, peleas); en el trastorno de adaptación con alteración de las

emociones y la conducta: es una combinación de los síntomas de todos los subtipos anteriores (depresión, ansiedad y conducta); en el trastorno de adaptación no específico: constituyen reacciones ante situaciones estresantes que no pueden clasificarse en ninguno de los subtipos descritos anteriormente. Puede tratarse de conductas tales como aislamiento social o inhibiciones ante actividades normales (por ejemplo, la escuela o el trabajo).

El diagnóstico debe evaluar cuidadosamente las relaciones entre la forma, el contenido (es de vital importancia pues a diferencia de la manifestación del síntoma que es igual en todos los trastornos, expresa la cualidad del mismo, o sea, su origen, causa, su valor funcional, o sea, para que sirve el síntoma) y la gravedad de los síntomas; los antecedentes y la personalidad; el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica. La presencia de éste último factor (estresor) debe ser evidente o al menos existir la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin su presencia.

Los principales objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas y ayudar al sujeto a retornar al nivel de desempeño que presentaba antes del hecho estresante. La mayoría de los profesionales en salud mental recomiendan para este trastorno una forma de tratamiento psicosocial, que incluye psicoterapia individual, terapia familiar y del comportamiento y la vinculación a grupos de autoayuda. Cuando se administran medicamentos para tratar este trastorno, por lo general, son complementarios de otras formas de tratamiento.

Hasta el momento, no se conocen medidas preventivas que permitan reducir la incidencia de los trastornos de adaptación en los niños. Sin embargo, la detección e intervención tempranas pueden reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y el desarrollo normal del niño y mejorar la calidad de vida de los niños o adolescentes con trastornos de adaptación.

Por último es importante diferenciar el trastorno de adaptación con otros trastornos como: el trastorno de ansiedad a nivel neurótico, ya que este solo se presenta en adultos, y en él la ansiedad se generaliza a todos los contextos y sobrepasa el año e incluso los dos años; con el trastorno disocial, pues en este el niño y/o adolescente puede presentar manifestaciones comportamentales como violación de normas, conductas desafiantes etc.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio de caso tuvo como objetivo realizar un psicodiagnóstico a un niño de edad escolar que es llevado a consulta por su padre, por presentar intranquilidad

### PRESENTACIÓN DEL CASO

ARP es un escolar de 10 años, sexo masculino, de procedencia urbana y que actualmente cursa el cuarto grado. Su madre falleció y seguido este evento, en el transcurso de un mes, se iniciaron algunos síntomas en el escolar. Tiene dos hermanos (de 4 años cada uno), uno por la parte de su padre y otro por la parte de su madre. Antes de ocurrir la muerte de su madre vivía con ella, con su abuela materna y con su hermano, sin embargo, tras la muerte de esta, su padre de 40 años de edad y de profesión militar, lo lleva a convivir con él. En el momento en que es llevado a consulta por su padre y en que se le realiza el estudio de caso, han transcurrido cinco meses de la ocurrencia del agente estresor referido a la pérdida materna.

**Metodología aplicada:** Se parte de una concepción metodológica cualitativa considerando que el diseño cualitativo es más que un conjunto de técnicas para recoger datos, es un modo de encarar el mundo empírico. Se centra en peculiaridades de los sujetos más que en el logro de leyes naturales. Dicha metodología supera el reduccionismo de la aplicación de test, propia de la metodología positivista, la cual obvia el carácter contextualizador, personológico y holístico que debe prevalecer, permitiendo el análisis de un psicodiagnóstico integrador que considera todos los factores que componen la situación social de desarrollo del sujeto (SSD). Las técnicas utilizadas permitieron la recogida y procesamiento de la información, tanto por vía directa (con el propio niño), como por vía indirecta (padres, maestra, etc.). Se aplicaron solamente las que se consideraron necesarias y congruentes de acuerdo a los objetivos que se perseguían y al logro de los mismos, al mismo tiempo se procedía a la calificación de las mismas lo cual permitió la secuencia lógica en la investigación y el establecimiento de hipótesis. Se

procedió a la elaboración del informe psicológico y determinación de la conducta a seguir.

### Técnicas aplicadas

Revisión de documentos: Análisis psicológico de la historia clínica. Ver Anexo 1.

