



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

MODALIDAD PRESENCIAL

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN ESCRITA DEL
EXAMEN COMPLEXIVO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

PROBLEMA:

**RELACIONES PARENTALES DISTANTES Y SU INCIDENCIA EN LA ACEPTACIÓN
DEL DIAGNÓSTICO DE RETRASO MENTAL LEVE EN UNA NIÑA DE 9 AÑOS EN LA
UNIDAD EDUCATIVA PADRE MARCOS BENETAZZO.**

AUTOR:

NORMA GEOMAR BARROS CAMPOSANO

TUTOR:

MSC. ANDRÉS FERNANDO ARREAGA QUINDE

BABAHOYO - 2021

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO GENERAL	2
SUSTENTOS TEÓRICOS.....	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	11
RESULTADO OBTENIDOS.....	12
SITUACIONES DETECTADAS.....	15
SOLUCIONES PLANTEADAS.....	16
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	24

RESUMEN

El presente estudio de caso está enfocado en las relaciones parentales distantes que inciden en la aceptación del diagnóstico de Retraso mental leve en una niña de 9 años, partiendo desde la conceptualización de las variables para definirlo, ya que las relaciones parentales dentro del rol que debe cumplir la familia en estos casos es fundamental ya que según estas, se presentaran las reacciones ante el diagnóstico, lo cual llevará a determinar de qué manera abordaran y actuaran como familia ante esta situación, siendo un punto clave para el inicio o no de un tratamiento que mejore la calidad de vida del paciente de mano de profesionales de la salud mental. El tratamiento psicológico con la terapia cognitivo conductual con la aplicación técnica de reestructuración cognitiva en la paciente logró adquirir y desarrollar habilidades cognitivas y sociales para ayudar a un mejor desempeño académico, además de que se trabajó en el desarrollo de sus funciones de autonomía para disminuir su dependencia. El estudio de este caso se realizó en la Unidad Educativa Padre Marcos Benetazzo del Cantón Babahoyo. Se aplicó el enfoque cognitivo conductual, y se contó con la colaboración de su madre y su profesora del entorno familiar y escolar.

Palabras claves: Retraso mental, relaciones parentales, aceptación, autonomía, dependencia.

ABSTRACT

The present case study is focused on distant parental relationships that influence the acceptance of the diagnosis of Mental retardation level in a 9-year-old girl, starting from the conceptualization of the variables to define it, since parental relationships within the role that must Complying with the family in these cases is essential since according to these, the reactions to the diagnosis will be presented, which will lead to determine how they will approach and act as a family in this situation, being a key point for the beginning or not of a treatment that improves the quality of life of the patient in the hands of mental health professionals. The psychological treatment with cognitive behavioral therapy with the technical application of cognitive restructuring in the patient managed to acquire and develop cognitive and social skills to help better academic performance, in addition to working on the development of their autonomy functions to decrease their dependence. The study of this case was carried out at the Padre Marcos Benetazzo Educational Unit of the Babahoyo Canton. The cognitive-behavioral approach was applied, with the collaboration of her mother and her teacher from the family and school environment.

Keywords: Mental retardation, parental relationships, acceptance, autonomy, dependence.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, en la modalidad de examen complejo, es un estudio de caso práctico, en la línea de investigación correspondiente a asesoramiento psicológico, sub-línea de asesoría y orientación educativa personal, socio familiar, vocacional y profesional, en la cual se ejecutó una exploración psicológica en una estudiante de la Unidad Educativa P. Marcos Benetazzo.

El trabajo realizado, se llevó a cabo en varias sesiones, con una paciente de sexo femenino de 9 años de edad previamente diagnosticada con discapacidad intelectual F70 Retraso mental leve, por derivación del DECE de la institución a causa de su escaso progreso en sus actividades académicas; por lo cual el propósito fue determinar el estado mental, y la forma en que este diagnóstico ha afectado a los padres, para luego disponer de una manera de intervenir. Para este estudio de caso se utilizaron distintas herramientas psicológicas con la intención de conocer el coeficiente intelectual de la niña, sus relaciones familiares e indicadores emocionales, con el fin de brindar un óptimo asesoramiento psicológico desarrollando un esquema psicoterapéutico con un enfoque cognitivo conductual.

Durante el proceso de evaluación psicológica, tanto en la observación, la entrevista psicológica y las pruebas psicométricas aplicadas, se pudo percibir una notable dependencia de la paciente hacia su madre, lo cual ha provocado que no desarrolle sus funciones de autonomía, dificultándole de sobremanera su desenvolvimiento en el contexto escolar, social y familiar.

Existe una gran relevancia en la presencia de un abordaje psicológico en un niño que presenta bajo rendimiento académico a causa de su discapacidad intelectual leve, pues este tipo de niños sin la atención adecuada y seguimiento profesional tienden a agravar su sintomatología, de modo que es fundamental el tratamiento psicológico competente y el apoyo emocional familiar para mejorar su calidad de vida, puesto que se puede llegar a evidenciar progresos en las habilidades cognitivas y adaptativas del paciente aplicando el correcto tratamiento terapéutico consiguiendo un desarrollo notable en su rendimiento académico, social y en su diario vivir.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso es significativo para establecer de qué modo inciden las relaciones parentales distantes en la aceptación del diagnóstico de retraso mental leve en una niña de 9 años. Es relevante destacar el impacto significativo que el entorno familiar causa, debido a que en niños con este diagnóstico es fundamental tanto el tratamiento y atención psicológica profesional como el acompañamiento familiar positivo para conseguir progresos en el desarrollo de sus habilidades cognitivas y sociales; ya que el rechazo, la desinformación o la falta de atención en su entorno familiar por la incorrecta comunicación que puede existir entre sus padres es motivo de retrocesos y mayor dificultad en el desenvolvimiento de la paciente.

Los beneficios en este estudio de caso son dar a conocer la incidencia que representa la reacción del entorno familiar frente a un diagnóstico de Retraso mental leve, dado que de esta manera promovemos la psicoeducación y evitamos que este aspecto sea uno de los causales a que frente a este diagnóstico se presente una reacción de negación o aceptación parcial por parte de los padres, sino que sea comprendido como algo que se puede tratar y mejorar con la atención adecuada. Beneficiando de este modo a la paciente y a su familia.

La trascendencia de este trabajo genera mayor tranquilidad tanto a la niña como a la madre la cual mostró predisposición en el proceso siendo factible realizar este estudio de caso, ya que por medio de la intervención psicológica es posible disminuir las dificultades que presenta la niña lo cual le está generando la limitación en sus funciones de autonomía y en su motricidad fina, y que por medio de las diversas técnicas cognitivas se ayudara a que la paciente sea más independiente y autónoma y se evidencien progresos en su desempeño académico y social.

OBJETIVO GENERAL

Determinar de qué manera inciden las relaciones parentales distantes en la aceptación del diagnóstico de retraso mental leve en una niña de 9 años en la unidad educativa Padre Marcos Benetazzo.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Relaciones parentales

En la interrelación presente entre padres e hijos debe existir una contribución al desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños que los impulse como personas suficientes, con fortaleza y seguridad de su lugar a desempeñar. De manera que el entorno familiar positivo ayuda a que el niño con Retraso mental leve, lleve la atención correcta y guía necesaria desde casa, además de que se le dé la importancia debida como para llevar al niño a profesionales como psicólogos o psicopedagogos los cuales darán las directrices pertinentes y el abordaje psicotécnico requerido en niños con este diagnóstico con la finalidad de desarrollar su autonomía y sus habilidades cognitivas y sociales.

