



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicológica en un niño de 7 años
institucionalizado en un centro de acogida**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Pauta Cango, Cinthya Susana

Director: Macas Ordoñez, Eugenio Fabián

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 13 de septiembre del 2022

Doctora

Marina del Rocío Ramírez Zhindon

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicológica en un niño de 7 años institucionalizado en un centro de acogida realizado por Cinthya Susana Pauta Cango ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Magister Eugenio Fabian Macas Ordoñez

C.I.: 1104497811

Correo electrónico: efmacas33@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Cinthya Susana Pauta Cango, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor (a) del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicológica en un niño de 7 años institucionalizado en un centro de acogida, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo I, capítulo II, capítulo III, siendo Eugenio Fabian Macas Ordoñez, director (a) del presente trabajo; también declaró que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratificó que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”, en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....
Autor: Cinthya Susana Pauta Cango

C.I.: 1106248923

Correo electrónico: cspauta@utpl.edu.ec

Dedicatoria

En un principio quisiera dedicarle el presente trabajo de titulación a mis padres quienes estuvieron para mí en todo momento brindándome apoyo, amor, afecto cuando más lo necesito, gracias a ellos actualmente pude llegar a cumplir uno de mis sueños más grandes. De igual manera a mis hermanas las cuales con su cariño, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona, acompañándome continuamente durante todo este proceso.

A mi sobrina Paula por darme momentos de felicidad y decirme que, si puedo cumplir mis sueños, con sus risas, abrazos y apoyo. Igualmente, a mis abuelitos que me cuidan desde el cielo, que a pesar de que no se encuentran presentes, han sido un motor para poder seguir adelante sin rendirme.

Agradecimiento

Quisiera agradecerle en primer lugar a Dios, que me guio durante todo este proceso, haciéndome más sabia al momento tomar decisiones, así mismo, a mis queridos padres que me apoyaron en todo momento cuando necesitaba de ellos, brindándome palabras de aliento y dándome fuerzas para seguir adelante.

A mis hermanas por estar presentes para mí en todo momento, motivándome a que no me rinda, ser constante con mis trabajos y sobre todo darme amor cuando más lo necesite, junto con mi sobrina Paulita quien es el motivo por el cual quiero cumplir mis metas y que ella pueda seguir mi ejemplo y motivarse por los logros que consiguió su tía.

De igual manera a mis Abuelitos, gracias por motivarme a continuar con mis estudios en algo que me apasiona, confiar que podré cumplir mis objetivos, los amo con todo mi corazón, aunque ya no se encuentren presentes físicamente conmigo.

A mis tutores Mgtr Eugenio Fabian Macas Ordoñez, Mgtr María Emilia Jaramillo Bustamante, por guiarme y apoyarme durante la elaboración del presente caso, motivándome a seguir adelante, manifestando que en un futuro podré ser un gran profesional, dándome ánimos. A mi paciente que, sin él, este caso no podría haberse elaborado, dándole a las personas que lo lean la importancia que tiene criar de manera positiva a los niños en la infancia.

Por último, quisiera agradecer a mis mascotas que, con su cariño, pude encontrar alivio y compañía en los momentos más difíciles durante todo este proceso.

De todo corazón, muchísimas gracias a todos, sin ustedes no sería la persona la cual soy actualmente.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
Marco teórico	6
1.1 Presentación del caso.....	6
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	6
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	7
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	7
1.2 Proceso de evaluación	9
1.2.1 <i>Entrevista con la coordinadora</i>	9
1.2.2 <i>Entrevista con la psicóloga</i>	9
1.2.3 <i>Entrevista psicológica con el paciente</i>	10
1.2.4 <i>Ficha de observación</i>	11
1.2.5 <i>Test Psicológicos</i>	12
1.3 Proceso diagnóstico.....	19

1.3.1 Diagnóstico presuntivo	19
1.3.2 Diagnóstico diferencial	21
1.3.3 Diagnóstico final	26
Capítulo dos	30
Metodología.....	30
2.1 Tratamiento/Intervención	30
2.1.1 Objetivos terapéuticos	30
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	30
Capítulo tres	42
Resultados.....	42
Discusión y conclusiones	47
Recomendaciones	51
Referencias.....	52

Índice de tablas

Tabla 1	Diagnóstico presuntivo del paciente	19
Tabla 2	Criterios presentes y ausentes	23
Tabla 3	Diagnóstico definitivo.....	27
Tabla 4	Plan terapéutico aplicado al paciente	30
Tabla 5	Lista de preguntas para la actividad.....	34
Tabla 6	Situaciones simuladas para el paciente	38
Tabla 7	Situaciones simuladas para el paciente (parte 2).....	38
Tabla 8	Resultados de pre intervención y post intervención del paciente.....	42
Tabla 9	Resultados cualitativos del paciente	45
Tabla 10	Ficha de valoración del tratamiento.....	45

