



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

DESINTEGRACION FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN LA ANSIEDAD DE UN NIÑO
DE 8 AÑOS DEL CANTON VINCES

AUTOR:

GUERRERO MALDONADO JOCELYNE ODALYS

TUTOR:

MSC. ARREAGA QUINDE ANDRES

BABAHOYO – ECUADOR

2022



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



RESUMEN

La familia para el infante es un medio de protección vital en su desarrollo, de igual manera cuando este es un riesgo el infante se ve vulnerado en gran medida predisponiendo la aparición de alguna patología mental, como trastornos de ansiedad, por ende, se planteó como objetivo en el presente estudio de caso determinar de qué manera la desintegración familiar incide en la ansiedad de un niño de 8 años del cantón Vinces, para esto se utilizaron técnicas e instrumentos psicológicos para la recolección de la información las cuales fueron historia clínica, batería psicométrica, la cual estaba constituida por el test Visomotor de Bender para evaluar daño cerebral e indicadores emocionales del niño, test de la familia de Corman y el test de ansiedad STAIC, además de una ficha de observación, gracias a los resultados obtenidos se logra establecer como diagnóstico presuntivo el F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada en la infancia, por ende se vio la necesidad de trabajar de manera terapéutica los hallazgos de negligencia parental, ideas obsesivas, episodios de ansiedad, sentimientos de culpa, bajo rendimiento académico, mediante el enfoque cognitivo conductual con el enfoque cognitivo conductual, con técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, descubrimiento guiado, distracción extrema y análisis de responsabilidad, concluyendo que se logró cumplir con el objetivo planteado ya que se determina que la desintegración familiar provoca comportamientos errados entorno a la relación con el paciente, generándole a este estrés más allá de su capacidad de resistencia provocando aparición del trastorno de ansiedad generalizada en la infancia.

Palabras Claves

Familia, ansiedad, terapia, evaluación, desintegración



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA
ABSTRACT



The family for the infant is a means of vital protection in its development, in the same way when this is a risk the infant is greatly harmed predisposing the appearance of some mental pathology, such as anxiety disorders, therefore, it was raised as The objective in this case study is to determine how family disintegration affects the anxiety of an 8-year-old boy from the Vinces canton, for this psychological techniques and instruments were used to collect information, which were medical history, psychometric battery , which was constituted by the Bender Visual-motor test to evaluate brain damage and emotional indicators of the child, the Corman family test and the STAIC anxiety test, in addition to an observation sheet, thanks to the results obtained it is possible to establish as presumptive diagnosis F93.80 Generalized anxiety disorder in childhood, therefore the need to work therapeutically was seen Uses the findings of parental neglect, obsessive ideas, episodes of anxiety, feelings of guilt, low academic performance, through the cognitive behavioral approach with the cognitive behavioral approach, with psychoeducation techniques, cognitive restructuring, guided discovery, extreme distraction and responsibility analysis. , concluding that the stated objective was achieved since it is determined that family disintegration causes erroneous behaviors around the relationship with the patient, generating this stress beyond its resistance capacity, causing the appearance of generalized anxiety disorder in childhood. .

Keywords

Family, anxiety, therapy, evaluation, disintegration



ÍNDICE

Resumen	I
Palabras Claves.....	I
Abstract.....	II
Keywords.....	II
Introducción.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación	2
Objetivo	3
SUSTENTO TEÓRICO	3
La familia.....	3
La familia como un sistema funcional.....	4
Desintegración familiar	5
Causas de la desintegración familiar	6
Consecuencias de la desintegración familiar.....	7
Ansiedad.....	8
Trastornos de ansiedad	10
F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia.....	10
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	
.....	12
Historia clínica.....	12
Batería psicométrica	12
Ficha de observación de la conducta	13



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



RESULTADOS OBTENIDOS.....	14
Sesiones	14
Situaciones detectadas (Hallazgo)	16
SOLUCIONES PLANTEADAS	19
conclusiones	21
RECOMENDACIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
Anexos	26
Anexo A. Historia Clínica	26
Anexo B. Test Visomotriz de Bender.....	32
Anexo C. Test del dibujo de la familia de Corman	34
Anexo D. Test de ansiedad Staic	35
Anexo E. ficha de observación de la conducta.....	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro Sindromico.....	17
Tabla 2. Plan Terapeutico.....	18



INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se alinea bajo los parámetros de la línea de investigación de: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y en la sublínea de investigación de: Diagnóstico psicopatológico y psicoterapias individuales y/o grupales. Se busca investigar en el presente caso es como la desintegración familiar incide en la aparición de ansiedad patológica en el infante, debido a que existe conflictos en las separaciones conyugales, en el cual se observan confusiones en los roles familiares, contradicciones en las normas y reglas, generando conductas disfuncionales en los miembros del grupo familiar.

La ansiedad si bien es inherente al ser humano, la anormalidad de esta inmoviliza a la persona en su desempeño psicosocial, durante la infancia es la etapa donde el niño conoce y explora el mundo, es por eso por lo que la aparición de síntomas de ansiedad psicopatológica afecta en gran medida a su funcionalidad tanto familiar, escolar y social, la desintegración familiar supone gran vulnerabilidad para el infante, debido a que lo obliga a tomar un rol desadaptativo en el grupo familiar. Lo que puede generar gran tensión en él, así como alta probabilidad que no se desarrollen habilidades de resolución de conflicto ya que el nivel de estrés excede a la capacidad de resiliencia del infante.

El interés de la realización del presente estudio caso surge, de obtener resultados favorables de la intervención a través de la evaluación psicológica y la elaboración de la planificación psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual. La estructura metodológica para la realización del presente caso fue; observación clínica, batería psicométrica, entrevista semi-estructurada, rapport, que permitieron la obtención de los resultados para plantear el análisis concluyente para el desarrollo de la justificación, sustento teórico, técnicas aplicadas para la recolección de la información, resultados obtenidos, conclusiones, bibliografía y los anexos correspondientes.



DESARROLLO

Justificación

El presente estudio da a conocer como la desintegración familiar incide en la ansiedad de un niño de 8 años del Cantón Vinces, así como también las herramientas para intervención tanto desde la evaluación psicológica como el abordaje psicoterapéutico, debido a que se observa el desconocimiento con respecto a las repercusiones que pueden causar las separaciones en los niños, así como la alta incidencia en abuso infantil y crianza negligente en la localidad, por ende es de vital importancia, estudiar la presente problemática ya que su incidencia es alta y es necesario contar con la metodología de intervención específica y factible para la práctica profesional.

Tener en cuenta que el estudio de caso beneficia de manera directa a un niño de 8 años que cursa por una desintegración familiar, por ende, es importante concientizar a la familia sobre la necesidad de crear redes de apoyo basadas en seguridad y que generen armonía en el infante, por este motivo se considera a la familia como una beneficiaria indirecta, de manera indirecta se también beneficia la autora del estudio de caso, ya que a la realización del caso sirve como experiencia para la formación profesional.

El estudio de caso se vuelve trascendental a diferencia a temáticas semejantes, debido a que el diseño del plan terapéutico toma en consideración el contexto ambiental del paciente, es decir la terapia realizada a la medida del paciente, que, si bien se toma en consideración bibliografía sobre modelos de intervención, el presente caso plantea la adherencia a la técnica tomando en consideración las necesidades del infante, las demandas de los padres y el contexto cultural. La realización del estudio de caso fue factible gracias a la disposición mostrada por el paciente y los familiares de este.



Objetivo

Determinar de qué manera la desintegración familiar incide en la ansiedad de un niño de 8 años del cantón Vinces.

SUSTENTO TEÓRICO

La familia

El primer contexto social en el que se relaciona todo ser humano desde que nace es la familia, en ella conviven y comparten experiencias siguiendo como modelo de aprendizaje a los padres. Según Bernal et al. (2020), “familia sobresale la incidencia de los estilos educativos parentales, donde el apoyo de los padres se relaciona con índices más altos de autonomía” (p. 29). La estructura de la familia no es anárquico, esta experimenta transformaciones al igual que la sociedad.