Coronel (2019) afirma. “Las relaciones parentales, las formas de vincularnos con nuestros hijos, tienen una historia que empieza mucho antes de que ellos nacieran. De hecho, inicia con nuestras propias experiencias de infancia, de cuidado, de comunicación con nuestros padres... y antes.” (p.1). Es por ello que podemos definir las relaciones parentales como el conjunto de diferentes interacciones existentes entre padres e hijos con la finalidad de la creación de un vínculo, estas relaciones pueden ser estrechas o distantes y depende mucho de la manera en la cual el sistema familiar procese sus interacciones y de qué modo las expone, puesto que por ejemplo, en una familia en donde está presente la violencia intrafamiliar serán evidentes las relaciones conflictivas que tendrán padres e hijos y en ocasiones estas actitudes negativas de los padres son las que generan que en la formación de nuevas familias por parte de sus hijos sea probable que vuelvan a repetirse estas relaciones conflictivas.

Algo relevante de las relaciones parentales es que requiere el conocimiento de los entrelazamientos entre varias circunstancias: las diversas etapas de desarrollo por las que se atraviesa como ciclo de vida, las diferentes maneras y estructuras familiares, los individuos que constituyen dichas estructuras, los procesos comunicativos que se da entre los que componen la familia como tal y las diferentes inconformidades que afectan dichos vínculos.

Gallego (como se citó en Gruanuer, 2013) plantea que los procesos familiares son estructurados y en patrones o que otorga cierta coherencia a las familias, esto no quiere decir

que sean estáticas o que no cambien, por el contrario, las familias son sistemas dinámicos en los que ocurren cambios constantes.

Padres de niños con deficiencia mental.

Para el desarrollo adecuado de cualquier niño es fundamental la presencia y apoyo de su familia por lo cual, Camacho y Sarango (2011) afirman:

La familia de niños con deficiencia mental leve, no participan en el desarrollo cognitivo de sus hijos debido a que existe un marcado descuido por parte de la familia en la estimulación de los procesos cognitivos y poco refuerzo en las tareas escolares. (p.3)

Lo que refleja la importancia de que la familia esté informada acerca de cómo actuar en casos de discapacidad intelectual de la mano de guías profesionales.

Las prácticas de crianza de los padres y madres dan cuenta de las competencias parentales con las que estos cuentan. Estas competencias se definen según Barudy, y Dantagnan (como se citó en Bernal, Rodríguez, González, y Torres, 2018) como las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y asegurarles un desarrollo suficientemente sano.

Las competencias vinculares incluyen las prácticas parentales orientadas al desarrollo de un apego positivo y un progreso socioafectivo conveniente en los hijos e hijas.

Las competencias formativas integran las prácticas de crianza orientadas a propiciar el desarrollo cognitivo y social de los sujetos infantiles. A su vez, las competencias protectoras incluyen las prácticas parentales orientadas a brindar protección y cuidado a los hijos e hijas, asegurando su integridad tanto física como emocional. Y finalmente, las competencias reflexivas incluyen las prácticas de crianza orientadas al razonamiento sobre el propio estilo parental, la revisión sistemática de las prácticas asociadas a este y la evaluación del desarrollo de los hijos e hijas, con el propósito de retroalimentar las otras competencias parentales. Gómez & Muñoz (como se citó en Bernal et al. 2018, p.167).

Tal como fue evidenciado previamente, las capacidades parentales favorables se relacionan con una mejor labor de desempeño satisfactorio de los niños y niñas en

ocupaciones de planificación y solución de problemas; de allí la importancia de conocerlas e incentivarlas en el entorno familiar.

Retraso mental leve

El retraso mental presenta limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, estas se manifiestan durante el periodo del desarrollo, y a su vez coexisten con capacidades. Verduga (como se citó en Afonso, 2018) afirma:

Las limitaciones en inteligencia deben ser consideradas junto a las diferentes dimensiones de funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas, consideraciones psicológicas y emocionales, consideraciones físicas, de salud y etiológicas y por último consideraciones ambientales, ya que por sí sola no es suficiente para llevar a cabo un diagnóstico, pero si es un criterio necesario para ello. Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan a la vida diaria y a la habilidad de responder a los cambios en la vida y las demandas ambientales. Las limitaciones del participante deben observarse en un contexto adecuado a su edad, a sus iguales y unido a las necesidades individuales de apoyo. (p.4)

La clasificación internacional de enfermedad define al Retardo Mental como la condición de tensión o desarrollo incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las capacidades cognoscitivas, del lenguaje, la motricidad y las relaciones sociales.

Según la American Association of Medical Dosimetrists - AAMD y la Organización Mundial de la Salud – OMS; en el Retraso Mental se da una lentitud a la hora de alcanzar las distintas etapas del desarrollo intelectual y personal. La persona con retraso mental llega significativamente más tarde a alcanzar esas etapas que el resto y lo hace de forma diferente. El RM se presenta como una limitación de la inteligencia que se manifiesta en dificultades de comprensión y de razonamiento, y reduce la capacidad de aprendizaje y actuación. (Pérez, 2015, p.131, 132)

Para estas instituciones (AAMD y la OMS) el retraso Mental trasciende a una disminución del funcionamiento y capacidad intelectual significativa por debajo de la media.

La OMS hace referencia a un nivel de inteligencia inferior al medio, debe estar por debajo de un CI de 70. Estas disfunciones están relacionadas con un déficit en las habilidades

adaptativas en dos o más de las siguientes (habilidades de comunicación, habilidades académicas funcionales, habilidades de cuidado personal, autorregulación, sociales, tiempo libre y ocio, habilidades en la vida en el hogar, en la salud y el trabajo). (Pérez, 2015, p.132)

Herber (como se citó en Valverde, 2014) afirma que “Retraso mental se refiere a funcionamiento intelectual inferior a la media que se origina durante el periodo de desarrollo y se asocia con deficiencias en uno o más 6 de los siguientes aspectos: (1) maduración, (2) aprendizaje y (3) ajuste social” (p.5, 6). Por lo cual es necesaria la aplicación de técnicas de entrenamiento de habilidades sociales y cognitivas con la finalidad de que el paciente logre adaptarse y desenvolverse en los diferentes ámbitos de su vida diaria. Valverde (2014) afirma:

El constructo conducta adaptativa ha ido tomando vigencia en el estudio de la discapacidad intelectual; llegando a convertirse en el segundo parámetro por el que se determina el nivel, necesidad y tipo de apoyo que deben tener las personas que presentan esta discapacidad. (p.6)

Etiología

La DI o RM se refiere a un nivel de limitación cognitiva, pero no es un diagnóstico etiológico. Identificar la causa del RM, supone un adecuado abordaje clínico, un control del riesgo repetitivo y un conocimiento del pronóstico. Las causas genéticas pueden tener repercusiones en gestaciones futuras, e incluso afectar al resto de sistema familiar.