Índice de figuras

Figura 1	Genograma	6
Figura 2	Diagnóstico diferencial con árbol de decisión.....	26
Figura 3	Impresiones diagnósticas primera parte	28
Figura 4	Impresiones diagnósticas segunda parte	29

Resumen

El presente estudio de caso titulado *“Intervención psicológica en un niño de 7 años institucionalizado en un centro de acogida”*, aborda la evaluación, diagnóstico y tratamiento de un infante con conductas de hiperactividad, agresividad hacia los compañeros y dificultad para expresar emociones sobre todo a la figura materna. En cuanto al proceso de evaluación fue desarrollado mediante entrevistas, fichas de observación y aplicación de test psicológicos (Test de Matrices Progresivas, Test Gestáltico Visomotor de Bender, Dibujo de la figura humana, Test de Desórdenes de hiperactividad/déficit de atención, Lista de chequeo conductual de la agresividad en niños, Cuestionario de autoestima de Coopersmith, Inventario de depresión infantil, Test del dibujo de la familia y el Test de la Persona Bajo la Lluvia). En base al CIE-10 ha sido diagnosticado con problemas relacionados con el abandono emocional del niño (Z62.4) y problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia (Z61.1); Por lo que, el plan terapéutico incluyó técnicas de distintos enfoques, aunque mayoritariamente del modelo cognitivo conductual, con el objetivo de mejorar las capacidades atencionales y de autocontrol, reforzar la adecuada interacción social, disminuyendo las respuestas agresivas e impulsivas, promoviendo el reconocimiento y expresión emocional. Se concluye que el paciente mejoró en las problemáticas trabajadas, demostrando que existe eficacia en el plan terapéutico.

Palabras clave: infancia, hiperactividad, emociones.

Abstract

This case study entitled "Psychological intervention in a 7-year-old child institutionalized in a foster care center", deals with the evaluation, diagnosis and treatment of an infant with hyperactivity behaviors, aggressiveness towards peers and difficulty in expressing emotions, especially to the mother figure. The evaluation process was developed through interviews, observation sheets and application of psychological tests (Progressive Matrices Test, Bender's Visomotor Gestalt Test, Human Figure Drawing, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Test, Behavioral Checklist of Aggressiveness in Children, Coopersmith Self-Esteem Questionnaire, Childhood Depression Inventory, Family Drawing Test and Person in the Rain Test). Based on the CIE-10, he has been diagnosed with problems related to emotional neglect of the child (Z62.4) and problems related to estrangement from home in childhood (Z61.1); therefore, the therapeutic plan included techniques from different approaches, although mostly from the cognitive behavioral model, with the aim of improving attentional and self-control abilities, reinforcing adequate social interaction, decreasing aggressive and impulsive responses, promoting emotional recognition and expression. It is concluded that the patient improved in the problems worked on, demonstrating that there is efficacy in the therapeutic plan.

Key words: childhood, hyperactivity, emotions.

Introducción

La niñez es un periodo clave para el desarrollo socioemocional, una etapa fundamental para aprender y poner en práctica las habilidades que promueven el funcionamiento social, laboral, psicológico y académico. Durante la primera infancia es fundamental la presencia de los padres, ya que ayudan a mediar la conducta e influenciarán de forma positiva o negativa las vivencias cotidianas y experiencias del menor (Ramírez, et al., 2020).

De esta forma, los estilos de crianza parentales tienen una gran influencia en la conducta infantil ya que moderan sus actitudes e interacciones. Cuando existen obstáculos en la crianza, en el caso de que el niño se vea privado de oportunidades educativas o presentar un ambiente familiar problemático, habrá una influencia negativa del comportamiento a futuro (Aguilar, 2020).

En este sentido, existen diferentes tipos de apego según la teoría de Bowlby, tales como el seguro, inseguro y desorganizado. Para el presente caso toma relevancia el apego inseguro, el cual se encuentra caracterizado por desarrollarse ante una falta de cuidado por parte de las figuras paternas, un apego inseguro está relacionado a diversas problemáticas como estrés, depresión o agitación. En un nivel extremo podría desencadenar un retraso intelectual y problemas sociales (Reboto y Avi., 2020).

El apego inseguro también se relaciona con la negligencia infantil, la cual se define como “la desatención de forma reiterada por parte de los progenitores o cuidadores con respecto al desarrollo y bienestar del infante tanto en aspectos de educación, desarrollo emocional, salud, condiciones de vida segura y nutrición” (García, et al., 2019, p.200).

Ahora bien, aunque en Ecuador los niveles de maltrato o negligencia han disminuido con el paso del tiempo, aún se evidencian familias en la que predominan los golpes, encierros, castigos, burlas o desatención de necesidades básicas, por lo cual el trabajo en esta área es aún muy relevante (Observatorio Social del Ecuador, 2018).