Objetivo: Lograr una familiarización con el caso.

### Entrevista semiestructurada

Dirigida: al padre.

Objetivo: Obtener información general sobre el contexto familiar en que se desarrolla el niño. Corroborar y ampliar la información obtenida en la revisión de la historia clínica.

Procedimiento: se realiza una entrevista semiestructurada teniendo en cuenta los indicadores establecidos. Ver Anexo 2

Calificación: Se realiza un análisis cualitativo teniendo en cuenta los indicadores y objetivos propuestos.

### Entrevista semiestructurada

Dirigida: a la maestra.

Objetivo: Obtener información respecto al funcionamiento de ARP en el contexto escolar.

Procedimiento: La entrevista se realiza teniendo en cuenta los indicadores establecidos. Ver Anexo 3.

Forma de Calificación: se califica de manera cualitativa, mediante el análisis de contenido.

### Entrevista semiestructurada

Dirigida: al sujeto.

Objetivos: Establecer una adecuada empatía con el niño. Explorar el área familiar y su dinámica. Explorar área escolar.

Procedimiento: Se toman los indicadores propuestos para cumplimentar los objetivos. Ver Anexo 4.

Forma de Calificación: se califica cualitativamente, teniendo en cuenta los objetivos generales de la entrevista.

### **Observación Participante**

Lugar: aula del escolar

Objetivo: Observar las interacciones del escolar ARP con el resto del grupo y con la maestra, de manera general la conducta mantenida en el aula por el escolar.

Procedimiento: Se toman los indicadores establecidos para cumplimentar los objetivos.

Forma de calificación: Las observaciones realizadas fueron interpretadas cualitativamente.

### **Dibujo de la Familia**

Objetivo: Explorar las vivencias y relaciones afectivas que ha establecido el niño con su padre y otros miembros de la familia.

Procedimiento: se le pide al niño que se dibuje con su familia realizando una actividad.

Forma de calificación: El análisis cualitativo de los resultados obtenidos en este Test. Puede realizarse en función de los parámetros establecidos para la técnica.

### **Historietas de Madelaine Thomas**

Objetivo: Profundizar en las áreas de conflicto del niño.

Procedimiento: se le lee al niño un fragmento de cada historieta, pidiéndole que cree el final de esta, a partir de preguntas sugeridas.

Forma de calificación: Se realiza un análisis cualitativo teniendo en cuenta los indicadores siguientes: conflictos familiares, limitaciones, carencia de afecto, temores nocturnos, anorexia, ansiedad de ideas de fuga, identificación con

los padres, celos entre hermanos, ansiedad de separación, sentimientos de soledad, evasivas, independencia materna, influencia a temores.

### **Cinco Deseos**

Objetivo: Conocer el contenido de los principales motivos actuales del sujeto, así como el vínculo afectivo asociado a ellos.

Descripción: se selecciona una flor de 5 pétalos o se dibuja en una hoja. En cada pétalo el sujeto debe escribir un deseo según el refiere. Tener en cuenta por cual pétalo comienza el sujeto y a partir de aquí señalar el orden de los deseos.

Procedimiento: imagina que esta es una flor mágica a la cual podrías pedir 5 deseos. Escribe en cada pétalo el deseo que quieras.

Procesamiento: análisis de contenido. Esfera hacia las que se orientan los motivos: familiar, estudio, profesión, trabajo, política, relaciones interpersonales, cualidades morales, recreación, posesión de bienes materiales. Se precisa la frecuencia de aparición de cada contenido.

Vínculo afectivo: expresa el compromiso emocional del sujeto con los contenidos que refiere. Índice de estos son las manifestaciones de acercamiento, preferencia, gusto, rechazo, amor u odio hacia un determinado contenido.

Forma de calificación: Brinda una caracterización general de los contenidos motivacionales más importantes para valorar la jerarquización de los deseos. Por eso es necesario tener en cuenta el orden en que se expresan.

## **RESULTADOS**

### **INFORME PSICOLÓGICO**

**Observación del sujeto:** ARP paulatinamente fue desinhibiéndose. Mantuvo disposición y colaboración. Se mostró atento a todas las tareas, aunque intranquilo, desconcentrado, ansioso, cuando se le orientaba la consigna la ejecutaba generalmente sin dificultades. Iniciaba las actividades rápidamente después de la orientación,

aunque para ello se necesitaba de mucha estimulación. Presentó limpieza y organización en las tareas que realizó.