Aunque se formule la pregunta ¿Qué es la familia? Responderla no es una tarea familiar teniendo en cuenta que en realidad no existe un concepto unívoco. Vistín Castillo (2019) plantea que la familia se ubica como la primera forma de organización social, la cual es comprobable en todas las ciudades y temporalidades, cabe mencionar que ha así como se concibe a la familia como la institución conectada las sociedades humanas, que también a lo largo del tiempo a adoptado diferentes formas.

Estas formas o configuraciones familiares se categorizan según la estructura de los miembros que la conforman. Según Irueste et al. (2020), “Las configuraciones familiares son el reflejo de profundas transformaciones sociales propias de la posmodernidad, como la desinstitucionalización de la familia tal como se la venía pensando hasta ahora” (p. 12). Estas configuraciones pueden ser; familia monogámica, la cual es la primera forma de familia a lo



largo de la historia, conformada por un hombre y una mujer, pero esta unión de hombre y mujer no se mantuvo exclusiva.

De ahí surge la familia poligámica, que es la conformación de una persona con varios compromisos, es decir cónyuges formales e informales, de ahí surge otros tipos de formas familiares; familias extendidas (adición de otros parientes) y familias compuestas (donde se adhieren al grupo familiar miembros que no tiene parentesco sanguíneo con el resto de los miembros).

La familia como un sistema funcional

Cuando mencionamos funcional hacemos referencia a la capacidad de actuar de manera adecuada ya sea un instrumento, tarea, órgano o ser vivos, entonces ¿cuándo decimos que una familia es funcional? la familia funcional es aquella que capaz de enfrentar y superar cada crisis o etapa del ciclo vital familiar, esta promueve el desarrollo de habilidades de afrontamiento en los miembros del sistema familiar, para un adecuado estado de salud mental de una persona, esta debe verse involucrado en el denominado grupo social primario “familia” y el modo en el que vive con ella (Uriol y Santamaría, 2020).

Según Uriol y Santamaría, (2020) plantean que la familia debe cumplir con estas funciones básicas para considerarse funcional; función económica, es importante que la familia pueda cumplir con las necesidades básicas materiales de sus miembros como proveer alimentación y educación. Funciones biológicas, como la socialización, el mantenimiento de la salud física y mental, y la convivencia. Funciones culturales/espirituales, implica la enseñanza de normas, creencias culturales o espirituales que ayuda en la formación de la identidad de los miembros familiares.

Entonces podemos manifestar que el sistema familiar funcional debe ser flexible con las reglas y roles, mas no permisivo o negligente, para esto es necesario analizar y clarificar las



asignaciones y asunción de los roles de los miembros, o sea observar como interpretan los miembros de la familia lo que se debe y no se debe hacer con las tareas, roles y derechos de cada uno, y corregir si existiese alguna distorsión.

Es considerado funcional cuando estos roles o funciones son claros y aceptados por los miembros de la familia, es imperativo que tanto los deberes como los derechos sean distribuidos acorde a la capacidad de resiliencia y discernimiento de cada uno de ellos (Uriol y Santamaría, 2020). Por ejemplo, no se le puede atribuir tareas como ir trabajar al menor del hogar, o ser indulgente con el hijo adulto que no trabaja ni ayuda en la casa, hay que considerar las jerarquías existentes en el sistema familiar, ya que padre y madre debe ubicarse en el mismo nivel jerárquico de manera horizontal, y padre e hijo en un nivel diferente de manera vertical.

Desintegración familiar

Consideramos desintegración familiar a la acción de modificación o separación del sistema familiar, lo cual no se considera negativa en todos los casos, existen casos que se da para por medio de acuerdo para asegurar el bienestar psicológico o físico de cada uno de los miembros. La separación de los padres acarrea para el infante problemas psicológicos y comportamentales, encaminándolo a un déficit de desarrollo emocional (Castillo & Merino, 2018).

En la actualidad la pareja tiene dos tipos de relaciones, la parental la cual se establece como un acompañamiento de los hijos para su desarrollo, la conyugal donde se involucra la gratificación y el apoyo mutuo, la cuales actúan de manera independiente, es decir los logros de una no garantizan el bienestar de la otra, por ende, debe existir un equilibrio en el cumplimiento de ambas, diferenciadas pero que a la vez esto no afecte.

Cuando ocurre la desintegración familiar, los padres deben objetivar brindar seguridad y estabilidad al infante, ya que, desde la perspectiva del niño, comienza a vivir una



reconstrucción de su mundo, su rol, sus responsabilidades, la comunicación en la familia cambian y él debe desarrollar estrategias para afrontar los cambios, el deber de los padres es que el afronte esta crisis de manera que no exceda la capacidad de resiliencia del niño.

Como medida preventiva para disminuir el impacto de la desintegración familiar es recomendado asistir a terapia familiar, ya que al desarticularse la familia se modifica los roles de los miembros, en consecuencia, genera nuevas experiencias (agradables o desagradables) para los individuos, en los niños se ve reflejados en su conducta en el contexto escolar, la desintegración familiar no solo afecta al grupo familiar. Quijano y Quiroz (2021) plantea que las consecuencias de esta generan cambios de comportamientos desadaptativos en los niños los cuales repercuten en la escuela afectando a los docente, en la comunidad afectando a la vecindad, y vulnerables a adquirir conductas delictivas.

Existen factores que provocan la desintegración, en cualquier compromiso de pareja, incluso en los que parecen más estables, en algún momento han pasado o pasaran por situaciones que compliquen su convivencia mutua, los factores más comunes son; factores económicos, como ambos padres deben abandonar al infante para trabajar o uno de ellos tiene que vivir en otra ciudad, en lo afectivo, cuando existen carencias en la afectividad o no se cumple con la necesidad afecto de la pareja.

En lo social, las problemáticas como el uso excesivo de sustancias, mala administración del dinero, violencia física en el hogar, aspectos que contribuyen el abandono en el hogar, en lo cultural, hace referencia en la carente formación escolar, debido a la ignorancia la familia no cuenta con recursos para resolver problemas, en la religión, cuando los miembros son pertenecientes a distintas denominaciones religiosas y los desacuerdos de creencias son inmanejables (Quijano y Quiroz, 2021)

Causas de la desintegración familiar



La desintegración familiar puede estar determinada por diferentes causas, si bien la violencia es una causa clara, mayor prevalencia tiene problemas estructurales como desempleo, pobreza, carencia de servicios de salud, educación o incluso vivienda. La precaria situación económica; a lo largo de la historia del país este factor ha obligado jefes de hogares abandonar el país dejando atrás a sus familias, el no poseer el recurso económico causa desesperación y estrés para el padre o la madre, en ocasiones genera conflictos o motiva a involucrar a los hijos actividades laborales, sin considerar consecuencias tanto a la integridad como al desarrollo vital del infante.

Las adicciones es otro factor, muy prevalente en el país, y en gran medida dañino tanto a nivel social como individual de quien lo consume, tomando en consideración al alcohol es una de las drogas más dañinas, debido a su aceptación social, el dependiente tergiversa sus conductas desadaptativas como normales, conductas como agresión a los miembros de la familia, irresponsabilidad laboral, conductas delictivas, mala administración económicas, generando muchos detonantes para la desintegración familiar (Loor et al., 2018).

Enfermedades crónicas y defunciones, en el caso de las enfermedades puede provocar a quien la padece a adoptar conductas como aislamiento, en cuanto a la defunción el fallecimiento de uno de los padres genera consecuencias emocionales en el infante peor es el caso si fuera la pérdida de ambos padres, dejándolo vulnerables a situaciones como involucrarse con pandillas, consumir drogas o ser maltratados por algún otro pariente.