Cuando los niños se encuentran expuestos de manera reiterada a las condiciones de negligencia o maltrato antes mencionadas, generalmente pasan a ser remitidos al cuidado de

una institución, es decir, se los institucionaliza. Durante este ingreso es importante que se favorezca un desarrollo positivo del niño atendiendo todas sus necesidades biológicas y psicológicas, sin embargo, se considera que hay diferencias evidentes en el desarrollo neurocognitivo, en comparación con niños no institucionalizados, teniendo más impulsividad, menos desarrollo lingüístico, niveles bajos de autoestima y agresividad con la presencia de síntomas depresivos (Deambrosio, et al., 2018).

Cuando el niño institucionalizado se encuentra mal emocionalmente es necesario que reciba intervención psicológica y aunque se han sugerido distintos enfoques terapéuticos uno de los más utilizados es el cognitivo conductual, definido como como una actividad terapéutica basada en la psicología del aprendizaje, cuyo objetivo es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando las conductas desadaptativas y potenciando la adquisición y mantenimiento de las positivas (García, et al., 2017). Este enfoque ha demostrado validez terapéutica, de este modo una revisión sistémica de literatura desarrollada por Salazar et al. (2020) en niños con problemas de atención y aprendizaje se demostró que este enfoque lograba mejorar la conducta del niño, desarrollar un mejor autocontrol, ayudarlo en la resolución de problemas y fortalecer su autoestima.

De la misma forma, este enfoque no es incompatible con otros modelos terapéuticos, de hecho, existe la posibilidad de integrarla con eficacia a los principios de diversas terapias, algunos autores han dado el nombre a esta combinación psicoterapia integrativa. Para la población infantil generalmente se consideran dentro de esta integración tanto enfoques conductuales, psicodinámicos, familiares y gestálticos (González, 2019).

Ahora bien, a pesar de todo lo expuesto en la actualidad existen dificultades para atender de manera adecuada problemáticas que se presenten en niños institucionalizados debido principalmente a la falta de recursos profesionales para intervenir o que la intervención es masificada, provocando a nivel institucional un alto nivel de carga laboral en cuanto a la atención y cuidado psicológico (Castrillón, et al., 2018). Por ello con el presente estudio de caso se busca poder diseñar un tratamiento más especializado que permita poder mejorar el bienestar psicológico y ayudar al infante a la reintegración en sus distintos entornos; de la

misma forma, se busca que pueda ser replicado en poblaciones similares; también porque este tipo de estudios de caso favorecen a la prevención de posibles problemáticas que se pueden presentar a futuro, pues las afectaciones en la infancia pueden repercutir negativamente en la vida adulta, pudiendo transformarse en algunos casos en trastornos mentales con las consecuentes repercusiones individuales, familiares o sociales.

Por todo lo mencionado el siguiente estudio de caso expone a un niño de 7 años de edad, el cual fue institucionalizado a temprana edad junto con sus tres hermanos debido a la evidencia de negligencia dada por su madre. En cuanto al abordaje psicológico si bien utiliza terapias de distintos enfoques es principalmente cognitivo conductual, para ello el trabajo se encuentra estructurado por tres capítulos. En el capítulo I, se encuentra el marco teórico, el cual consta de identificación, historia del problema, los procesos de evaluación, y el diagnóstico del paciente. En el capítulo II, se encuentra la metodología, en donde se aborda el plan terapéutico, junto con la descripción de cada sesión. Y finalmente en el capítulo III, se abordan los resultados, discusión, conclusiones y se brindan recomendaciones para futuras investigaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

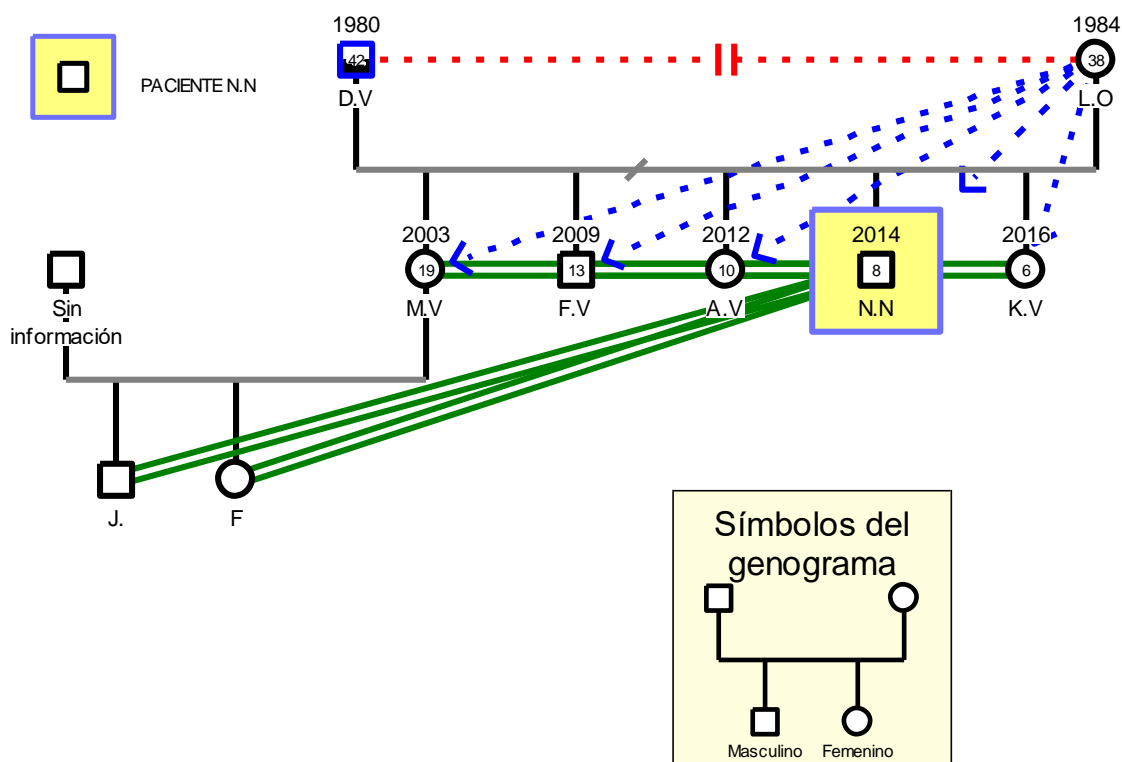
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