### Informe

ARP presenta un Trastorno de Adaptación de tipo Ansioso, que tiene como agente estresante la muerte de la madre y que se presenta durante el primer mes de ocurrido el evento vital.

Es necesario aclarar que el contexto familiar anterior en el que vivía el menor, fue el espacio donde se produjo el evento desencadenante de la actual sintomatología, una crisis familiar traumática (muerte de la madre por cáncer). Esta constituye el área de mayor conflicto para el niño, no obstante colateralmente a esto se produjo un cambio de hogar, mas pensamos que no constituye un agente estresor como la muerte de la madre en sí y que incluso dadas las características del nuevo hogar este se constituye como un contexto compensatorio de resiliencia para ARP.

Dicho trastorno se ha manifestado en ARP acompañado de trastornos del sueño, síntomas motores de intranquilidad, poca concentración de la atención a clases, agresividad con sus compañeros, conductas regresivas como querer dormir con el padre y sobre todo el núcleo central del trastorno es la ansiedad, aquí podemos apreciar lo referido en la literatura sobre las manifestaciones emocionales y/o comportamentales que algunos autores refieren sobre el trastorno de adaptación 6. Se han afectado dos esferas: la familiar donde experimenta conflictos emocionales internos vinculados a la ausencia de la madre y al cambio de hogar; y la escolar, donde la afectación fundamental no radica en dificultades en los procesos cognitivos o en el aprendizaje de manera general, sino en el deterioro de las relaciones interpersonales dentro del grupo, donde lo rechazan medianamente por sus conductas agresivas.

El sujeto ARP es un niño que cursa el cuarto grado y en su situación social de desarrollo (SSD) el ambiente familiar y escolar constituyen factores y contextos resilientes o de compensación ante el conflicto de la pérdida materna.

La escuela constituye una SSD potenciadora del aprendizaje y buenas relaciones entre los

escolares y los provee de condiciones favorables de actividad y comunicación<sup>9</sup>. En el caso estudiado se evidencia el profesionalismo de la maestra que estimula constantemente su aprendizaje de manera individualizada y promueve la enseñanza y la educación para la vida, potenciando a su vez la situación educativa del grupo. ARP presenta una relación afectiva positiva con su maestra, basada en el respeto y admiración; no así con sus compañeros, con los cuales ha tenido problemas debido a su conducta agresiva, surgida a raíz de la muerte de la madre, pues anteriormente no era así. Es un escolar que sobresale precisamente por su sobreintranquilidad (debido a las manifestaciones emocionales que ha tenido, principalmente de tipo ansioso), su desconcentración y por sus conductas agresivas durante el juego. Presenta una pobre red de relaciones sociales, manifestadas por la no aceptación de algunos del grupo, que manifiestan no querer jugar con él debido a la agresividad con que se muestra. Es percibido por la maestra como un escolar muy intranquilo, desconcentrado, distráctil, que a pesar de presentar un coeficiente intelectual normal promedio, necesita de constante estimulación para que realice correctamente algún ejercicio, por lo que puede llegar a presentar dificultades en el aprendizaje si continúa con estos problemas atencionales y no se le estimula con más precisión.

Su hogar actual muestra un ambiente organizado y armónico. Existen buenas relaciones hogar-escuela. Se aprecia una dinámica familiar funcional sustentada en buenas relaciones afectivas entre los miembros, distribución adecuada de roles y jerarquías, límites claros, distribución de tareas domésticas y empleo del tiempo. La familia estimula y potencia conductas favorables hacia el estudio y a la formación de valores entre los hermanos, cuidando que no surjan rivalidades entre ellos. Pertenece a una familia nuclear completa reconstituida a raíz de la muerte de su mamá, donde la madrastra asume el rol de madre.

Inicialmente a modo de impresión diagnóstica, pensamos que se trataba de una reacción de duelo, básicamente tomando como referencia única el evento estresor, sin embargo, considerando la sintomatología presente, el tiempo de evolución, la gravedad, el contenido, la forma, la situación o crisis biográfica y la SSD, asumimos como diagnóstico presuntivo y posteriormente clínico,

que ARP presenta un trastorno de adaptación de tipo ansioso.