Consecuencias de la desintegración familiar

Como se ha mencionado la desintegración familiar no necesariamente es mal, siempre y cuando se provea al infante de seguridad y afecto que lo lleve al equilibrio emocional que requiere su desarrollo, las consecuencias surgen porque muchos padres no logran este equilibrio que se requiere, es común ver en niños con padres separados baja autoestima, fracaso escolar,



distanciamiento parental, problemas para la integración social, problemas psicológicos, involucramiento con pandillas, abusos físico y sexuales (Flores Basco, 2021).

Tomando en consideración los problemas psicológicos la prevalencia de la depresión y ansiedad a edades tempranas es alta, la desintegración no solo provoca aparición de los síntomas sino también vulnera al infante para su cronicidad, ya que deteriora la red de apoyo familiar con la que cuenta el menor y dependiendo de la concepción que este se vaya formando incluso aparezcan factores de riesgo en otras dimensiones de su vida, con el individual podemos ver inseguridad, escolar es común el bajo rendimiento, a nivel social, dificultad para relacionarse con los demás.

Ansiedad

A lo largo de historia la ansiedad es fenómeno cuya explicación es tarea de la psicología y la psiquiatría, diferentes enfoques psicológicos han elaborado modelos de intervención para la misma a partir de sus métodos y marcos teóricos, pero bajo que definición se conoce a la ansiedad, según Díaz y De la Iglesia (2019), “resulta un constructo ambiguo y complejo de delimitar, existiendo en él, implícitamente, distintos significados” (p. 43). En latín la ansiedad se traduce a *anxietas* que hace referencia a agitación, zozobra del ánimo, inquietud, pero este significado es semejante a lo que se conoce como angustia, y el miedo es otro concepto que se involucra a la ansiedad, por ende, es importan delimitar la conceptualización de ansiedad y la diferenciación con estos otros términos.

Langarita y Gracia (2019) Plantea que la angustia se la puede definir como un sentimiento vinculado a experiencia que generen desesperación, lo que la caracteriza es la perdida de actuar de manera voluntaria y libre de la persona, en otras palabras, es incapaz de dirigir sus actos, la angustia al igual que la ansiedad puede ser adaptativa o anormal, el miedo por otro lodo el miedo alude a la presencia de un estímulo, donde se ve síntomas motores de huir o luchar, en cuanto a la ansiedad hace alusión a un estímulo que no está presente, que puede



aparecer así como no lo, inmovilizando a la persona, al igual que la angustia la ansiedad puede ser inherente al ser humano, pero también puede volverse patológica.

La ansiedad dentro de la normalidad es una emoción compleja que activa procesos de evaluación cognitiva, para realizar estrategias para actuar de manera consecuente al estímulo o situación presente, la manifestación de la ansiedad es cognitiva, fisiológica, afectiva y conductual, cuando se menciona como cognitiva, se refiere a los procesos mentales de creencias e ideas que motivan al actuar, aprensión, miedo, autopercepción de sentirse indefenso, incapacidad para contraerse, problemas de memoria, despersonalización, entre otros.

Con respecto a manifestaciones fisiológicas las cuales aparecen de manera automática por la activación en conjunto de la rama simpática y para simpática del sistema nervioso autónomo, estas manifestaciones se dan como taquicardia, tensión muscular, sudoración, opresión del tórax, parestesias, en cuanto a los procesos conductuales, se observa paralizaciones, cautela, abandono, evitación y/o búsqueda de seguridad, en cuanto a los procesos emocionales, se ve la aparición de afecto negativos displacenteros como tensión, nerviosismo aprehensión, agitación, entre otros (Moreno Proaño, 2020).

Cuando se habla de ansiedad patológica, se hace la referencia a la respuesta emocional exagerada a la valoración del estímulo y al igual como la estrategia desadaptativa en respuesta al mismo, estos sesgan el procesamiento de información, tomando en consideración otras amenazas que puede que ya haya sido experimentadas, así como puede que no, interfiere directamente al manejo afectivo, como al de adaptación, cuando se hable de ansiedad patológica se refiere ansiedad como trastorno mental, y los trastornos de ansiedad se desglosan en trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad por separación, fobias, entre otras, al igual que aparecen como síntomas de comorbilidad en otras psicopatologías como trastornos alimenticios y depresivos, como por ejemplo en los trastornos adaptativos existen una alta prevalencia, no solo generando malestar en quien lo padece, si no también costes económicos y sociales, ya que es común su aparición en conjunto de algún trastorno de ansiedad.



Trastornos de ansiedad

Se considera a la ansiedad como trastorno cuando ocurre en momentos inadecuados, es frecuente, es intensa y su duración incapacita el desempeño de las actividades de quien la padece. Monterrosa et al. (2020) Plantea que es importante conocer la diferencia entre ansiedad y ansiedad patológica: 1) la ansiedad es un mecanismo de defensa que ocurre frente amenazas, es patológica cuando bloquea a una respuesta asertiva ante un suceso de la vida diaria, es decir es adecuado paralizarse si alguien te apunta con un arma pero, no es adecuado no entrar al salón de clases por temor a no encajar, 2) la ansiedad es reactiva ante una situación ambiental, mientras que la patológica es desproporcionada con respecto a lo que la estimula, 3) la ansiedad promueve la adaptación de la persona ante las crisis, la patológica obstaculiza ese desarrollo haciendo que el individuo sea incapaz de adaptarse, 4) la ansiedad mejora el rendimiento de la persona, la patológica lo perjudica, 5) la ansiedad es leve, la patológica es grave, 6) los síntomas somáticos son menores en la ansiedad, con respecto a la patológica, 7) la ansiedad no demanda atención psiquiátrica, la patológica sí.

Este inicia de manera abrupta o brusca, en alrededor de 10min llega a su máxima expresión, en conjunto a la sensación de peligro e incluso de muerte, lo cual provoca la necesidad de huir, dentro de los estadios de ansiedad aparecen las hiperventilaciones también llamados síndrome cardio respiratorio tetaniforme que en ocasiones puede generar una alcalosis secundaria provocando alguna contractura muscular o incluso pérdida de conciencia (Ruíz et al., 2019).

F93.80 Trastorno de ansiedad generalizada de la infancia

Según la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10 (William Farr y Marc D, 1853) manifiesta que la cantidad de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada es menor en niños y adolescentes a diferencia en adultos, y los síntomas de



activación específicos son menos preponderante, para su diagnóstico deberá cumplir con los siguientes criterios:

- a) Ansiedad anticipatoria que ocurre por lo menos en la mitad de los días de la semana durante un periodo de 6 meses, se identifica el acontecimiento o la actividad que la provoca.
- b) El infante se le dificulta el manejo de las preocupaciones.
- c) La ansiedad y las preocupaciones se deben a tres de los siguientes síntomas; inquietud, cansancio mental, incapacidad para mantener la concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño debido a la preocupación o ansiedad.
- d) El trastorno se caracteriza por dos situaciones: primero la ansiedad es generalizada y no se presenta como episodios paroxísticos, y segundo las preocupaciones no se deben a un solo tema específico.
- e) Aparece en la niñez y adolescencia.
- f) Los síntomas causan malestares significativos que complican su desarrollo social, laboral y escolar
- g) El trastorno no se debe a efectos del consumo de sustancias o medicamentos o por una enfermedad médica y no se asocia a trastornos psicóticos o del humor o trastornos generalizados del desarrollo.



TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con la finalidad de recabar información relevante al cumplimiento del objetivo planteado en el caso, se halla la necesidad de utilizar técnicas de evaluación psicológica centrada en identificar la patología que genera malestar al paciente, para ello se empleó en las sesiones aplicación de entrevista semi estructurada tomando en referencia los ítems de la historia clínica y aplicación de batería psicométrica, para lo cual se emplearon el Test Viso motriz de Bender, Test de la familia de Corman y Test de ansiedad Staic.

Historia clínica

Instrumento de evaluación clínica que sirve para registrar la conducta observada, los resultados de las pruebas psicométricas aplicadas, la historia familiar, antecedentes médicos, con el fin de plantear un diagnóstico presuntivo y justificarlo por medio de la información recopilada durante cada una de la sesión.