La etiología puede dividirse según el momento en el que surge el daño cerebral: prenatal, perinatal y postnatal. La mayoría de los casos (aproximadamente el 70%) son de origen prenatal. La perinatales y postnatales son responsables de aproximadamente un 5% cada una, siendo el resto indeterminables. En un porcentaje alto de casos no se llega a saber el diagnóstico preciso. Este porcentaje es mayor en los casos de DI leve. (Marti, 2011, p.2)

Según los estudios de Ke y Liu (2017) afirman que: la causa de origen prenatal tiene un 60% de prevalencia siendo estas genéticas en un 35%, cromosómica 10%, monogénica, errores del metabolismo, síndromes específicos, malformaciones cerebrales o agentes externos como tóxicos inespecíficos, etc. Por otra parte, tenemos las de origen perinatal las cuales pueden darse a causa de meningitis o septicemia perinatal o disfunción de la placenta, complicaciones en el

parto, etc., también puede considerarse de origen postnatal si se dan infecciones cerebrales, traumatismo craneal, desnutrición grave, baja estimulación y demás lo cual varía en cada uno de los casos que se presentan.

Evaluación ante un niño con RM o DI

La evaluación en estos casos no tiene una guía determinada, no obstante, en primera instancia debe ser de práctica clínica ya que se necesario determinar si hay origen genético existente sin embargo no se llega a un diagnóstico específico en base etiológica. Por otra parte, existe cierta efectividad en realizar evaluaciones psicológicas ya que se recepta toda la información previa como los análisis clínicos antes mencionados en donde se determinan ciertas disfunciones cerebrales que pueden ser causante de esta patología, es aquí en donde se registra la anamnesis, antecedentes personales y familiares y la exploración física en conjunto con las diversas pruebas psicométricas que pueden ser aplicadas para determinar el CI del niño e identificar el grado de discapacidad (Marti, 2011). Para poder establecer posteriormente un esquema terapéutico de manera que se realicen entrenamientos en reestructuración cognitiva y demás técnicas en beneficio a que el paciente mejore su calidad de vida a medida de lo posible.

Coefficiente intelectual CI

El coeficiente intelectual o CI es una puntuación que se determina a través de múltiples de pruebas o test. Existen diversos tipos de test que tienen como objetivo medir las habilidades generales y específicas como: lectura, aritmética, vocabulario, memoria, conocimiento general, razonamiento abstracto, habilidades visuales, habilidades verbales, habilidades sociales, etc. Entre los test responsables de determinar el coeficiente intelectual se encuentran la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, la escala de Stanford-Binet, la Batería de Evaluación de Kaufman para Niños y la Escala de Matrices Progresivas de Raven. Ke y Liu (2017) afirman que:

Aunque el coeficiente intelectual puede cambiar un poco con la edad, es un concepto sorprendentemente robusto, y es fuertemente predictivo del logro personal. El CI tiene un gran componente hereditario, pero factores ambientales también tienen un efecto importante. La heredabilidad aumenta con el aumento de la edad: puede ser tan baja como 0,2 en la infancia, 0,4 en la adolescencia y hasta 0,8 en la edad adulta. Aunque CI parece

un concepto simple, ha sido marcado por controversia. Por ejemplo, algunos autores creen que inteligencia es una combinación aprendida de múltiples habilidades y capacidades diferentes, mientras que otros asumen que la inteligencia es un rasgo fuertemente determinado por la genética, incluso otros creen que hay grandes diferencias étnicas o raciales. (p.4)

Tratamiento

El tratamiento y las necesidades de apoyo dependen de la competencia social y la función cognitiva. El retraso mental es considerado por Sulkes (2020) como:

Un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio (expresado, a menudo, por un cociente intelectual $< 70-75$) combinado con limitaciones en el funcionamiento adaptativo (es decir, comunicación, autodirección, aptitudes sociales, cuidados personales, uso de recursos comunitarios y mantenimiento de la seguridad personal), junto con una necesidad demostrada de soporte. El tratamiento consiste en educación, asesoramiento familiar y apoyo social. (p.1)

El apoyo y asesoramiento familiar son fundamentales para iniciar un proceso de tratamiento, sin embargo es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario trabajar en todas y cada una de las áreas necesarias entre ellos podemos incluir a neurólogos, especialistas del lenguaje los cuales ayudaran con los retrasos del lenguaje o posibles hipoacusias, trabajadores sociales, y psicólogos quienes intervienen y supervisan la planificación de el abordaje conductual con la finalidad de desarrollar su cognición. (Sulkes, 2020). A través del enfoque cognitivo conductual, reforzando la psicoeducación en el sistema familiar en el que convive el niño para facilitar e indicar de qué manera debe actuar la familia para cumplir el rol fundamental dentro del tratamiento.

Generalmente los objetivos del tratamiento cognitivo son aumentar la atención, imitación motora, y seguimiento de órdenes al menos en un 80% de respuestas correctas. También la adquisición de conceptos básicos, incrementar sus habilidades sociales y mejorar sus habilidades motoras finas (Vives, 2015). De manera que estos objetivos nos ayudaran a desarrollar cada una de las sesiones de terapia para ir trabajando cada una de las dificultades del

paciente hasta lograr el objetivo general que sería lograr la adaptación del niño al medio, luego de haber trabajado sus habilidades para de este modo poder brindarle una mejor calidad de vida.

Aceptación del diagnóstico de retraso mental leve

Los padres al recibir el diagnóstico de su hijo de retraso mental leve no saben de qué manera tomarlo, o simplemente lo toman como algo irrelevante e incluso pueden llegar a tener la reacción de negación o aceptación parcial lo cual es contraproducente para el bienestar del niño debido a que al momento de no aceptar un diagnóstico como tal están ignorando las opciones que se tiene para mejorar la sintomatología del niño (Hospital Sant Joan de Déu, 2013). De manera que se dé con atención profesional y actividades de guía en casa en donde es fundamental el apoyo de sus padres que es con quienes generalmente conviven.

La reacción familiar representa la repercusión que tiene un acontecimiento en este caso la presencia del retraso mental leve en un hijo o hija debido a los cambios que tendría que afrontar el sistema familiar para mejorar la calidad de vida de quien lo padece y el sentido que los miembros le otorgan a la resonancia siendo favorable o desfavorable. Esta resonancia puede tener una influencia en cuatro aspectos primordiales como el económico, social, psicológico, de funcionamiento familiar y de estado de salud. La resonancia alcanza diversos grados, que van desde la no resonancia hasta la resonancia severa (González y Herrera, 2013). Lo cual indicará que tan afectado se verá el sistema familiar frente a este caso y si actuará o no de manera positiva en beneficio del paciente.

Desde el momento en que a un hijo es diagnosticado con una deficiencia, el sistema familiar sufre un impacto, y los padres atraviesan diferentes estados psicológicos y emocionales que tienden a variar según cada caso. Se crea una especie de conflicto intrapsíquico generando intensos síntomas de anhelo, tristeza o pérdida de sentido que conlleva a que la familia y principalmente los padres desarrollen desgaste emocional, aflorando una serie de problemáticas psicosociales (Fernández, Nieves, Catena, Pérez y Cruz, 2016). “El desgaste emocional en las familias dificulta sobrellevar la situación, son los padres y demás familiares, quienes entregarán al niño las oportunidades de participar del mundo que los rodea, promoviendo su educación formal” (Villavicencio, Romero, Criollo y Peñaloza, 2018, p.90).