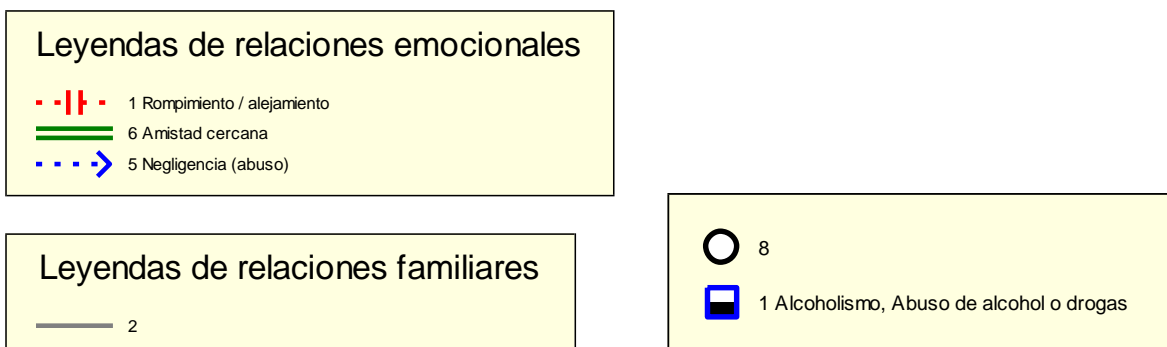
1.1.1 Identificación del paciente

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad mestizo y de religión católica, de nivel socio económico bajo, cursa tercer grado de primaria, procedente de la provincia de Loja - Ecuador. Pertenece a una familia monoparental y vive actualmente en un centro de acogida junto con sus tres hermanos, pues sufrió de negligencia inminente por parte de su figura materna al dejar solos a todos sus hijos sin supervisión. Por otro lado, no existe información de su padre.

Figura 1

Genograma





Nota. Descripción gráfica de la distribución familiar del paciente

1.1.2 **Motivo de consulta**

Psicóloga del centro menciona que el paciente suele presentar conductas de hiperactividad la mayor parte del día, relatando que las mismas incrementan en el contexto escolar, al no prestar atención durante sus horas de clase, hablando de manera excesiva y levantándose de su asiento cuando no le corresponde, problemas para establecer prioridades, escasas habilidades para administrar el tiempo y baja tolerancia a la frustración. Así mismo, la profesional relata que mantiene comportamientos agresivos hacia sus compañeros, al momento de jugar en el patio externo del centro; junto con la presencia de conductas “cleptómanas”, en donde el paciente hurta objetos que le agradan y llaman la atención, siendo regañado en repetidas ocasiones, para finalizar existe dificultad en la expresión emocional, especialmente con su madre.

1.1.3 **Historia del problema y descripción de la sintomatología**

Paciente ingresa al centro de acogimiento residencial en el año 2017 a la edad de 3 años derivado por la junta cantonal de protección de Derechos de Niñez y Adolescencia de Loja, con antecedentes de aparente negligencia y situación de riesgo, debido a la falta de supervisión por parte de su figura materna. El paciente se encontraba viviendo en condiciones inapropiadas junto a sus hermanos, por lo que la DINAPEN tomó la decisión de institucionalizarlo. Actualmente recuerda este evento con rencor y culpa a su vecina por haberlo separado de su madre.

De acuerdo al expediente del niño, al momento de ingresar al centro de acogimiento residencial a la edad de 3 años, se mostraba sano y no había sufrido enfermedades relevantes, sin embargo, su higiene estaba descuidada.