Batería psicométrica

Test Visomotriz de Bender

Autora Lauretta Bender. Objetivo Evaluar la Madurez de la percepción visomotora y posible lesión neurológica. Se aplica a niños entre 5 y 10 años 11 meses de edad. Tiempo máximo de aplicación 10 minutos Materiales: Un juego de 9 tarjetas de figuras geométricas, Una hoja de papel bond, Un lápiz, Un borrador (Bender, 2010). Véase en anexos.

Test de la familia de Corman

Autor: Louis Corman. Objetivo: obtener información sobre la dinámica de las relaciones del sujeto con los diversos miembros que integran su unidad familiar. Edad de aplicación: 5 años en adelante Material: - Una hoja bond (si el niño pide otra hoja, se le puede dar hasta una segunda) - Lápiz - Borrador. Aplicación promedio 10 minutos. Al término del dibujo. Se elogia



su trabajo y se inicia la entrevista con el evaluado. Se le pregunta: - ¿Quién es cada quién? - ¿Cuál es el más bueno? ¿El menos bueno? - ¿El más feliz? ¿El menos feliz? - ¿A quién prefiere? Si está contento con su dibujo. Se recomienda usar el manual de calificación del mismo autor. Estableciendo presencia ausencia de indicadores en el Plano gráfico, plano de las estructuras formales y plano del contenido (Corman, 1967). Vease en anexos.

Test de ansiedad STAIC

Elaborado por C.D. Spielberger, su aplicación es de 9 a 15 años, con una duración entre 15 a 20 min, el test es una autoevaluación de la ansiedad que mide la ansiedad como estado y rasgo, consta de 20 elementos con el cual se identifica como el evaluado se siente en un momento determinado (sentimiento de aprensión, tensión, y preocupación), y como el evaluado se siente normal en su diario vivir (Spielberger et al. 2011). Vease en anexos.

Ficha de observación de la conducta

Una ficha de registro de comportamientos que los familiares, docentes y profesional de salud mental puede observar durante las consultas psicológicas, donde se registran factores de indisciplina relacionados con conductas agresivas, compañeros, contra el maestro, el rendimiento escolar, inadecuadas y hábitos socialmente no aceptados, conductas que dificulten la relación con los demás, personalidad, contra normas de clase, hiperactividad y pasividad. Véase en anexos.



RESULTADOS OBTENIDOS

Sesiones

Durante la realización del estudio de caso se tuvo que llevar a cabo entrevistas de evaluación psicológicas la cual tomó tres sesiones y cuatro sesiones orientadas entorno a la psicoterapia, la duración de cada sesión giro entre 45min a una hora, con una distancia de siete días entre una sesión y otra, a continuación, se detallara en este apartado las actividades realizadas durante cada intervención.

Primera sesión, realizada el día 31 de Enero del 2022 a las 9 de la mañana, esta sesión se cataloga como sesión de evaluación psicológica, en la cual al paciente se le realiza una entrevista semi estructurada en base a los ítems de la historia clínica, durante la entrevista se registró la información personal, se delimitó la demanda del padre del paciente, se realizó el encuadre correspondiente a responsabilidad con la intervención, se le comunicó sus derechos como beneficiario de la intervención, llegando a establecer un acuerdo terapéutico, se registró motivo de consulta, historia psicopatológica, anamnesis del paciente, historia familiar, se identificó el cuadro sindrómico del paciente, se identificaron factores precipitantes, evento predisponente, y tiempo de evolución, se agendo la cita para la siguiente sesión, la sesión finalizo 10 de la mañana.

Segunda sesión, realizada el día 03 de febrero del 2022 las 10 de la mañana, en esta sesión se inició con la aplicación de la batería psicométrica, se aplicó el test visomotor de Bender, para identificar si existía madurez o lesión neurológica en el paciente, durante la evaluación psicológica se observó al infante su comportamiento durante la prueba, al terminar se le pregunto al infante que tal le pareció la sesión, acto seguido se agendo cita para la siguiente sesión, la sesión finalizo 11 de la mañana.

Tercera sesión, realizada el día 10 de febrero del 2022 a las 10 de la mañana, durante esta sesión se continua con la aplicación de la batería psicométrica, se inició con la aplicación



de test del dibujo de la Familia de Corman, para comprobar la interpretación que el paciente hace con respecto a la familia, la aplicación del Test de ansiedad STAIC, para evaluar la ansiedad de estado y de rasgos del paciente, se agenda cita para la siguiente sesión, la sesión finalizó a las 11 de la mañana.

Cuarta sesión, realizado el día 19 de febrero del 2022 a las 10 de la mañana, se inicia la sesión trabajando acorde a la planificación terapéutica, la sesión se la realiza con los padre del paciente donde se realiza el feedback de la apreciación profesional y el diagnóstico presuntivo, así como también la socialización del plan terapéutico, además de trabajar psicoeducación con los padres con respecto a la sus conflictos y como estos repercute en el paciente, se cierra la sesión a las 10:45 de la mañana, se agenda la siguiente cita con el paciente para la siguiente semana.

Quinta sesión, realizado el día 28 de febrero del 2022 a las 9 de la mañana, se inicia la sesión realizando un dibujo para generar tranquilidad y confianza en el paciente, se evalúa el estado de ánimo del paciente, se le explica la planificación del día y se procede a explicar el enfoque cognitivo conductual y en qué consiste la técnica de reestructuración cognitiva para ello se emplea un formulario de auto registro de pensamientos automáticos, además de realizar técnica de descubrimiento guiado, se designa como tarea para la casa practicar la reestructuración en el formulario, se cierra la sesión preguntando al paciente que le pareció la sesión, a las 9:45 de la mañana finalizó la sesión.

Sexta sesión, realizado el día 09 de Marzo del 2022 a las 9 de la mañana, se da inicio las sesión realizando una evaluación del estado del ánimo, se menciona la planificación del día, el paciente se mostró de acuerdo, se revisó el avance de las actividades enviadas para el hogar, se realiza técnica distracción externa y programación de actividades a realizar fuera de la sesión en la sesión se continua trabajando con la técnica de reestructuración cognitiva, se le pregunta al paciente que tal le pareció la sesión del día, se le manifiesta a la madre del paciente que



envista de la mejoría del paciente en la siguiente sesión se realizara el alta psicológica y se agenda cita para la siguiente sesión, el cierre de sesión finalizó a las 10 de la mañana.

Séptima sesión, realizó el día 18 de Marzo del 2022 a las 9 de la mañana, se da inicio la sesión realizando una evaluación del estado del ánimo del paciente, se le menciona al paciente la planificación del día y que esta será la última sesión debido a su evolución favorable con el tratamiento, se revisa los avances de la programación de actividades, el paciente se muestra conforme con el trabajo realizado, se realiza la técnica análisis de responsabilidad y la técnica de psicoeducación, también se siguió trabajando la reestructuración cognitiva y programación de actividades, se le pregunta al paciente su perspectiva sobre la sesión y se da por cerrada a las 10 de la mañana

Situaciones detectadas (Hallazgo)

Paciente de sexo masculino de 8 años, acude a consulta con la figura paterna. El padre manifiesta que “mi hijo llora cuando no entiende las clases, demuestra ira, se frustra, se bloquea, deja de hacer los deberes”, padre manifiesta que están en un proceso de divorcio con su actual pareja y madre del paciente El paciente manifiesta “no sé qué va a pasar con mi familia, cuando papa llega, solo escucho que pelean, paso la mayor parte del día pensando en el momento que llega papa a casa, me da miedo cuando gritan, y no quiero que llegue ese momento, también me han preguntado que si se separan con quien me iría y quiero quedarme con mi mama, pero creo que mi papa pensara que no lo quiero, la verdad me da miedo pensar que mi mama y papa se separen”. Se observa al paciente colaborador, su expresión corporal denota preocupación.