Frente a una situación de discapacidad intelectual, la familia debe trabajar en conjunto, en esta realidad las interacciones del sistema familiar se transforman de manera repentina, dando paso a estados emocionales con disidencia, acompañado de coraje, culpabilidad y tristeza profunda. García, Lilia y Morales (como se citó en Martín, 2017) plantea que una manera diferente de asumir un problema, en este caso la convivencia con una persona con discapacidad, es considerar a la familia como un sistema del cual el niño forma parte, por lo que es necesario observar y analizar las relaciones existentes entre el hijo con discapacidad y su familia, en el aquí y el ahora.

Ante la evidente situación de desesperación por un hijo con deficiencia intelectual los padres enfrentan diversas etapas emocionales. Elisabeth Kübler-Rose (como se citó en Martín, 2017) analizó estas fases y afirma que:

Cada una de ellas puede mantenerse durante algún tiempo, sucederse remplazando una u otra o bien se pueden representar simultáneamente. Las diferentes etapas por las que aparece son:

1. Negación: Se conserva la esperanza de que pueda existir algún error en el diagnóstico. Es una defensa temporal que puede ser reemplazada por una aceptación parcial.
2. Agresión: Los padres pueden agredirse mutuamente, o bien, alguno de ellos puede culpar al otro por la problemática del niño.
3. Negociación: Aun no se acepta completamente el problema del niño, sin embargo, se muestran abiertos al dialogo.
4. Depresión: Cuando los padres reflexionan la situación del niño dentro del contexto familiar y social, aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento de las horas de sueño, etc.
5. Aceptación: Puede ser parcial o total y puede durar mucho tiempo o, si se presentan épocas de crisis, alguna de las fases anteriores puede volver a repetirse.

En algunas ocasiones los padre se mantienen en las etapas de negación y agresión lo cual impide que el correcto tratamiento psicológico se lleve a cabo, muchas veces esto se da por desinformación, por vergüenza, o por problemas en sus relaciones de pareja siendo el diagnóstico un detonante para que los conflictos aumenten y el sistema familiar se convierta en un ambiente tenso para el niño en lugar de ser de armonía y trabajo conjunto para que el niño desarrolle sus habilidades y mejore su calidad de vida.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas aplicadas en el presente estudio de caso fueron utilizadas con el objetivo de recolectar información para el correcto abordaje psicológico en la niña de 9 años con discapacidad intelectual leve F70. Las cuales fueron las siguientes:

Ficha de observación

Este instrumento de investigación es fundamental del campo de la psicología en el desarrollo de ciertos casos clínicos, en donde se precisará la descripción física y del entorno y muy minuciosamente se detalla el comportamiento, contenido del pensamiento y la conducta observable. En la observación como tal es primordial observar atentamente al paciente, tomar información y registrarla en lo que se denomina ficha de observación para su posterior análisis (Menchú, 2017). Esta inquisición será de apoyo elemental para definir las hipótesis a plantear con la finalidad de llegar a un diagnóstico. (Ver anexo 2)

Entrevista

Es una técnica de gran utilidad para los psicólogos, por lo que se entabla un proceso de comunicación entre el profesional y el paciente, mediante el planteamiento de preguntas en donde implica la manifestación de todos los canales de comunicación como el oral o gestual (Morga, 2012). Facilitando la recolección de información relacionada con la historia personal, antecedentes de enfermedades médicas o psicológicas del paciente y su familia a más de esto la irrupción del cuadro psicopatológico, diagnósticos diferenciales y estructurales, o las posibles acciones terapéuticas a ejecutar. (Véase en Anexo 3)

Test de la persona bajo la lluvia

El uso de las pruebas psicométricas fue con el objetivo de corroborar la información obtenida previamente y determinar más datos de forma específica, ayudando a descartar hipótesis planteadas a través de las técnicas que anteceden en las primeras sesiones y así obtener un diagnóstico definitivo. Cabe destacar que tanto la madre como la niña fueron informadas sobres los parámetros y objetivos de cada test a aplicar.

Se aplicó el test de la persona bajo la lluvia el cual “es un procedimiento simple, que produce un mínimo de ansiedad en el sujeto de la prueba; su toma requiere poco tiempo y puede ser aplicada por personal auxiliar; tan sólo se necesita una hoja de papel y un lápiz. Es apropiado en todas las edades, todas las profesiones y para ambos sexos” (Querol y Chaves, 1997, p.1). Es un instrumento válido en la práctica clínica para la detección de situaciones traumáticas que puedan haber sufrido los niños o adolescentes. (Ver Anexo 4)

Test de matrices progresivas de Raven

Se utilizó el test de matrices progresivas de Raven que “es un test no verbal que examina la habilidad mental general de acuerdo a la teoría factorial de la inteligencia.” (Rossi-Casé, Neer, Lopetegui, Doná, Biganzoli y Garzaniti, 2014, p.4). Es mayormente utilizado para medir la inteligencia mediante la determinación del coeficiente intelectual de los pacientes. (Ver Anexo 5)

Test de la familia

Por último, se realizó el test de la familia que “se administra a partir de cinco años y hasta los dieciséis. En ella se analiza la percepción que tiene el niño de su familia y del lugar que ocupa en ella” (Aparicio, 2019, p.1). (Véase en Anexo 6)

RESULTADOS OBTENIDOS

La paciente es una niña de 9 años de edad, que convive en una familia nuclear, siendo hija única. Asiste a la Unidad Educativa P. Marcos Benetazzo cursa el 4 grado de básica, es una niña que inicio su etapa escolar sin ningún problema, sin embargo a medida que pasó el tiempo fueron evidentes las dificultades que presentaba la niña por lo que la docente la llevó al departamento de psicología, e informó a sus padres los cuales la hicieron atender particularmente en donde fue diagnosticada con retraso mental leve F70 hace aproximadamente 2 años y actualmente fue derivada al DECE ya que por la pandemia no ha recibido atención profesional hace ya más de 1 año. El presente estudio de caso se realizó a través de 7 entrevistas, acordadas con la representante de la niña, las cuales se proceden a detallar a continuación:

Primera entrevista

El primer encuentro se realizó con la madre de la paciente, la cual brindó información fundamental para la elaboración de la historia clínica de la niña, en la cual manifestó que trata de hacer lo más que puede pero que a su hija le cuesta un poco aprender, también dio a conocer que se le han realizado estudios médicos pero que no hay razón determinante que refiera la discapacidad intelectual de la paciente, no ha tenido seguimiento profesional debido a la pandemia pero comentó que ella es quien guía a su hija y trata de ayudarla con sus tareas en conjunto con su maestra ya que su cónyuge trabaja todo el día y es ella quien pasa la mayor parte del tiempo con la niña.

Segunda entrevista

Para la realización del segundo encuentro se procedió a solicitar la presencia de la docente de la paciente, la cual brindó información y mostró preocupación al expresar los motivos por los cuales sugirió se le realice una valoración psicológica a la menor. Por lo cual manifestó “la niña no tiene progresos en clases no me avanza para nada y creo que es un descuido de la mamá porque cuando uno le dice algo al respecto solo dice que si hace con ella en casa y que lo que pasa es que le cuesta un poco aprender que los demás y que debemos ir más despacio” lo cual hacen ya que deben aplicarse la adaptación curricular pero sin el debido seguimiento en casa y sin la guía psicológica profesional la niña no está teniendo avances en su aprendizaje a más que manifiesta que la niña solo responde a lo que la mamá le dice es decir, que es dependiente de ella no puede tomar sus propias decisiones ni realizar tareas que otra persona le asigne.