**Diagnóstico dinámico:** ARP, sin antecedentes patológicos personales o familiares, con un ambiente familiar donde prima un estilo educativo adecuado, que a raíz de la muerte de la madre comenzó a estructurar un cuadro sintomatológico donde prima la ansiedad, y en menor medida síntomas agresivos y depresivos.

**Nivel de funcionamiento:** no se puede decir que está funcionando a nivel neurótico, aún cuando presenta la referida sintomatología, hay salud mental anterior.

**Diagnóstico Clínico:** El cuadro clínico se caracteriza por síntomas motores de intranquilidad, trastornos del sueño, poca concentración de la atención a clases, agresividad con sus compañeros, conductas regresivas como querer dormir con el padre y sobre todo el núcleo central del trastorno es la ansiedad. Se afectan 2 esferas: la familiar donde experimenta conflictos vinculados a la ausencia de la madre y al cambio de hogar; y la escolar, donde la afectación fundamental no radica en dificultades en los procesos cognitivos o en el aprendizaje, sino en el deterioro de las relaciones interpersonales dentro del grupo, donde lo rechazan por sus conductas agresivas.

**Síndrome:** Afectivo ansioso.

**Diagnóstico Nosológico:** Trastorno de Adaptación de tipo Ansioso. (F43:2)

**Diagnostico diferencial:**

- Duelo: es el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva<sup>10, 11</sup>; está relacionado con un evento de pérdida de la estabilidad previa al que le sigue un estado de desorganización y readaptación, su resolución inadecuada conlleva a procesos patológicos<sup>12</sup>. Por otro lado autores refieren que se produce ante pérdidas físicas o tangibles como ante pérdidas simbólicas o psicosociales y que entre las manifestaciones comportamentales y emocionales que experimenta el sujeto destacan el aturdimiento y perplejidad, autorreproches, rabia, culpa, negación, sensación de presencia del fallecido, fenómenos de identificación,

ansiedad<sup>13</sup>. No es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica; mientras que por otra parte si en la reacción de duelo se presentan síntomas que responden a un episodio de depresión mayor deberá diagnosticarse el trastorno depresivo mayor si los síntomas persisten dos meses después de la pérdida<sup>14</sup>, mientras que la CIE 10 clasifica dentro de los trastornos adaptativos sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones (forma) o contenidos<sup>15</sup>, así como por exceder los seis meses. En el caso de los niños la duración de un período de duelo normal puede variar y depende particularmente del apoyo que recibe, transcurre como un proceso similar al de los adultos, sobre todo cuando el niño es capaz de entender la irreversibilidad de la muerte; y por otro lado no solo la duración, sino la intensidad, sobre todo en sus fases más agudas (que puede durar desde 1 mes a dos meses), depende de si la muerte se ha producido de manera más o menos inesperada, de ahí que autores refieran el “duelo anticipado”<sup>16</sup> que es el referido a cuando la muerte se espera desde hace mucho tiempo (en el caso de enfermedades crónicas y de estados prolongados de gravedad) y gran parte del proceso de duelo ya se ha realizado cuando se produce la muerte, debido a que es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida<sup>17</sup>. Los niños que experimentan el duelo por la pérdida de un ser querido cercano como el padre o la madre, tienen necesidad de encontrar un sustituto y suelen transferir esa necesidad a varios adultos, en lugar de a uno solo. En la fase de ruptura del vínculo empieza a renunciar a parte del vínculo emocional con el fallecido y a mostrar un cierto interés por el mundo que le rodea. En este caso en particular pudiera confundirse con el duelo si tomamos en consideración el criterio temporal, sin embargo, teniendo en cuenta que hay antecedentes de salud mental, que el niño tiene redes de apoyo potenciales, que tuvo una etapa de preparación psicológica previa a la muerte de la madre por parte de los familiares (duelo anticipado) así como que reconoce que su madre ya no está (pues solo tuvo un período breve de reclamos por la madre como se refiere en la Anamnesis y en la entrevista al padre), y que la sintomatología que presenta (en relación a su contenido y forma)

va más allá de una reacción de duelo normal, consideramos que se trata de un trastorno de adaptación (independientemente de que no han transcurrido más de seis meses), teniendo en cuenta criterios del CIE-10, donde encuadra el duelo patológico en el trastorno de adaptación<sup>13,15</sup>; mientras que por otro lado se ha producido un cambio de hogar posterior y seguidamente a la muerte de la figura materna, que aún cuando este ofrece un contexto resiliente, representa un nuevo evento estresor por los cambios que implica para el niño. Una vez más aludimos a la importancia de un diagnóstico integrador y contextualizado, donde se valore al síntoma<sup>3</sup>.