El paciente durante todas las sesiones se observó cuidado del aseo personal y buena presencia, se observa congruencia en su lenguaje verbal y no verbal, de contextura delgada, estatura acorde a su edad cronológica, etnia mestiza, lenguaje entendible, con actitud colaboradora, estado emocional nerviosismo, el paciente está orientado en persona, tiempo y espacio, presenta inatención, memoria sin alteración, inteligencia dentro del rango de normalidad – alto, presenta alteración en el control del pensamiento en el cual se observa ideas



obsesivas, lenguaje fluido y comprensivo, lateralidad derecha, se observa alteración en la psicomotricidad exaltación psicomotora y amanerismos, sin alteraciones en la sensopercepción, estado de ansiedad, sentimientos de miedo, culpa y angustia, juicio de la realidad coherente, existe conciencia de la enfermedad.

Por último durante esta sesión se determinó que la familia del paciente carece de funcionalidad, para ser considerada red de apoyo, debido a los constantes conflictos que presencia el paciente (violencia domestica), por ende se identifica como factor de riesgo y genera vulnerabilidad para el paciente, estilo de crianza de tipo negligente, por motivo que los padres generan presión en el infante con preguntas relacionadas a “quien quiere más”, conflictos que desembocan en violencia psicológica y física que el paciente percibe de manera indirecta, también se observa que el evento precipitante que desembocó la sintomatología fue el inicio de las discusiones del hogar y la decisión de separación, los factores predisponentes que refuerzan las conductas y promueven la prevalencia de los síntomas, son la discusiones frecuentes de la figuras parentales y los pensamientos recurrentes sobre la separación familiar y se determina que su tiempo de evolución se ha dado a partir de 8 meses.

El paciente consta de una edad visomotor acorde a su edad cronológica. En la reproducción de las figuras presenta errores de distorsión en la fig. 8, los cuales no son significativos de organicidad. El nivel de funcionamiento escolar es correspondiente a su grado de colocación actual y el tiempo de ejecución está dentro del límite crítico.

En la tercera sesión se aplican el test de la familia de Corman, y test de ansiedad STAIC, los cuales registran los siguientes resultados; Familia de Corman. - El paciente realizó un dibujo en el que no prevalece el principio de realidad. Movimiento progresivo natural, de ritmo estereotipado, inhibición de la expansión vital, imaginación, tipo sensorial. El personaje valorizado es el padre, por su tamaño y acabado, es el único con brazos que carga un bebe (el más bueno), sin embargo, llama la atención que está inclinado, lo que nos revela inestabilidad y falta de equilibrio general. El resto de los dibujos, madre y dos hijos aparecen sin brazos y/o manos y comparten el color negro de los zapatos. Agrega una mascota: un perro, que es



indicador de tendencias orales pasivas. Son como dos bloques situados por género, en un lado el niño junto al papá y en el otro la niña junto a la mamá y la mascota. Mecanismo de defensa de regresión. Test de ansiedad STAIC. - observan la existencia de niveles altos de ansiedad de estado y rasgo, en base la observación clínica y los resultados de las pruebas psicométricas se elabora el siguiente cuadro sindrómico.

Tabla 1

Cuadro sindrómico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Inatención, idea obsesiva, anticipación aprensiva, fatiga mental, bloqueo mental	F93.80 Trastorno de ansiedad en la infancia
Afectivo:	Miedo, ansiedad, angustia, sentimientos de culpa, irritabilidad	
Conducta social - escolar	Amanerismos, exaltación psicomotora, bajo rendimiento académico, inquietud, dificultad para manejar preocupaciones.	
Somática	Sudoración, incapacidad para mantener el sueño, arritmia cardiaca	

Nota. Elaborado a partir de los resultados de la observación clínica y la batería psicométrica.



SOLUCIONES PLANTEADAS

Con la intención de cumplir con la otra demanda de los padres del paciente se elabora un plan de tratamiento psicoterapéutico acorde a las situaciones detectadas que promueven la prevalencia del trastorno en el paciente, con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad y en congruencia con el enfoque que sostiene la terapia cognitiva conductual, la cual manifiesta que las situaciones no son las que nos afectan si no la interpretación que hacemos de ella, y esas interpretaciones nacen a partir del sistemas de creencias que se forma a partir de las experiencia que se dan en la persona a lo largo de su desarrollo, para ello se plantean las siguientes soluciones mostradas en la tabla 4.

Tabla 2

Plan terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Resultados Obtenidos
Negligencia parental	Despertar conciencia en los padres y familiares más cercanos	Psicoeducación	Se observa actitud colaborativa, manifiestan que se limitaran a tener un contacto distanciado entre los dos, en base del respeto, sin involucrar al infante
Ideas obsesivas “mis padres me van a preguntar a quién quiero más” o “cuando están mi papa y mi mama pelean”	Ensenar al paciente a identificar sus ideas obsesivas y la creencia central que la provoca con la finalidad de evaluar que tan real es la preocupación.	Reestructuración cognitiva: formulario de auto registro de pensamientos automáticos.	Se observa capacidad de identificar ideas obsesivas y debatir su validez



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



20

Preocupación sobre la separación	Guiar al paciente a analizar otras perspectivas que vayan en contra de sus creencias desadaptativas	Descubrimiento guiado	Se observa al paciente que llega al cuestionamiento socrático
Episodios de ansiedad	Reducir episodios ansiosos por medio de la distracción (leer libro) realizando una actividad no adaptiva ni tampoco estresante	Distracción externa	Se observa afinidad del paciente por la lectura, le ayuda a ignorar el episodio de ansiedad
Sentimientos de culpa	Evaluar el grado de responsabilidad con respecto a lo que siente Entender que es la culpa y si es congruente lo que el interpreta como culpa, con lo que realmente significa	Análisis de responsabilidad Psicoeducación	Se observa desaparición de los sentimientos de culpa
Bajo rendimiento académico	Lograr que el paciente cumpla con sus responsabilidades académicas	Programación de actividades	Se observa que el paciente realiza sus tareas en el hogar

Nota. Elaborado para dar solución a las problemáticas de un paciente de 8 años con trastorno de ansiedad generalizada.



CONCLUSIONES

Dentro del sustento teórico se plantea la funcionalidad familiar y esta hace mención de consecuencias que tienden a perjudicar más a los hijos, repercutiendo en problemáticas de carácter psicoemocional, debido a que las figuras paternas durante la separación no brindan la armonía y seguridad que se debería, lo cual se observa en el caso, como por ejemplo, los padres del paciente le generan presión al querer saber con quién prefiere quedarse el paciente después de la separación provocando la aparición de sentimientos de preocupación y culpa en él.

Otra congruencia hallada en el presente estudio, es sobre la causas de la desintegración familiar, en el caso del paciente por aparente situación de infidelidad de parte de ambas figuras parentales del cual el paciente carece de conocimiento de la situación, en este caso la familia debe generarle seguridad al menor por medio de la comunicación, evitando señalamientos o establecer triangulaciones en contra del uno y otro, cabe mencionar que no se encontraron divergencias entorno a la teoría y la realidad observado, al contrario el conocimiento proporcionado por el sustento teórico, contribuyo con la planificación para el abordaje psicológico con el paciente.

Como logros alcanzados durante la realización del estudio se plantea, la mejoría del paciente, observable en función al éxito de la evaluación psicológica y el plan terapéutico que servirá de referencia para casos con problemáticas similares, además de la experiencia obtenida para la formación profesional como psicóloga clínica.

Con la finalidad de comprobar la certeza del diagnóstico presuntivo se realizó las dos hipótesis, para comprobar su veracidad se realiza la indagación de la anamnesis del paciente, la cual se registra los siguiente resultados, paciente estudiante de primaria, padre, madre y el paciente refiere que no tiene dificultades para relacionarse con sus pares, actualmente tiene dificultades con su rendimiento académico debido a la dificultad de poner atención durante sus



actividades académicas, la existencia de esta problemática es congruente con el inicio de las discusiones y separación de los padres, con un tiempo de evolución de alrededor de 8 meses.