Tercera entrevista

En este tercer encuentro se realizó el primer contacto con la niña estableciendo el rapport, realizando preguntas variadas antes de ir al punto principal; al mismo instante se observa su lenguaje corporal, gestos y conducta. Paciente pone de manifiesto nerviosismo, movimientos de manos y mirada esquiva poca atención. Durante el dialogo ella se muestra dubitativa con la mirada hacia la puerta ventana tratando de ubicar a su madre, no responde las preguntas con claridad ya que es necesario repetir varias veces la pregunta para obtener una respuesta de su parte y se muestra muy distraída.

Cuarta entrevista

Lo previsto para el cuarto encuentro fue la aplicación de los test con el consentimiento de su representante. Esto con el objetivo de contrastar información obtenida mediante las entrevistas antes realizadas. Durante la aplicación de los test la paciente todo el tiempo buscaba con la mirada a la mamá ya que se encontraba en la oficina contigua; al tener que responder alguna pregunta sus respuestas eran monosilábicas, y en la mayor parte del tiempo solo movía la cabeza, necesita que alguien le diga que hacer y cómo hacerlo evidenciándose de esta manera su dependencia.

Quinta entrevista

Para el quinto encuentro se solicitó la presencia de madre de la paciente, para informarle de los hallazgos que se obtuvieron mediante las entrevistas y aplicación de test a la niña y el debido procedimiento que se desarrollará en beneficio de la salud de la paciente. Se le explicó el tratamiento psicológico que se aplicará en función a los hallazgos obtenidos. Consiguiendo el compromiso de ayudar a su hija para mejorar su calidad de vida; acotando también que para ella es un poco difícil esta situación ya que no cuenta con el apoyo completo de su pareja por lo que pensaban que su escaso desarrollo era propio de su edad o por “engreimiento” sintiendo un poco de vergüenza lo cual impedía que se tomen en serio el diagnóstico de la niña limitando de esta manera sus habilidades cognitivas y sociales.

Sexta entrevista

Durante esta entrevista se procedió a la aplicación de técnicas cognitivas conductuales entre ellas la psicoeducación y el diálogo socrático con la paciente y su madre, también la técnica del modelado y la del ensayo conductual, en cada una de ellas con y sin la presencia de la madre. En periodos de tiempos para la aplicación de cada una de ellas. A más de esto se acuerda como tarea la ejecución de estas técnicas en el hogar.

Séptima Entrevista

Durante esta entrevista se procedió a dialogar nuevamente con la docente y la representante de la niña las cuales manifestaron que poco a poco la niña ha mostrado avances en el desarrollo de sus habilidades como la cooperación y su memoria, puesto que ya logró

recordar el nombre de su padre y las vocales; se recomienda a la madre que siga con las tareas asignadas para que la niña pueda desarrollar su autonomía.

A través de las técnicas de recolección de información aplicadas en el presente estudio de caso se obtuvieron datos que permitieron determinar las situaciones que limitaban el desarrollo de las habilidades sociales y cognitivas de la paciente y su autonomía; por lo cual se optó trabajar con técnicas dentro de la terapia cognitivo-conductual.

SITUACIONES DETECTADAS

La paciente es hija única, convive en una familia nuclear, la relación con sus compañeros era normal a pesar de cierto temor al encontrarse con muchos niños en el baño en los recesos lo cual le impedía hacer uso de los mismos. Al observar que la niña no tenía progresos adecuados en su aprendizaje la docente fue la persona quien actualmente busco ayuda profesional en el departamento de psicología de la unidad educativa; se realizaron los principales procedimientos para citar a la madre de familia para dialogar sobre la situación con su representada.

Cabe mencionar como punto importante la presencia del padre a lo largo de la intervención de la niña fue nula ya que él se mantenía ocupado con su ocupación laboral; esta información fue obtenida de la madre del infante. Lo cual se toma en cuenta que uno de los factores influyentes para que el diagnóstico no haya sido atendido de manera adecuada con seguimiento profesional, provocando una dependencia de la niña hacia su madre ya que con ella es con quien pasa la mayor cantidad de su tiempo y es quien la ha guiado hasta ahora.

Mediante la aplicación del test de la persona bajo en la cual solo dibujó 3 nubes demostrando pobreza en el dibujo por lo cual refleja timidez, retraimiento, dependencia, pobreza de ideas y de razonamiento y dificultad para enfrentar una tarea nueva; por otra parte, en la interpretación del test de la familia se representó timidez y poca exposición vital, denotó debilidad. No reconoce figura paterna como miembro de su familia. Solo dibuja a la mamá y a ella, necesita de una figura de autoridad que le diga que hacer y decir, en este caso, define a su madre como dicha figura. Por último, a través de la aplicación del test de Raven se pudo constatar la discapacidad intelectual de la niña que obtuvo un resultado en su CI de 67 lo cual la sitúa en un rango de deficiencia intelectual. Durante los procesos de entrevista se pusieron de manifiesto varios signos y síntomas de la paciente tales como:

Funciones cognitivas: Durante las entrevistas la niña presentó problemas en el procesamiento auditivo y parapraxia. Evidente dificultad para tomar decisiones. Poco desarrollo de su autonomía por lo que depende de su madre y también se detectó dislexia y disgrafía.

Funciones afectivas: Se detectó que no reconoce a su padre como miembro de la familia ya que la mayor parte de su tiempo pasa con su madre debido a que él trabaja todo el día, por lo cual la escasa presencia de la figura paterna ha provocado que solo reconozca como familia a ella y a su madre.

Funciones conductuales: Durante las entrevistas la paciente se mostró distraída, nerviosa y siempre en búsqueda de su madre para que la dirija y le diga que hacer o que decir, siempre inquieta e interrumpía los test o preguntas que se le realizaban levantándose o prestando atención a otras cosas lo cual se refleja en el registro de la ficha de observación.

Mediante el proceso desarrollado en el presente estudio de caso, se obtuvo información importante para proceder a la aplicación de instrumentos psicológicos, lo cual contribuyó a la detección de diferentes alteraciones en las funciones cognitivas, conductuales y afectivas; por ello se procede a establecer la presencia de una afectación en el área cognitiva de la paciente y lo cual mediante los criterios diagnósticos del DSM – 5 se determinó la presencia de Discapacidad intelectual 317.0 y según el CIE 10 lo da a conocer como F70 Retraso mental leve.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Posterior a la respectiva exploración psicológica se obtuvieron los resultados antes mencionados, por lo cual se ha planteado posibles soluciones para lograr un mejor orientación de la madre respecto a cómo debe actuar y las tareas que debe seguir con su hija pueda mejorar su desempeño académico dentro de lo posible, se procedió a diseñar un plan terapéutico dirigido a la ejecución de técnicas dentro de la terapia cognitivo-conductual, en conjunto con ayuda del representante de la paciente se buscaron obtener resultados positivos, con el cumplimiento de las tareas asignadas.