- Trastorno de ansiedad de separación. Puede valorarse dado que ARP quiere que su padre duerma con él, mas esto no ocurre todo el tiempo y menos aún asociado a miedos que no se corresponden con la etapa evolutiva.
- Depresión: La distimia como síndrome debe tener dos años de evolución. Además los síntomas depresivos presentados por el sujeto en estos momentos no tienen predominio sobre los síntomas ansiosos.
- Trastorno de estrés post-traumático: Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Este trastorno se puede iniciar hasta seis meses después de iniciado el evento y durar más tiempo que el de estrés agudo, aún no se puede diagnosticar esto en ARP pues no ha rebasado los seis meses que deben contemplarse dado el cese del evento estresor y sus consecuencias.
- Trastorno agudo por estrés: Este trastorno cuenta como criterios diagnósticos con un comienzo en el período de un mes después del evento y la duración de un mes, y también que el evento está dado por un estresor vital<sup>19</sup>. En el caso estudiado el comienzo del cuadro se inicia durante el primer mes después de iniciado el evento, pero los síntomas no se instauran agudamente y por otra parte, han perdurado más de un mes.
- Fobia escolar: La fobia escolar se caracteriza por la aparición de los síntomas asociados exclusivamente al contexto escolar. En el caso, el malestar psíquico aparece en más de un área, lo cual es propio del trastorno de adaptación.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Este tipo de trastorno se considera la alteración neurocomportamental más común de la niñez y se caracteriza por un déficit de atención<sup>20</sup>, presencia de impulsividad, hiperactividad, auto y heteroagresividad<sup>21</sup>. Generalmente es de comienzo antes de los cinco años, máximo siete. Aunque en el caso estudiado hay presencia de síntomas de intranquilidad que podrían confundirse con hiperactividad, además de la presencia dificultades para concentrar la atención, descartamos este trastorno a partir de uno de sus criterios diagnósticos referido a la edad de aparición: el sujeto debuta con la sintomatología a los 10 años.
- Trastorno disocial: se caracteriza por conductas agresivas y desafiantes, así como violación de normas; y autores plantean que es más severo mientras menor es la edad de inicio y con muchas probabilidades de manifestarse como un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta del sujeto<sup>22, 23</sup>. Puede confundir con un trastorno disocial por la agresividad en las relaciones con los coetáneos durante el juego esencialmente, el diagnóstico de este trastorno implica perdurabilidad en el tiempo de los síntomas, o sea que los actos disociales deben reiterarse y también manifestarse en varios contextos.

#### **Pronóstico:**

Favorable, teniéndose en cuenta la forma y el contenido de los síntomas, así como que hay salud mental anterior, por otro lado, los antecedentes y la personalidad en formación del sujeto, los factores protectores con que cuenta, tanto internos como externos, donde en estos últimos que conforman su SSD, la escuela (relación maestra-alumno) y la familia, son contextos resilientes. Con un manejo psicológico adecuado y la implicación de todos los agentes socializadores en sus diferentes contextos de actuación se logrará atenuar o desaparecer completamente la sintomatología.

### Conducta a seguir:

Se debe trabajar en el adecuado afrontamiento de la situación estresora por parte de ARP, contando con sus redes de apoyo, para que logre adaptarse al medio con las nuevas condiciones.

Se deben implementar psicoterapias o planes terapéuticos breves desde una perspectiva biopsicosocial y teniendo en cuenta la SSD de ARP.