La Psicóloga del centro señala que el usuario no tuvo problemas de adaptación, debido a la edad en la cual ingresó al cuidado residencial. Así mismo, las evaluaciones pasadas, demuestran un nivel de escolaridad acorde a su edad de desarrollo, aunque con una ligera alteración y dificultad para la expresión oral, debido presuntamente al ambiente inapropiado de crianza, no obstante, a breves rasgos el rendimiento académico es adecuado.

Menciona la tutora del paciente que actualmente y ya con siete años, presenta conductas de hiperactividad, la mayor parte del día, específicamente en el contexto escolar manifestados por desorganización, dificultad para prestar atención, esta refiere *“El suele distraerse fácilmente con sus compañeros al momento de descuidarlos”*. Asimismo, presenta habla excesiva, levantándose de su asiento cuando no le corresponde, problemas para establecer prioridades, escasas habilidades para administrar el tiempo y baja tolerancia a la frustración las cuales aparecieron de manera gradual, hasta la edad actual.

Además, según la tutora el paciente presenta comportamientos agresivos al momento de jugar manifestados a través de pellizcos, golpes y empujones; dándose exclusivamente cuando sus compañeros no le prestan atención o no juegan con él.

Asimismo, este año comenzaron a aparecer conductas de hurto, denominadas por la psicóloga del centro como “cleptómanas”, mismas que se han presentado en tres ocasiones, principalmente con objetos tales como golosinas y material escolar, que han sido tomadas sin permisos ocasionándole malestares físicos como dolor estomacal y regaños por parte del personal.

La psicóloga, relata además que debido al largo tiempo de estancia dentro del centro (4 años aproximadamente), el paciente presenta una disminución de apego hacia su figura materna, pues al momento de sus visitas, él junto con sus hermanos se encuentran distanciados emocionalmente, mostrando confusión sobre cómo actuar. Según el personal

del centro se presume que esto posiblemente se deba a la carencia de visitas, pues la madre no contestaba llamadas y no se encontraba dentro de su domicilio.

Meses atrás, la madre junto al personal técnico se comprometió a trabajar en la reinserción de sus hijos, cumpliendo por un tiempo las actividades establecidas, sin embargo, poco después deja de visitarlos, dificultando el proceso y generando en el paciente falsas expectativas, sobre todo sentimientos de tristeza, acompañados de baja autoestima y dificultad para expresar emociones.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación del caso fue elaborado a partir de cuatro sesiones de cuarenta y cinco minutos, durante tres semanas aproximadamente. Este inició al contactar con las profesionales del centro con el fin de obtener información más específica del caso, lo cual se realizó de la siguiente forma:

1.2.1 Entrevista con la coordinadora

En un primer momento, se realizó una entrevista inicial con la coordinadora con el fin de adquirir información respecto al caso a abordar por cada una de las estudiantes, se mencionaron las problemáticas más representativas, dando a conocer la importancia de llevar una intervención con cada uno de los niños mencionados.

1.2.2 Entrevista con la psicóloga

Se recogen datos del paciente y el motivo de consulta. Además, se realizaron preguntas para conocer la historia del problema y la historia familiar, se determinaron las principales problemáticas del paciente, recabando que actualmente presenta conductas de hiperactividad la mayor parte del día en el contexto escolar, como también comportamientos agresivos durante los espacios de juego, mencionando así mismo, conductas de hurto que se han presentado en tres ocasiones.

Posteriormente la evaluación del paciente, se la realizó durante las primeras cuatro sesiones a través de entrevistas, fichas de observación e instrumentos psicológicos. A continuación, se explica detalladamente cada una de ellas.

1.2.3 Entrevista psicológica con el paciente

Primera Sesión

El principal objetivo de esta sesión fue crear alianza terapéutica, es decir, conseguir un espacio en donde el paciente se sienta cómodo y libre de expresarse sin sentirse juzgado. Por ello, en esta se llevó a cabo la primera entrevista psicológica, con el fin de obtener información para la elaboración de la historia clínica respecto a las conductas problemáticas, mencionadas por la tutora, psicóloga y coordinadora del centro de acogida.

Al iniciar la sesión el paciente muestra una actitud colaboradora, respondiendo cada una de las preguntas realizadas, manteniéndose relajado. En este caso el paciente refirió información acerca de su familia cercana, mencionando que tiene el anhelo de volver a su hogar junto con su madre y hermanos, sin embargo, se mantuvo confuso respecto a su círculo familiar, destacando el no recordar las edades de sus hermanos y familiares cercanos.