Lo que oriento la certeza que la causa del bajo rendimiento académico no es una alteración en el neurodesarrollo del paciente, sino que se debe a factores externos que provocaban la prevalencia de síntomas psicopatológicos de ansiedad, lo cual ayudo a determinar el material psicométrico a aplicar para esclarecer duda alguna, tomando en consideración el manual de criterios diagnósticos CIE-10 se plantea como presunción diagnóstica F93.80 trastorno de ansiedad generalizada en la infancia.

En función al objetivo el cual es observar de qué manera la desintegración familiar incide en la ansiedad de un niño de 8 años del cantón Vinces. Debido que en el paciente los conflictos familiares generados por el proceso de separación de los padres, genera episodios de ansiedad en él, como preocupación anticipatoria, cefaleas, sudoración los cuales eran los síntomas mas comunes.

El proceso de separación en el que estaba involucrado el paciente se ubica como el factor predisponente para la prevalencia del trastorno de ansiedad, ya que esta provocaba que el paciente se vea obligado a enfrentar eventos estresantes que excedían su capacidad de resiliencia como por ejemplo, incitaba a generar muchas escenas de historias donde por un lado se quedaba con el padre y el otro con la madre, en búsqueda de una respuesta “correcta” para su situación, este se vio constantemente reforzando esta conducta desadaptativa que lo que provoca a fin de cuentas era malestar y vulnerabilidad a padecer otras problemáticas (depresión, suicidio, drogas, conductas delictivas, fracaso escolar).



RECOMENDACIONES

Como recomendación para la elaboración de un estudio similar a la problemática planteada, se recomienda realizar una formación previa en teoría de sistemas, cibernética y familia, que ayudara a identificar sistemas familiares, triangulación, ciclo vital y otros conceptos necesarios para estudiar cualquier problemática relacionada con la gran organización que es la familia, y otro aspecto a considerar al momento de realizar evaluaciones con niños siempre es necesario realizar entrevista con los padres y docentes además del paciente, elaborar una batería psicométrica acorde a la necesidad del infante.



BIBLIOGRAFÍA

- Bernal Romero, T., Melendro, M., Charry, C., & Goig Martínez, R. (2020). LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LA EDUCACIÓN EN LA AUTONOMÍA DE LOS JÓVENES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA1. *Bordón: Revista de pedagogía*, 72(2), 29-44.
- Castillo Costa, S., & Merino Armijos, Z. (2018). La desintegración familiar: Impacto en el desarrollo emocional de los niños. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 3(9), 10-18. doi:<https://doi.org/10.26910/issn.2528-8083vol3iss9.2018pp10-18p>
- Díaz Kuaik, I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 16(1), 42-50. doi:doi: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393
- Flores Basco, J. (2021). La desintegración familiar y su influencia en el rendimiento escolar del nivel primario. *Revista Educación 4.0*, 1(1), 213–214.
- Irueste, P., Guatrochi, M., Pacheco, S., & Delfederico, F. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. *Revista REDES*, 41, 11–18.
- Langarita Llorente, R., & Gracia García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 69(2), 59-67. doi:10.33588/rn.6902.2018371
- Loor Briones, W., Hidalgo Hidalgo, H., Macías Alvarado, J., & Scrich Vázquez, A. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Arch Med Camagüey*, 22(2), 130-138.
- Monterrosa Castro, Á., Dávila Ruiz, R., Mejía Mantilla, A., Contreras Saldarriaga, J., Mercado Lara, M., & Flores Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. doi:10.29375/01237047.3890
- Moreno Proaño, G. (2020). PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS Y ANSIEDAD GENERALIZADA EN COVID-19. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 251-255. doi:10.33210/ca.v9i2.314



- Quijano Murgueytio , J., & Quiroz Rivadeneira, C. (2021). Desintegración familiar y desarrollo de los niños en la primera infancia. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*, 4(8), 265-274. doi:10.46296/gt.v4i8edesp.0045
- Ruíz Martín, A., Bono Cabré, R., & Magallón Neri, E. (2019). Ciberacoso y ansiedad social en adolescentes: una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 9-15. doi:10.21134/rpcna.2019.06.1.1
- Uriol Castillo, G., & Santamaría Ramírez , R. (2020). DESINTEGRACIÓN FAMILIAR Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA DE UN CENTRO EDUCATIVO PÚBLICO DE LAMBAYEQUE. *PAIAN*, 11(2), 54-63. doi:10.26495/rcp.v11i2.1516
- Vistín Castillo, E. (2019). Ventajas de la custodia compartida en tiempos de desintegración familiar en el Ecuador. *Dominio de las Ciencias*, 5(2), 512-535. doi:10.23857/dc.v5i2.1105



ANEXOS

Anexo A. Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: C.D.F.M

Edad: 8 años y 5 meses

Lugar y fecha de nacimiento: Vinces 25 de enero del 2014

Género: Masculino

Estado civil: soltero

Religión: Cristiano

Instrucción: primaria

Ocupación: estudiante

Dirección: Calle Sucre y Roldos Teléfono: _____

Remitente: Junta Cantonal de protección y derechos de los niños y adolescentes

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acude a consulta derivada de la junta cantonal de protección y derechos de los niños y adolescentes

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El padre manifiesta que “mi hijo llora cuando no entiende las clases, demuestra ira, se frustra, se bloquea, deja de hacer los deberes”, padre manifiesta que están en un proceso de divorcio con su actual pareja y madre del paciente

El paciente manifiesta “no sé qué va a pasar con mi familia, cuando papa llega, solo escucho que pelean, paso la mayor parte del día pensando en el momento que llega papa a casa, me da miedo cuando gritan, y no quiero que llegue ese momento, también me han preguntado que si se separan con quien me iría y quiero quedarme con mi mama, pero creo que mi papa pensara que no lo quiero, la verdad me da miedo pensar que mi mama y papa se separen”

Se observa al paciente colaborador, su expresión corporal denota preocupación.



4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente proviene de familia nuclear, convive con su padre y madre, madre, 25 años licenciada en contaduría, padre, 35 años ingeniero agrónomo, los padres se encuentran en trámite de divorcio después de varias separaciones, el padre solo llega a casa por las noches y la mayor parte de los días de la semana ocurren los conflictos, como antecedentes familiares existen reportes de violencia intrafamiliar, por ejemplo, la madre le lanzo un utensilio de cocina al padre (sartén)

6 hermanos y 11 hijos

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Villa de dos pisos, que consta de cuatro cuartos con baños individuales, una sala, una cocina, patio, los cuartos están divididos para madre, padre e hijo, el restante este vacío.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

Parto normal, lactancia hasta el año y medio, sus primeros pasos al año cumplido, sus primeras palabras al año, control de esfínteres a los 2 años y 7 meses, a los 5 años realiza actividades como vestirse, comer y asearse solo, no manifiesta antecedentes médicos

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).



Bajo rendimiento académico, no manifiesta dificultades para adaptarse, no manifiesta inconvenientes con docente ni compañeros, actualmente tiene dificultades para mantener la concentración lo que le dificulta aprender, no existen antecedentes de cambios escolares.

6.3. HISTORIA LABORAL

No refiere

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

No refiere dificultades para socializar

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

El paciente juega videojuegos en sus ratos de ocios

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

No se observa alteración

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

No refiere

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Dificultad para mantener el sueño

6.9. HISTORIA MÉDICA

No presenta antecedentes médicos

6.10. HISTORIA LEGAL

No refiere

6.11. PROYECTO DE VIDA

Desea ser un abogado cuando sea grande para defender lo que es justo

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Infante con vestimenta arreglada, acorde a su sexo y peinado, se observa congruencia en su lenguaje verbal y no verbal, de contextura delgada, estatura acorde a su edad cronológica, etnia mestiza, lenguaje entendible, con actitud colaboradora, estado emocional nerviosismo



7.2. ORIENTACIÓN

Orientado en persona, tiempo y espacio

7.3. ATENCIÓN

Inatención

7.4. MEMORIA

Sin alteración

7.5. INTELIGENCIA

Dentro de la normalidad

7.6. PENSAMIENTO

No presenta alteración en la velocidad, estructura y contenido del pensamiento, con respecto al control se observa idea obsesiva.