El presente plan terapéutico está enfocado para que la paciente mediante la ejecución de las técnicas que integran la terapia cognitiva-conductual, aprenda a desarrollar sus funciones de autonomía, y a su vez ayude al fortalecimiento de sus habilidades cognitivas y sociales tomando

en cuenta también mejorar su rendimiento académico. A continuación, se presenta las técnicas y metas del esquema terapéutico planteado:

Esquema terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Desinformación.	Dar a conocer a la madre sobre las necesidades educativas especiales de su hija, así como el desarrollo de cierto nivel de autonomía.	Psicoeducación. Diálogo socrático.	2	10/12/2020 15/12/2020	Se conseguirá que la madre de la paciente conozca lo que le esta afectando el aprendizaje y desenvolvimiento y lo que se pretende hacer para mejorar su problema.
Carencia de autonomía.	Aumentar la seguridad personal y autonomía para poder tomar decisiones por sí misma. Aprender modelo de	Técnica de modelado. Técnica de ensayo conductual.	2	21/12/2020 23/12/2020	Se logrará que la paciente pueda mantener su autonomía y de esta manera no ser dependiente de su madre en su totalidad.

	comunicación asertivo.				
Carencia de autonomía. Dificultad en sus habilidades sociales.	Dar a conocer a la paciente el grado de competencia que ha mostrado en la ejecución del ensayo conductual. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.	Técnicas de Retroalimentación y reforzamiento.	2	28/12/2020 30/12/2020	Se logrará mediante la utilización de la comunicación asertiva de manera que sea de motivación para que esas conductas se repitan y se mantengan de manera correcta en el futuro.

CONCLUSIONES

El presente estudio de caso se realizó con una paciente de sexo femenino de 9 años de edad, la cual estaba diagnosticada con un tipo de discapacidad intelectual ubicado en la clasificación del Cie-10 como F70, por lo cual necesitaba seguimiento y evaluación de su estado mental; a través de la exploración, entrevistas e instrumentos psicológicos se pudo evidenciar una notable dependencia de la niña hacia su madre, lo cual ha dificultado el desarrollo normal de su autonomía en conjunto con sus habilidades cognitivas y sociales.

El trabajo realizado dio paso a corroborar de manera efectiva el objetivo planteado en un inicio, dado que un niño con discapacidad intelectual necesita del apoyo familiar para poder tomar de manera objetiva su diagnóstico, y trabajar en equipo para desarrollar su cognición y sociabilidad, siendo esto factible si el ambiente del sistema familiar es positivo con el fin de coadyuvar en el desempeño de las funciones afectivas del paciente lo cual facilitará la obtención de buenos resultados ante el tratamiento apropiado a la presente discapacidad.

Durante el proceso investigativo llevado a cabo se logró sintetizar las contribuciones que daban relevancia al tema estudiado para de esta manera dar una coherencia al contenido expuesto en los sustentos teóricos y así relacionar a la paciente de modo idóneo al estudio de caso, puesto que como planteó Martí, una manera diferente de asumir la convivencia con una persona con discapacidad, es considerar a la familia como un sistema del cual el niño forma parte, por lo que es necesario observar y analizar las relaciones existentes entre el hijo con discapacidad y su familia, en el aquí y el ahora; viendo reflejada como parte fundamental la intervención psicológica adecuada para la niña según su diagnóstico.

En relación a lo expuesto, se determinó que el factor desencadenante de la falta de atención adecuada y desinformación es la escasa participación del padre como miembro de la familia en el tema del diagnóstico y tratamiento de su hija, de tal manera que la madre se enfrente prácticamente sola ante dicha situación y con la poca información acerca de la atención

y las técnicas que un profesional en la salud mental puede proporcionar, con las cuales la paciente puede fortalecer y desarrollar sus deficiencias con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

A más de esto, se llegó a comprender la importancia del rol familiar y las relaciones parentales al momento de aceptar diagnósticos como el antes mencionado, ya que según esto serán las reacciones las cuales tienen gran relevancia al momento de la toma de decisiones respecto a lo que se hará o no para bienestar del paciente, puesto que si las reacciones son negativas desencadenaran situaciones en las cuales la sintomatología del paciente empeore y al no ser atendida su calidad de vida se vea afectada.

Tomando en cuenta la carencia de autonomía de la niña, fue necesario informar a la madre de qué manera actuar para que la paciente deje progresivamente su dependencia y consiga desarrollar cada una de las habilidades que han sido poco estimuladas, con la finalidad de que en un futuro pueda valerse por sí misma y sea capaz de desempeñar cada una de las actividades propuestas a nivel académico y social que sean parte de su progreso personal.

Por ello, se recomienda tomar en cuenta cada uno de los factores que coadyuvan a que esta discapacidad sea muchas veces ignorada, lo cual provoca que las personas que la padecen no tengan un desarrollo cognitivo y personal adecuado, es necesario que las instituciones educativas tomen en cuenta estas discapacidades como tema de gran relevancia dentro del desarrollo del programa denominado “Escuela para padres” para así disminuir la desinformación y que los padres al enfrentarse a un diagnóstico como el F70 sepan de qué manera actuar y a que profesionales acudir para conseguir que sus hijos puedan desenvolverse lo mejor posible con el seguimiento óptimo y el apoyo familiar fundamental para los niños en estos casos. Por último, es relevante mencionar que a los estudiantes también se les debe hacer conocer acerca de estas discapacidades con el objetivo de que quienes poseen este diagnóstico no sean objeto de burla, evitando y disminuyendo de esta manera los casos de bullying lo cual sería contraproducente en el tratamiento y desarrollo positivo de las dificultades del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Afonso, N. (2018). *Retraso mental: Descripción de un caso*. (Tesis de Grado) Universidad de la Laguna, España.
- Aparicio, M. (2019, 15 de octubre). *El Test de la Familia*. Psicología Online. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/el-test-de-la-familia-2606.html>
- Bernal, F., Rodríguez, M., González, J., & Torres, A. (2018). *Competencias parentales que favorecen el desarrollo de funciones ejecutivas en escolares*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 16(1), 163-176. doi:10.11600/1692715x.16109.
- Camacho, L. & Sarango, V. (2011). *El rol de la familia y su incidencia en el desarrollo cognitivo de los adolescentes con deficiencia mental leve del centro psicopedagógico "Catamayo"*. (Tesis de Grado) Universidad nacional de Loja, Catamayo.
- Coronel, L. (2019). *Relaciones parentales*. Argentina. Federación Psicoanalítica de América Latina. Obtenido de: <http://www.fepal.org/es/relaciones-parentales/>
- Fernández, M., Nieves, M., Catena, A., Pérez, M., & Cruz, F. (2016). *Influencia de la psicopatología emocional y el tipo de pérdida en la intensidad de los síntomas de duelo*. Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 7, 15-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rips.2015.10.002>
- González, I., & Herrera, P. (2013). *¿Mi familia está en crisis! ¿Qué hacer para superarla?*. Santo Domingo: Búho. Obtenido de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n4/mgi06418.pdf>
- Granuer, M. (2013). *Incidencia de las relaciones parentales en la conducta agresiva de los niños de 7 a 11 años que estudian en la escuela fé y alegría*. (Tesis de Grado) Guayaquil Universidad de Guayaquil. Obtenido de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31989>
- Hospital Sant Joan de Déu, (2013). *La reacción de los padres ante la discapacidad de un hijo*. Barcelona: FAROS Sant Joan de Déu. Obtenido de: <https://faros.hsjdncn.org/es/articulo/reaccion-padres-ante-discapacidad-hijo>