Segunda Sesión

Luego de que se le informa al paciente las reglas y duración que se van a tomar durante las futuras sesiones, se continua la evaluación a través de la entrevista, junto con la aplicación de instrumentos psicológicos empezando por el Test Gestáltico Visomotor (BENDER), Test de Matrices Progresivas Escala Coloreada (RAVEN) y el Test proyectivo del dibujo de la figura humana; evaluando respectivamente el desarrollo visomotor e inteligencia y personalidad del paciente. Antes de completar los reactivos se le explicó qué evalúan, de la misma forma, se le manifestó que próximamente se aplicarán más cuestionarios, que nos ayudarán a establecer las diferentes pautas para la intervención. Es importante indicar que durante la sesión el paciente se mantuvo colaborador, mostrándose concentrado al momento de contestar las preguntas, de igual manera, en esta sesión se estableció el uso de un sistema de recompensas para motivar al infante.

Tercera Sesión

Durante la tercera sesión, se siguió explorando algunas áreas de su vida dentro del centro, tanto su rutina diaria y académica, junto con la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith e Inventario de depresión infantil, los cuales evalúan la autoestima y

depresión respectivamente. Por otro lado, el paciente se muestra interesado al momento de completar los instrumentos, sin embargo, algunas preguntas parecían resultarle complejas; para finalizar se rellenó el sistema de recompensas establecido la sesión pasada, junto con un pequeño premio significativo.

Así mismo, posterior a la culminación de la intervención con el paciente, se realizó una entrevista a la tutora del paciente con el fin de obtener información respecto a su comportamiento dentro del aula de clases, junto con la aplicación del Test de desórdenes de hiperactividad y déficit de atención y una lista de chequeo conductual de agresividad en niños; mencionando, que el comportamiento dentro del aula es problemático debido a que observa a los demás realizar “travesuras”.

Cuarta Sesión

El objetivo principal de la sesión fue aplicar los últimos instrumentos psicológicos, además de iniciar con la primera sesión del plan terapéutico, en este caso, el paciente se presenta con una apariencia adecuada para la ocasión. Se aplicó el test proyectivo de la familia y de la persona bajo la lluvia, con el fin para identificar los rasgos de personalidad y emocional en relación a su percepción con su familia.

Durante todo este apartado el paciente se muestra colaborador, completando los test rápidamente, sin embargo, en el caso del segundo instrumento, dibuja únicamente a sus hermanos sin sus figuras paternas.

1.2.4 Ficha de observación

Finalmente, como parte del proceso evaluativo, a lo largo de las sesiones se empleó una ficha de observación para determinar la frecuencia y duración de las conductas problema relatadas por las autoridades del centro, asimismo, determinar las situaciones en las que aparecían dichos comportamientos en el paciente.

1.2.5 Test Psicológicos

Test de Matrices Progresivas Escala Coloreada (RAVEN)

El presente test fue diseñado para medir el coeficiente intelectual, tratándose de un test no verbal, donde el sujeto describe las piezas faltantes de una serie de láminas. Se busca que utilice habilidades perceptuales, de observación y razonamiento analógico para deducir el faltante de la matriz. Es aplicable en personas con un rango de edad de 12 a 65 años, pues fue diseñada tanto para niños o adultos con una dotación intelectual baja. Tanto de manera individual o colectiva, sin duración límite (Raven & Court, 1993).

Cuenta con 36 láminas divididas en tres series (A, Ab y B), cada una de ellas integradas por 12 ítems, en donde la serie A evalúa la capacidad para completar una pauta continua, la Ab valora la habilidad para aprender figuras discretas como un todo relacionado y la serie B con el razonamiento por analogías. Una vez aplicado el instrumento, se suma todas las puntuaciones obtenidas en las columnas y se obtiene un total, el cual se comparará con la tabla de discrepancia establecida según por la edad y la puntuación, para poder determinar el percentil que nos permita el diagnóstico de la capacidad intelectual, establecida en cinco rangos que indican: capacidad intelectual superior (95), superior al término medio (90 – 75), término medio (50 – 25), inferior al término medio (25 – 10) y deficiente (5) (Raven & Court, 1993).

Se administró en la segunda sesión psicológica. Presenta una confiabilidad elevada (0.89 – 0,90) y una correlación positiva considerable entre los ítems de cada una de las subpruebas (Cayssials, et al. 1993).

La puntuación obtenida por N.N es de 17 puntos, indicando un coeficiente intelectual inferior al promedio, junto con dificultades en el aprendizaje.

Test de Bender para niños

El instrumento constituye una prueba perceptual que se utiliza para la evaluación de la función gestáltica visomotora, permitiendo detectar retraso en la maduración, madurez para el aprendizaje, diagnosticar lesión cerebral y retraso mental; en el caso de niños y adultos se

pueden evaluar algunos aspectos emocionales. Es aplicable en un rango de edades entre 5 a 10 años, de manera individual, con un tiempo límite de 15 minutos aproximadamente.