7.7. LENGUAJE

Lenguaje fluido y comprensivo

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Lateralidad derecha, se observa exaltación psicomotora y amanerismos

7.9. SENSOPERCEPCION

Sin alteración

7.10. AFECTIVIDAD

Ansiedad, miedo, sentimientos de culpa y angustia

7.11. JUICIO DE REALIDAD

coherente

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

consciente

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

No refiere

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS

realizaron las siguientes pruebas:

- Test Visomotor de Bender
- Test de la familia CORMAN



- Test de ansiedad STAIC

RESULTADOS

TEST VISOMOTRIZ DE BENDER

Obtiene una edad visomotor acorde a su edad cronológica. En la reproducción de las figuras presenta errores de distorsión en la fig. 8, los cuales no son significativos de organicidad. El nivel de funcionamiento escolar es correspondiente a su grado de colocación actual y el tiempo de ejecución está dentro del límite crítico. Los indicadores emocionales señalan constricción y timidez.

TEST DE LA FAMILIA:

Realiza un dibujo en el que no prevalece el principio de realidad. Movimiento progresivo natural, de ritmo estereotipado, inhibición de la expansión vital, imaginación, tipo sensorial. El personaje valorizado es el padre, por su tamaño y acabado, es el único con brazos que carga un bebe (el más bueno), sin embargo, llama la atención que está inclinado, lo que nos revela inestabilidad y falta de equilibrio general. El resto de dibujos, madre y dos hijos aparecen sin brazos y/o manos y comparten el color negro de los zapatos. Agrega una mascota: un perro, que es indicador de tendencias orales pasivas. Son como dos bloques situados por género, en un lado el niño junto al papá y en el otro la niña junto a la mamá y la mascota, quedando el padre en el centro de los dos niños. Mecanismo de defensa de regresión.

TEST DE ANSIEDAD STAIC-NIÑOS

Obtiene puntajes de 85 y 95 para ansiedad estado (temporal) y rasgo respectivamente(permanente), lo que equivale a altos niveles de ansiedad.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Inatención, idea obsesiva, anticipación aprensiva, fatiga mental, bloqueo mental	Trastorno de ansiedad
Afectivo:	Miedo, ansiedad, angustia, sentimientos de culpa, irritabilidad	
Conducta social - escolar	Amanerismos, exaltación psicomotora, bajo rendimiento académico, inquietud, dificultad para manejar preocupaciones.	
Somática	Sudoración, incapacidad para mantener el sueño, arritmia cardíaca	

9.1. Factores predisponentes: discusiones frecuentes de las figuras paternas, pensamientos recurrentes sobre la separación familiar

9.2. Evento precipitante: inicio de las discusiones del hogar

9.3. Tiempo de evolución: 8 meses

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F93.80 Trastornos de ansiedad generalizada en la infancia.

11. PRONÓSTICO

Favorable, mientras siga las recomendaciones

12. RECOMENDACIONES

Se le recomienda al paciente:

- Familia: acudir a psicoterapia familiar, trabajar roles, normas, y demandas entorno a la separación
- El paciente debe iniciar proceso psicoterapéutico, para trabajar ideas obsesivas, manejo de ansiedad y duelo por separación.
- Escolar: asistir a consejería



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS, JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



Anexo B. Test Visomotriz de Bender

TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ de BENDER-KOPFITZ.

Nombre y apellidos _____ F. Nacimiento _____ Edad: _____ años, _____ meses

Colegio: _____ Nivel escolar: _____ Fecha de aplicación: _____

Tiempo empleado para completar el test. (Es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos.)		Límite Crítico	
		Edad	Intervalo
Comienza:	Largo: Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar dificultades perceptivo motoras.	5 años	3 a 10 min.
Termina:	Corto: Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento escolar. (o Alta capacidad)	5 ½	4 a 10 min.
TOTAL	minutos	6 a 8 ½	4 a 9 min.
		9 a 10 años	4 a 8 min.

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa.	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN (*) Común, Inmadurez funcional (**) Casi exclusivo de DCM
A	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado.....	1	⊕ Adición u omisión ángulos
	2b. Desproporción (uno es el doble).....	0	*
	2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.	0	* (a partir de 6 años)
1	3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)..	0	*
	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....	0	*
	5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo).....	0	**
2	6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....	0	** (>7 años)
	7. Rotación.....	1	⊕ (> 8 años)
	8. Integ.: Omisión/adición filas. 4 ó + círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....	1	⊕⊕ (> 6 años)
3	9. Perseveración (>14 columnas).....	0	** (>7 años)
	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)..	1	⊕ (> 6 años)
	11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta).	0	** (>7 años)
4	12. Integración (forma no conseguida): 12a. Desintegración del diseño.....	1	⊕ (>5 años)
	12b. Línea continua en vez de hileras de puntos..		**
	13. Rotación (de la figura o parte 45°, o de tarjeta).		**
5	14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.)....		*
	15. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)....	0	* (>8 años)
	16. Rotación 45° o más (total o parcial).....	0	*
6	17. Integración. 17a. Desinteg.: recta o círculo puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco..	1	*
	17b. Línea continua en vez de puntos.....		** En todas las edades
	18. Distorsión de la forma: 18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas.....	0	* Sustitución de curvas por ángulos
7	18 b. Líneas rectas.....	0	** Sust. curvas X líneas rectas
	19. Integración (cruzan mal).....	0	*
	20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....	0	** (> 7 años)
8	21. Distorsión forma: 21 a. Desproporción tamaño (El doble).....	0	* Adición/omisión ángulos (>8 años)
	21 b. Deformación hexágonos (> n° < ángulos)....	0	* (>7 años)
	22. Rotación parcial/total figura o tarjeta (45° ó +)....	0	** (>6 años)
8	23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente)....	0	* (>6 años)
	24. Distorsión forma (deformada, > < n° ángulos)....	1	* Adición/omisión ángulos (>6 años)
	25. Rotación eje en 45° o más.....	0	**
P.D. TOTAL (máx 30):		7	

Grupo de edad	Media del grupo	Desviación Típica	Intervalo +/- 1 D.T.	Edad Equivalente	Percentil
De a					

Diseño: José M° Pozo Ruiz. E.O.E.P. COSLADA. 2004.