- Tratamiento con psicofármacos: con el objetivo de atenuar la sintomatología ansiosa.
- Psicoterapia individual encaminada a eliminar síntomas, vivencias patológicas y contribuir a la formación y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento a los conflictos.
- Psicoterapia familiar.
- Orientación familiar en el orden de manejar adecuadamente el conflicto de ARP relacionado con la ausencia de la figura materna y la sintomatología presentada.
- Orientación a la maestra en aras de fortalecer sus relaciones interpersonales y evitar dificultades en su aprendizaje.

### DISCUSIÓN

La metodología empleada resultó válida y suficiente los objetivos propuestos en el estudio de caso realizado.

El sujeto presenta un trastorno de adaptación de tipo ansioso, con un predominio de síntomas emocionales y comportamentales que responden a intranquilidad, trastornos del sueño, poca concentración de la atención, agresividad con sus iguales, conductas regresivas, etc. Sin embargo, el pronóstico es alentador teniendo en cuenta sus factores protectores (edad, salud mental anterior y personalidad en formación) y contextos resilientes (familiar y escolar).

Las dos esferas que más se afectan son la escolar y la familiar, siendo las más significativas para el niño. En la primera experimenta ansiedad vinculada a la ausencia de la madre y el cambio de hogar; en la segunda la afectación fundamental radica en el deterioro de las relaciones interpersonales dentro del grupo, debido a sus conductas

agresivas. Sin embargo ambos contextos muestran potencialidades resilientes que favorecen la SSD del infante.

En este caso en particular es necesario diferenciar el trastorno de adaptación con una reacción de duelo normal, entre otros.

La conducta a seguir en este caso debe orientarse a la atenuación de la sintomatología ansiosa para continuar con la psicoterapia individual. También debe realizarse una orientación precisa a las áreas familiar y escolar.

### RECOMENDACIONES

Recomendaciones específicas dirigidas a la escuela:

- Realizar clases motivantes con el fin de lograr una concentración de la atención del niño durante el tiempo de clases, utilizando para ello recursos que le sean significativos. (Ej. Caballo, juego de dominó, dictados competitivos.)
- Mantener un seguimiento al niño durante la clase para detectar la distractibilidad y lograr reinsertarlo.
- Darle tareas al niño dentro del grupo para lograr una mayor implicación por parte del niño.
- Utilizar estrategias para potenciar los procesos cognitivos, fundamentalmente los procesos de pensamiento (pensamiento abstracto) y memoria (memoria lógica).
- Recomendaciones específicas dirigidas a la familia:
- Prestar toda la atención requerida al niño en aras de satisfacer las necesidades afectivas que pueden estar latentes y de no infundar celos o rivalidades entre hermanos.
- Seguir de cerca el proceso de aprendizaje en el niño, en función de lograr una mayor estimulación a clases.
- Consultar al Psicólogo ante cualquier duda referida a conductas a seguir con el niño.
- Recomendaciones específicas dirigidas a la relación hogar- escuela:
- Elaborar estrategias en conjunto para solucionar las dificultades atencionales en el niño y evitar problemas en el aprendizaje.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García A. Psicopatología infantil su evaluación y diagnóstico. La Habana. Editorial Félix Varela; 2003.
2. Los Hijos de Hoy. Memorias del I Congreso de psicoterapia psicoanalítica de niños y adolescentes. Lima: Editoras Rosa Morón, Roxana Sánchez, Gladis Lui; 2003.
3. Lorenzo A. ¿Dónde esta el síntoma en la atención psicológica infanto juvenil? Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana 2004; 1 (2-3). [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/art%ECculo\\_sobre\\_s%ECntoma\\_dr\\_alexis\\_lorenzo\\_en\\_rev\\_electr\\_hph.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/art%ECculo_sobre_s%ECntoma_dr_alexis_lorenzo_en_rev_electr_hph.pdf)
4. Ares P. Psicología de familia: una aproximación a su estudio. La Habana: Félix Varela; 2002.
5. Ugarte RM. Capítulo 5 La familia como factor de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en los adolescentes. Libro Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud; 2001: 131-171 <http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/1735/1/BVCI0001188.pdf>
6. Rodríguez O. Salud mental infanto-juvenil .La Habana: Ciencias Médicas; 2006: 173.
7. Domínguez B. La búsqueda de una teoría útil sobre el funcionamiento emocional humano en problemas de dolor crónico e hipertensión. Psicología y Salud 2007; 17 (1): 149-159.
8. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición (DSM-IV). American Psychiatry Press, Washington DC; 1994.
9. Colectivo de autores. Psicología del desarrollo del escolar. Selección de lecturas, tomo 2. La Habana. Editorial Félix Varela; 2003.
10. Tizón J. El duelo y las experiencias de pérdida. En: Vázquez Barquero, J. L. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Grupo Aula Médica, S. A. Madrid; 1998: 519-540.
11. Kaplan H, Sadock B. Duelo, luto y el sentimiento de pérdida. En: Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría; Ciencias de la Conducta - Psiquiatría Clínica. Ed. Médica Panamericana S.A. 8a edición. Madrid; 1999: 78-83.
12. Rodríguez AC, Ruiz RY, Restrepo M. Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el Hospital de la Misericordia 2004; 13: 90-101.
13. Raya B. Caso clínico: El duelo. Norte de Salud Mental 2003; 17: 74-81 [http://www.ome-aen.org/norte/17/NORTE%2017\\_150\\_74-81.pdf](http://www.ome-aen.org/norte/17/NORTE%2017_150_74-81.pdf)
14. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Ed. Masson, Barcelona; 2002.
15. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento. Ed. Menitor, Madrid; 1992.
16. Gálvez-González M. El duelo anticipado en la familia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos, presentación de un caso clínico. Revista Electronica Internacional de Cuidados 2008; 8 (1): 25-33. <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2008vol8num1/4duelo81.pdf>
17. Block SD. Grief and Bereavement. Walthman (MA). <http://www.uptodate.com/>
18. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2002; 40 (2): 20-34. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600003&script=sci_arttext)
19. Carvajal C, Carbonell CG. Trastorno agudo por estrés: clínica y evolución. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2002; 40: 195-200, [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000300002&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000300002&script=sci_arttext&tlng=e)
20. Zuliani LA, Uribe M, Cardona JC, Cornejo JW. Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones con déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento en Medellín, Antioquia, Colombia 2004-2005. Iatreia 2008; 21 (4): 364-374.
21. Holguín J, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Cornejo JW. Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001. Iatreia 2007; 20 (2): 101-110.
22. Lahey BB, Loeber R, Quay H. Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37:435-442.
23. de la Peña-Olvera F. Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. Salud Pública de México 2003; 45 (1): 124-131. [http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1\\_16.pdf](http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_16.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1: REVISIÓN DE LA ANAMNESIS