La prueba pertenece a dos grupos de pruebas, visomotoras y gestálticas, por lo que el sujeto deberá copiar los modelos que se le presentan en nueve tarjetas blancas de tamaño postal, cada una con un diseño en negro en el centro. Al comenzar con la evaluación se toman en cuenta las distorsiones de cada imagen: distorsión de la forma, rotación, sustitución de puntos por círculos o rayas, perseveración, falla en la integración de parte de una figura y adicción u omisión de los ángulos. De tal manera se puede evaluar cada dibujo, con un número máximo de errores de treinta puntos (Koppitz, 1984).

Esta versión presenta una confiabilidad de 0.99 con una muestra de 300 protocolos, en cuanto a la validez, a partir de las diferentes medidas de comportamiento, avalan y demuestran la misma, tanto como constructo y de criterio (Koppitz, 1984). Siendo aplicado durante la segunda sesión.

N.N obtuvo una puntuación de 7 puntos, presentando una edad de maduración neuromotriz equivalente a la edad de un niño de 6 a 7 años, así mismo, indicadores emocionales de impulsividad, agresividad, ansiedad, conducta retraída, entre otros.

Test proyectivo del dibujo de la figura humana versión Koppitz

Con este test proyectivo fue aplicado con el objetivo de evaluar la personalidad a través del dibujo de la figura humana, proyectando toda una gama de rasgos significativos. Identificando la visión que tiene el sujeto de sí mismo, los demás, su entorno y su relación con el mundo. En donde los trazos, formas, dificultades y elecciones que se dan en el momento de la aplicación generan una serie de asociaciones e interpretaciones. Es aplicable tanto para niños y adultos, de manera individual, por un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos (Machover, 1976).

Consiste en presentarle al paciente una hoja de papel en blanco y un lápiz con borrador; pidiéndole que dibuje una persona, por último, se pide al examinado que invente

una historia sobre el personaje. La calificación se la hace a partir de las características físicas y trazos del dibujo, para determinar los indicadores emocionales y evolutivos. A cada ítem se le asigna un punto, por la omisión se le quita un punto; su suma equivale al rango de la capacidad mental (Machover, 1976).

En relación a la confiabilidad, un estudio psicométrico obtuvo un coeficiente de fiabilidad con el método de la división por mitades de 0,77 categorizado como correlación positiva media alta. Asimismo, cuenta con una validez de constructo (De Gallardo & de Faría, 2012).

La presente versión brinda puntajes orientativos de coeficiente intelectual que se traducen en categorías amplias del funcionamiento, más que en términos específicos, haciendo que estas categorías puedan diferenciar a niños con deficiencia mental con aquellos que tienen una capacidad promedio o superior.

Por lo cual fue aplicado durante la segunda sesión, se obtuvo una puntuación de 4 puntos, dando como resultado un nivel de capacidad mental normal a superior con un coeficiente intelectual de 90 a 130. Junto con indicadores emocionales de extrema inseguridad, sentimientos de inadecuación, tensión e incapacidad para controlar impulsos y falta de interés social.

Cuestionario de Desórdenes de Atención/Hiperactividad (ADHDT)

El presente test pretende evaluar la sintomatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, siendo desarrollado para padres y profesores que valora 14 síntomas del TDAH definidos en el manual diagnóstico DSM-IV, comprendido por tres subtest: hiperactividad, impulsividad y atención. La aplicación puede ser individual o colectiva, a partir de los 3 a 23 años, teniendo un tiempo límite entre 8 a 10 minutos aproximadamente (DuPaul et al., 1998).

Cuenta con un total de 36 ítems que describen los comportamientos de personas que presentan la sintomatología del TDAH, proporcionando puntuaciones y datos para el

diagnóstico eficaz. El primer subtest de hiperactividad, mide el movimiento motor excesivo (1 al 14); el segundo de impulsividad, valora los problemas de comportamiento inhibido y el retraso en la respuesta (14 al 23); para el tercero, de inatención, mide los problemas para prestar atención (24 al 36). Las puntuaciones de cada ítem, indican gravedad (0 sin problema, 1 problema leve, 2 problema grave), para obtener la puntuación final se sumarán las puntuaciones de cada subtest y convirtiendo ese valor en un cociente (DuPaul et al., 1998).

Cuenta con una confiabilidad obtenida por medio de Alpha de Cronbach de 0,90 y de 0,94 en la versión de profesores, siendo considerado confiable, asimismo, presenta una validez concurrente (DuPaul et al., 1998). El cuestionario fue aplicado a la tutora del paciente, durante la tercera sesión psicológica.

La puntuación obtenida corresponde a 22 puntos, dando como resultado probabilidad de hiperactividad por debajo de la media, siendo la misma poco frecuente, sin embargo, la impulsividad mantiene un mayor rango de aparición.

Lista de Chequeo Conductual de la Agresividad en niños

La presente lista de chequeo se encuentra destinada a evaluar los múltiples componentes de la agresividad, compuesta de 18 ítems que evalúan: conducta agresiva tanto activa física, pasiva física, activa verbal y pasiva verbal. Su población abarca niños con edades comprendidas entre 3 a 14 años, asimismo, debe ser aplicada a personas allegadas al paciente, como padres, hermanos mayores, maestros, entre otros. Manteniendo un tiempo aproximado de elaboración de 10 minutos (Varona, 2003).