16

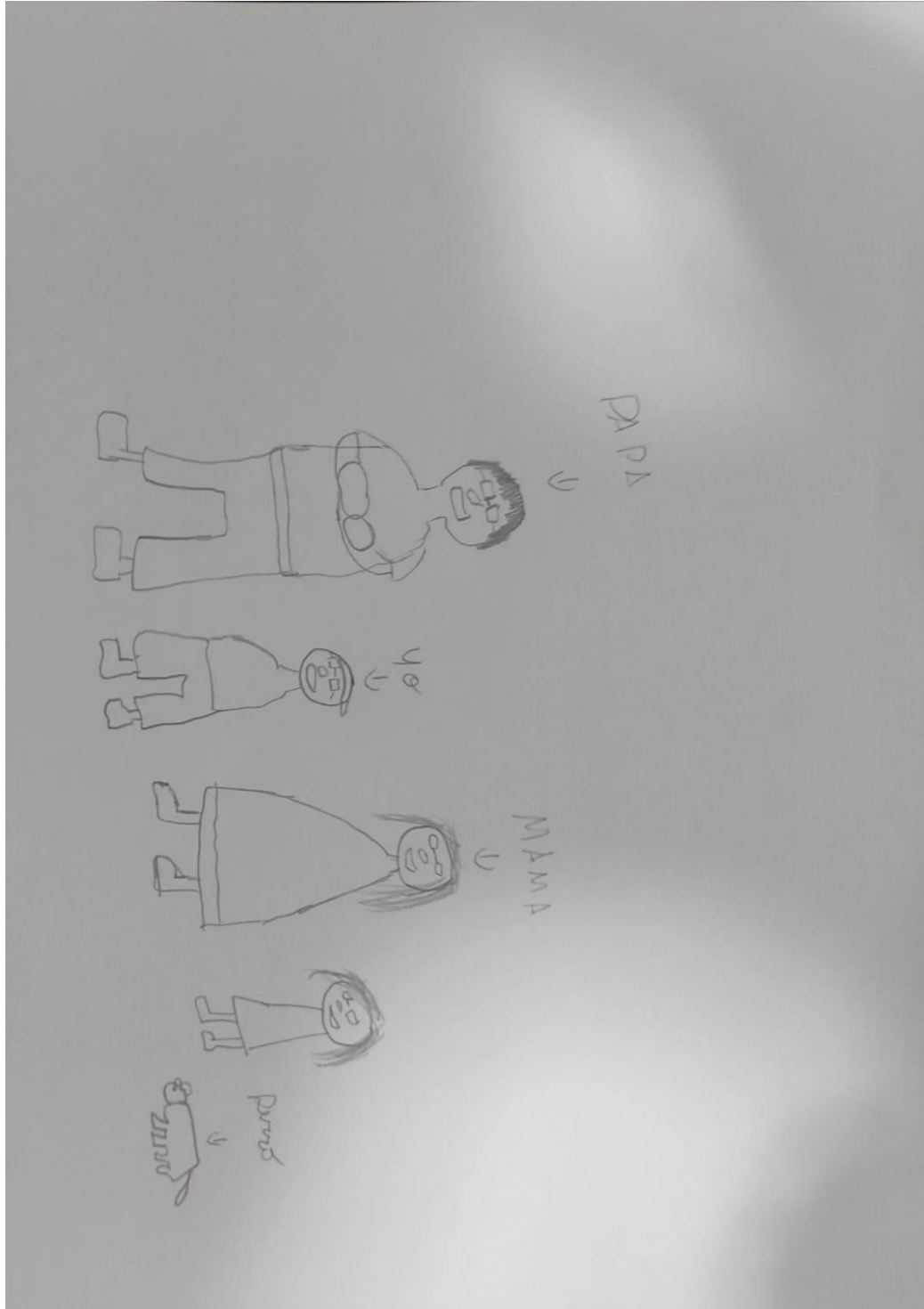
TEST de BENDER-KOPPITZ. INDICADORES DE DESAJUSTE EMOCIONAL. (Koppitz, 1974)		
Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: Hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. (Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales.) Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.		
I. <u>Orden confuso</u> . Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. <i>Confusión mental.</i> Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.	X
II. <u>Línea ondulada</u> (Fig. 1 y/o 2) Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación)	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.	X
III. <u>Rayas en lugar de círculos</u> (Fig. 2). La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más)	Impulsividad, falta de interés o de atención. Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.	-
IV. <u>Aumento progresivo del tamaño</u> (Fig. 1, 2 y 3) Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.	-
V. <u>Gran tamaño (macro grafismo)</u> Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	"Acting out" (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.	-
VI. <u>Tamaño pequeño (micro grafismo)</u> Uno o más dibujos son la mitad que el modelo	Ansiedad, conducta retraída, timidez.	X
VII. <u>Líneas finas</u> . Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.	-
VIII. <u>Repaso del dibujo o de los trazos</u> . El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas	Impulsividad, agresividad y conducta "acting out".	X
IX. <u>Segunda tentativa</u> . Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja. (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar)	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.	NO SE
X. <u>Expansión</u> . Empleo de dos o más hojas	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.	-
XI. <u>Marco alrededor de las figuras</u>	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.	-
XII. <u>Cambios o añadidos</u>	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad	-
TOTAL NUMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:		4

OBSERVACIONES: Comportamiento, Estilo de enfrentar una tarea nueva (marcar lo que proceda):

- **Niño bien adaptado.** Muestra con confianza en sí mismo, pone atención, analiza antes de copiar los dibujos. Buen control del lápiz y trabaja cuidadosamente. Se da cuenta de fallos y trata de corregirlos. Está satisfecho con el resultado.
- **Niño con dificultades de comportamiento y/o de aprendizaje.** Intenta retardar la tarea. Trabaja deprisa sin mirar previamente las figuras. O lentamente, recuenta, expresa gran insatisfacción con su trabajo.
 - **Inseguro** necesita que constantemente se les anime y dé confianza. Pregunta si lo está haciendo bien.
 - **Pobre control interno y/o coord. viso-motriz inmadura:** se va frustrando, se fatiga, los dibujos van empeorando.
 - **Perfeccionista.** Expresa exigencia, cuando en realidad lo están haciendo bastante bien.
 - **Falta de atención.** Errores por descuido, omite detalles, necesita ayuda para ir más despacio.
 - **Tiempo corto o rápido.** (Promedio: 6'20". Con problemas: 5'19". Hiperactivos: 4 minutos 41 segundos.)
 - Se esfuerza en **compensar** dificultades: trabaja de memoria, se ayuda con auto instrucciones verbal o sub-verbalmente, traza la figura con el dedo o en el aire, "anclaje", etc.
 - **Obsesivo:** alinea, numera las figuras... con extremada lentitud, cuidado y esfuerzo.

CONCLUSIONES: De la madurez perceptivo viso-motriz y su relación con: Puntuaciones de corte (10, 3 ó 4), otros tests (CI, EM), grupo social, rendimiento escolar, trastornos específicos de aprendizaje, ritmo de maduración y aplicaciones anteriores, factores emocionales y posibles indicadores de disfunción.

Anexo C. Test del dibujo de la familia de Corman



Anexo D. Test de ansiedad Staic

ANEXO 2.

Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación colombiana).

Nombres y Apellidos _____ Edad _____ Fecha _____

PARTE ÚNICA

1	Me siento angustiado	1	2	3
2	Me encuentro confuso	1	2	3
3	Me siento molesto	1	2	3
4	Tengo miedo	1	2	3
5	Me encuentro descansado	1	2	3
6	Estoy relajado	1	2	3
7	Me siento calmado	1	2	3
8	Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
9	Me preocupan cosas que puedan ocurrir	1	2	3
10	Me preocupo demasiado	1	2	3
11	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
12	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
13	Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
14	Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16	Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
17	Me encuentro molesto	1	2	3
18	Siento ganas de llorar	1	2	3

Calificación: se suman los resultados de cada factor de manera independiente y esta puntuación bruta se convierte en centiles en la tabla percentilar. Los factores son reconocibles porque las preguntas que los componen están juntas y tienen o no negrilla.



Anexo E. ficha de observación de la conducta

Agrupamiento jerarquizado de problemas de comportamiento

F 1. Conductas agresivas.	<ol style="list-style-type: none">1. pelearse.2. Comportamientos agresivos e insultos.3. Utilizar objetos como armas.4. Destrozar cosas suyas y de los demás.5. Intimidar.6. Tirar piedras.7. Rabieta.
F 2. Conductas contra compañeros.	<ol style="list-style-type: none">1. molestar.2. Celoso.3. Dominante, mandón.4. Culpar a los demás.5. Entrometido.
F 3. Conductas contra el maestro.	<ol style="list-style-type: none">1. Amenazarle física y verbalmente.2. mentirle.3. Ignorarlo.4. Molestar haciendo ruido.5. Insultar o faltar respeto.
F 4. Conductas contra el rendimiento escolar.	<ol style="list-style-type: none">1. Distracción.2. <u>Pereza</u>.3. Llegar tarde.4. Lentitud en el trabajo.5. Interrumpir las clases.
F 5. Conductas inadecuadas y hábitos socialmente no aceptados.	<ol style="list-style-type: none">1. Desordenado.2. Mal hablado.3. Robo.4. rebelde.5. Desaseado.6. Trabajo descuidado.7. Mentiroso.
F 6. Conductas que indiquen dificultades personales de integración y relación Con los demás.	<ol style="list-style-type: none">1. Malhumorado.2. Desconfiado.3. Egocéntrico.4. Desanimado.5. Hipersensible.6. Caprichoso.7. Hiperprotegido.8. Tímido9. Solitario.10. Irritable.11. Inseguro.12. Hace rarezas.13. Introverso.