- Ke, X., & Liu, J. (2017). Trastornos del desarrollo. En Irarrázabal, M., & Martin, A., *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Pekin, China.
- Marti, I. (2011). *Estudio etiológico del retraso psicomotor y discapacidad intelectual: Integración de las pruebas genéticas con otras pruebas para el diagnóstico de retrasos no filiados*. Hospital Donostia. Recuperado de: <http://www.avpap.org/documentos/gipuzkoa2011/geneticaDI.pdf>
- Martín, M. (2017). *Impacto de la discapacidad en la familia y estrategias adaptativas*. (Tesis de Grado) Universidad de la Laguna, España.
- Menchú, N. (2017). *Creación de 3 fichas de observación para el acompañamiento pedagógico dirigido a 10 directores del sector 08-03-10 del Municipio de San Francisco El Alto, del departamento de Totonicapán*. (Proyecto de grado) Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México: Red Tercer Milenio. Obtenido de: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2712>
- Pérez, P. (2015). *Dificultades en el aprendizaje y el retraso mental un acercamiento al diagnóstico diferencial*. Revista de Investigación y Cultura, Universidad César Vallejo, Filial Chiclayo, Volumen (4), N° 2.
- Querol, S. & Chaves, I. (1997). *Test de la persona bajo la lluvia: adaptación y aplicación*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial S.A
- Rossi-Casé, L., Neer, R., Lopetegui, S., Doná, S., Biganzoli, B. y Garzaniti, R. (2014). *Test de Raven: Actualización de Baremos en Adolescentes Argentinos y Análisis del Efecto Flynn*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación. doi: 10.21865/RIDEP42_3
- Sulkes, S. (2020). *Manual MSD* Obtenido de: *Trastornos del aprendizaje y del desarrollo, Discapacidad Intelectual*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/discapacidad-intelectual?>

Valverde, K. (2014). *Caracterización de conductas adaptativas en adolescentes con discapacidad intelectual*. (Tesis de Grado) Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

Villavicencio, C., Romero, M., Criollo, M., & Peñaloza, W. (2018). *Discapacidad y familia: Desgaste emocional*. *ACADEMO Revista de Investigación y Ciencias Sociales y Humanidades*. doi: 10.30545/academo.2018.ene-jun.10

ANEXOS

Anexo 1 (Fotografías)

Imagen 1

Entrevista psicológica con la madre de la paciente.

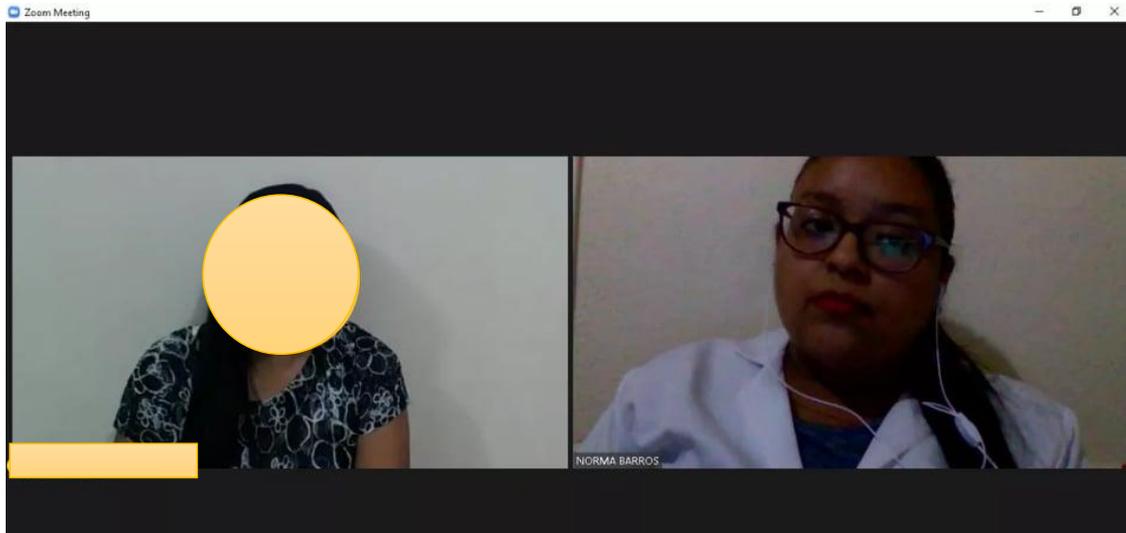
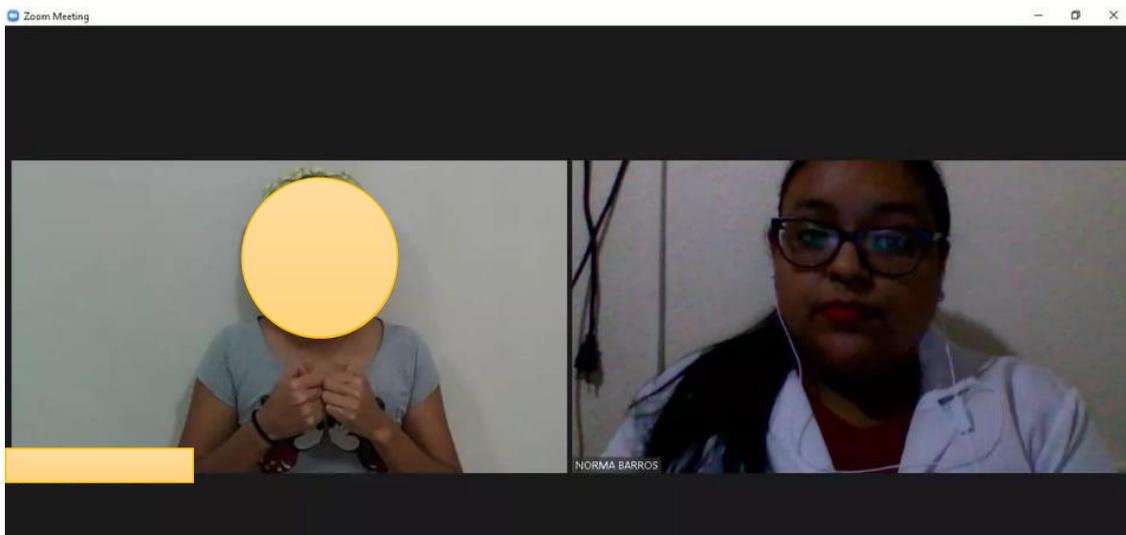


Imagen 2

Entrevista psicológica con la paciente identificada.



Anexo 2 (Ficha de Observación)

FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

Tiempo de observación:

Minutos _____ Hora de inicio _____ Hora final _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIO

Anexo 3 (Historia Clínica)

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del Psicólogo

Anexo 4 (Test de la persona bajo la lluvia)

Test de la persona bajo la lluvia

Se trata de un procedimiento simple, que produce un mínimo de ansiedad en el sujeto de la prueba; su toma requiere poco tiempo y puede ser aplicada por personal auxiliar; tan sólo se necesita una hoja de papel y un lápiz. Puede administrarse tanto en forma individual como grupal. Es apropiado en todas las edades, todas las profesiones y para ambos sexos. Puede ser utilizado por psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, terapeutas corporales y técnicos en salud mental. Es una prueba proyectiva, ya que el sujeto se manifiesta en su acción: él debe hacer el trabajo, no se le ofrece copia. De este modo impregna el dibujo con su propio estilo, forma de percibir su esquema corporal. En síntesis, deja la huella de su vida interior.