**MC:** Síntomas de intranquilidad, nerviosismo, agresividad en ocasiones con sus compañeros, ansiedad excesiva.

**H.E.A:** Paciente ARP, de 10 años de edad, de procedencia urbana, el cual tiene antecedentes de salud anterior, que debutó a partir de la muerte de la madre y en los primeros días con reclamos excesivos de esta, y que actualmente desde hace cinco meses aproximadamente, presenta manifestaciones de ansiedad, agresividad, llanto, en el entorno familiar y escolar, anteriormente a este evento, convivía en el hogar de su madre (con su abuela materna y hermano), luego de la muerte de la madre fue a convivir con su padre, hermana y madrastra, por lo que coexistieron dos eventos estresantes. Ante la presencia de estas manifestaciones clínicas el padre acude a nosotros para su posible estudio e intervención.

**A.P.P:** no presenta.

**A.P.F:** madre fallecida con cáncer.

**A.E.P:** Paciente que nació de parto natural con lactancia materna hasta los 9 meses. En su infancia temprana tuvo un desarrollo psicomotor normal, comenzó a caminar a los 10 meses, no presento dificultades en el lenguaje, presentó la adquisición del validismo, de manera normal, no presencia de enfermedad, y una adaptación coherente a las vías no formales, antes de entrar a la escuela. Había mantenido relaciones positivas con sus coetáneos y familiares, sin dificultades para la integración y participación en los grupos de amigos, formales e informales.

**Características de personalidad en formación:** El paciente presenta una estructuración de sus motivos e intereses que señalan fundamentalmente a la actividad lúdica, en la que siente gran placer, y forma parte de las características de la edad, además existen inclinaciones hacia el área escolar y el bienestar de la familia. Posee una estructuración del campo de acción adecuada para su edad, pues las principales manifestaciones de su conducta están estrechamente relacionadas con sus principales motivos e intereses y se mueve en función de los mismos, en el plano volitivo presenta algunas dificultades para plantearse planes y objetivos concretos debido al conflicto familiar que esta atravesando,

se encuentra inmerso en una situación de cambio y reestructuración familiar. Enuncia un temperamento sanguíneo, por su participación activa en las tareas, la comunicación e integración a los grupos de coetáneos, el adecuado funcionamiento escolar, disposición para las actividades, se manifiesta ahora susceptible, triste, ansioso, producto de la muerte de la madre, pero con manejo adecuado no deben afectar el curso de las características de su personalidad en formación. Por tanto, en cuanto a la actividad nerviosa superior hay una predominancia a ser HABIL (central equilibrado), pues es un niño activo con buena capacidad de trabajo enérgico y alegre, con buen ritmo del desarrollo neuropsíquico, se mantiene atento y concentrado en los juegos y estudios, y posee buena asimilación de la conducta impartida.

**H.E:** Por su presencia en las Vías no Formales, se insertó positivamente a la escuela con un adecuado funcionamiento en grupo y en las relaciones con los compañeros, sus resultados siempre han sido promedios, evaluado de B, generalmente, posee una buena disciplina, se interesa por cumplir sus deberes como pionero y funciona con disposición en las actividades orientadas por la escuela, posee una correcta caligrafía, y dominio de las asignaturas que ha recibido, le gusta la matemática y obtiene resultados satisfactorios en la misma. En el ámbito escolar siempre se ha comportado disciplinadamente, manteniendo positivas relaciones interpersonales con sus compañeros, de aceptación al grupo, y respeto por la maestra, aunque actualmente estas interacciones se han visto un poco afectadas por la muerte de la madre que ha influido y modificado algunos elementos de la conducta del niño, que ahora se presenta ansioso, triste, agresivo con sus compañeros.

**H.F:** Paciente que posee una familia extensa, reconstituida a raíz de la muerte de la madre, convive con su papá, su hermanita y su madrastra. Poseen un nivel de solvencia económica promedio, las condiciones de la vivienda son favorables: casa de mampostería, techo de tejas, baño interior, dos habitaciones y muy arreglada. Las necesidades de alimentación, juego, vestimenta, y recreación están cubiertas. Actualmente la familia esta pasando por una crisis, debido a la conducta del niño ante la muerte de la madre. Existe buena distribución de roles y es un hogar funcional. Se presenta un estilo educativo adecuado

## **ANEXO 2: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA AL PADRE**

### **Indicadores:**

- Salud mental anterior
- Elementos relacionados con la educación del niño y su SSD.
- Contextualización socioeconómica.
- Factores, acontecimientos o agentes estresores y potencialmente psicopatógenos (duración de los mismos).
- Formación de hábitos.
- Validismo.
- Manifestación de la sintomatología (delimitación del estresor desencadenante que la genera y tiempo transcurrido) y peculiaridades de esta.
- Factores predisponentes (edad, temperamento, características de la personalidad en formación)
- Factores y contextos resilientes (apoyo social y agentes de socialización)
- Funcionabilidad y dinámica familiar (tipología, hábitos, roles, límites, jerarquías, relaciones afectivas, etc.)
- Capacidad intelectual

## **ANEXO 3: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LA MAESTRA**

### **Indicadores:**

- Relación Maestra-Alumno ( ARP).
- Relación Sujeto (ARP) Coetáneos del grupo.
- Relación Hogar-Escuela.
- Resultados académicos y capacidad intelectual de (ARP).

## **ANEXO 4: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA AL SUJETO**

### **Indicadores:**

- Relación que establece el niño con familiares (comunicación, relación afectiva, vivencias)
- Familiares con los que se identifica más.
- Familiares con los que convive.
- Motivación por la escuela.
- Relaciones en la escuela con la maestra y con sus coetáneos.

## **ANEXO 5: OBSERVACIÓN PARTICIPANTE AL GRUPO**

### **Indicadores:**

- a) Clima afectivo de la clase
- b) Relaciones de ARP con la maestra.
- c) Relaciones entre ARP y los coetáneos.
- d) Gustos, preferencias y juegos de ARP.
- e) Actitud en clases.
- f) Rendimiento académico.