Consigna y administración.

Se aconseja el uso de papel liso, tamaño A4 (21 x 27.9 cm). En caso «lo utilizarse otro tamaño, debe ser siempre el mismo para todas las tomas, a fin de mantener esta variable uniforme. La misma recomendación es válida para las demás variables intervinientes y el encuadre en general. Como para cualquier toma de test, es conveniente administrarlo luego de haber entablado una cierta relación con el sujeto; es decir, ha- UT superado una etapa de precalentamiento que lo predispone favorablemente y elimina parte de la ansiedad propia de la situación de examen. Esta sugerencia es especialmente importante en el caso de sujetos adultos, ya que éstos se muestran, en general, reticentes y hasta pudorosos cuando se les pide que dibujen. Se entrega el papel a lo largo. Si el sujeto modifica la posición del papel, debe respetársele esta elección. La consigna consiste, simplemente, solicitarle que “dibuje una persona bajo la lluvia En la medida en que lo necesite, se tranquiliza al sujeto comentándole que no se busca evaluar la calidad del dibujo y que, haga lo que hiciere, estará bien a los fines del test. Ante las preguntas respecto al dibujo (si lo hace con paraguas, con paisajes, etc.), es preferible reiterar la consigna y alentarlo a que lo realice lo mejor posible y como lo desee él. Si durante la toma el individuo reitera inseguridad o temor, vale la pena afirmarle que está haciendo bien las cosas, que lo que está haciendo es correcto. Si el sujeto pregunta acerca de si realiza el dibujo del paraguas o no, debe dejárselo a su elección, ya que la aparición del paraguas es un indicador de importancia. Como siempre, se registrará la actitud del entrevistado, los comentarios que realiza, si toma muy poco o demasiado tiempo para llevar a cabo la consigna y todo dato que resulte llamativo.

Anexo 5 (Test de matrices progresivas de Raven)

Test de Matrices progresivas de Raven

Objetivo General:

Medir inteligencia, capacidad intelectual, habilidad mental general.

Por medio de la comparación de formas y el razonamiento por analogías.

Generalidades:

Es un test lacunario, no cultural, no verbal, no manual, interesante y sencillo; resulta económico en personal, tiempo y material; ya que puede ser utilizado en varias aplicaciones, a excepción del protocolo de respuestas.

Puede ser auto administrado o de administración individual o colectiva. Su tiempo de aplicación oscila entre 30 y 60 minutos (generalmente es contestado en 45 minutos).

Por ser no verbal. - Se aplica a cualquier persona independientemente de su idioma, educación y capacidad verbal; incluso analfabetas y sordomudos.

Por ser no manual. - Puede ser aplicado a cualquier persona sin importar su estado o capacidad motora.

Por ser No cultural. - No intervienen los conocimientos adquiridos, por lo que el grado de escolaridad no es determinante para su aplicación.

Aplicación: Se entrega al sujeto un cuadernillo de matrices, y una hoja de respuestas, así como lápiz y borrador.

Instrucciones: "Vea esto, es una figura a la cual, le falta una parte..."

Evaluación:

1. Se registran las respuestas del sujeto
2. Se realiza la corrección con la plantilla
3. Se suma el No. de aciertos verticalmente
4. Se suma el total de aciertos
5. Se verifica la consistencia del puntaje y se registra en la caseta correspondiente.
6. Se localiza el puntaje en la tabla de baremo correspondiente, de acuerdo a la edad del sujeto.
7. Se detecta el percentil correspondiente
8. Se localiza la equivalencia diagnóstica y el rango, de acuerdo al percentil obtenido y se registra en la caseta de Diagnóstico, el cual representa su resultado cualitativo.
9. Se obtiene la Discrepancia.

Anexo 6 (Test de la Familia)

Test de la familia

El test de la familia fue creado por Porot (1952) y está fundado en la técnica del dibujo libre, que los niños practican con mucho agrado. Se trata de una prueba de personalidad que puede administrarse a los niños de cinco años hasta la adolescencia. Su uso e interpretación de los principios psicoanalíticos de la proyección, ya que posibilita la libre expresión de los sentimientos de los menores hacia sus familiares, especialmente de sus progenitores y refleja, además, la situación en la que se colocan ellos mismos con su medio doméstico (Vilches, 1987, pág. 84). Louis Corman (1961) introdujo modificaciones importantes a las instrucciones impartidas por Porot, quien le pedía al niño “dibuja tu familia”. Corman indica “dibuja una familia, una familia que tu imagines”. La ejecución del dibujo debe ser seguida por la realización de una breve entrevista, la cual refuerza notablemente la interpretación que efectuará el psicólogo. En efecto, después de elogiar al niño por lo que ha hecho, se le formulará una serie de preguntas sobre la familia imaginada y sus integrantes. Para ello se incluirán todas las preguntas que sean necesarias, considerando las circunstancias y estimulando siempre la libre expresión del niño.

Aplicación de la prueba.

Corman aplica la Prueba del Dibujo de la Familia de la siguiente manera: Se le da un lápiz y una hoja blanca al niño, no se le permite que utilice otros elementos, por ejemplo, una regla. La indicación es: “Dibuja una Familia”, o bien, “imagina una familia que ti inventes y dibújala”, si el niño no entiende se puede agregar: “Dibuja todo lo que quieras, las personas de una familia, y si quieres objetos o animales”.

Al terminar de hacer el dibujo, se le elogia y se le pide que lo explique. El autor recomienda que se le hagan una serie de preguntas como: ¿Dónde están?, ¿Qué hacen ahí?, ¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia?, ¿por qué?, ¿Cuál es el más feliz? y ¿por qué?, ¿Cuál es el menos feliz? y ¿por qué?, ¿Tú en esta familia a quién prefieres?, suponiendo que fueras parte de esta familia ¿Quién serías tú? Lluis, Porot y Korbman consideran más adecuada la consigna: "Dibuja a tu familia?", ésta permite pedir al niño verbalizaciones a cerca de su dibujo tales como: Pláticame de..., ¿Cómo es contigo?, ¿Cómo es cuando es bueno (a)?, ¿Cómo es cuando es malo

(a)? Korbman considera que dichas verbalizaciones proporcionan contenidos manifiestos del niño, que permiten cierto conocimiento a cerca de él. Son más útiles las verbalizaciones espontáneas, ya que representan asociaciones que pueden llevar más fácilmente al contenido latente y a los deseos del niño. Todos los autores consideran necesario el interrogatorio o discurso espontáneo del niño para interpretar la prueba. Es importante conocer el contexto en el que se aplica la prueba, ya que cualquier dibujo del niño tiene un valor transferencial cuando se aplica en una situación clínica individual. Debe anotarse además el orden de aparición de los personajes, las tachaduras, las dudas al dibujar, así como los retrocesos (Esquivel, Heredia, Gómez-maqueo; 1994; pág. 192).