En el caso de obtener puntajes altos en conducta agresiva física, indica que el examinado resuelve sus problemas empleando la agresividad, destruye bienes y perturba a los demás; en el caso de la pasiva física, indica que no acata las normas establecidas, no le agrada realizar ninguna actividad y hace todo lo contrario; con la conducta activa verbal, indica que el evaluado tiende a realizar bromas pesadas, emplea lenguaje soez y tiende a

mentir; así mismo, respecto a la pasiva verbal, la persona tiende a guardar silencio cuando se siente molesto, no respondiendo a las interrogantes de los demás (Varona, 2003).

Cuenta con una confiabilidad de 0,924 de alfa de Cronbach, así mismo una validez de constructo (Campos, 2017). El cual fue aplicado en la tercera sesión, a la tutora del centro.

Los resultados demuestran que el paciente tiene una puntuación de 27 puntos, lo cual quiere decir, que presenta un nivel de agresividad leve, indicando un control adecuado de sus impulsos, desenvolviéndose de manera saludable en el contexto social.

Inventario de Autoestima de Coopersmith Forma Escolar (SEI)

El inventario de Autoestima de Coopersmith, corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima, cuenta con 58 ítems, con respuestas dicotómicas de verdadero o falso, en donde el paciente lee las afirmaciones y decide entre las opciones de "igual que yo" o "distinto a mí". Siendo la composición de los ítems los siguientes: área de sí mismo (SM) con 26 ítems, área social (SOC) con 8 ítems, área hogar (H) con 8 ítems, área escuela (SCH) con 8 ítems y una escala de mentiras (L) con 8 ítems. (Coopersmith, 1967).

Este inventario puede ser administrado de forma colectiva o individualmente, con un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos de duración. La confiabilidad calculada mediante el alfa de Cronbach es de 0,813 del instrumento, así mismo, respecto a su validez ha sido confirmada por diversos reportes en distintas versiones, obteniéndose niveles de consistencia similares (Esquer, et al. 2011).

En la calificación del inventario se suman todos los puntajes correspondientes a cada una de las escalas del instrumento para obtener la apreciación global que el sujeto tiene de sí mismo. Siendo aplicado durante la tercera sesión.

Los resultados de la escala general son de 29 puntos, por lo tanto, el paciente mantiene una actitud positiva ante sí mismo, aprecio genuino, aceptación tolerante y esperanzada de sus propias limitaciones, debilidades, errores y fracasos.

Inventario de depresión infantil (CDI)

El presente instrumento corresponde a la evaluación de sintomatología depresiva en niños de entre edades de 7 a 15 años, con la presencia de 27 ítems, cada uno de ellos enunciados con tres frases que recogen la intensidad o frecuencia de su presencia en el niño. Evaluando dos escalas: Disforia y Autoestima. El cuestionario puede ser contestado directamente por el niño, como un autoinforme o también puede ser contestado por uno de los cuidadores, por lo que su duración es entre 10 a 15 minutos, siendo el ámbito de aplicación tanto colectiva, como individual (Kovacs, 2011).

La corrección es sencilla, pues consiste en sumar las puntuaciones de los ítems que componen cada una de las escalas, para determinar la existencia de la sintomatología ansiosa, a partir de las tablas de baremos a determinado por distintos tonos de grises las tres posibles clasificaciones que pueden establecerse como: sin síntomas de depresión, sintomatología leve o sintomatología grave (Kovacs, 2011).

Cuenta con una confiabilidad calculada a partir del alfa de Cronbach de 0,86 en total, además presenta validez concurrente que ha sido obtenida con resultados satisfactorios presentando una correlación 0,60 con los criterios diagnósticos de depresión (Kovacs, 2011).

Asimismo, se lo aplicó durante la tercera sesión, dando como resultado “sin depresión”, pues mantiene un buen estado de ánimo, con la presencia normal de emociones negativas.

Test Proyectivo de Dibujo de la Familia

Es un test gráfico, por lo tanto, proyectivo, tratándose de una prueba de personalidad que puede administrarse a niños de cinco años de edad hasta la adolescencia. Su interpretación se da a partir de los principios psicoanalíticos de la proyección, pues, 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 (Corman, 1967).

Para la ejecución del test es importante iniciar con la instrucción de “Dibuja a una familia, una familia que tu imagines”, posterior a ello se debe efectuar una breve entrevista, la cual reforzará notablemente la interpretación que efectuará el evaluador. Posterior a 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 la libre expresión del niño. El test tiene una duración aproximada de 10 a 15 minutos, siendo de carácter individual (Corman, 1967).

Al ser un test proyectivo, no cuenta con una confiabilidad y validez determinada, pues la interpretación se depende del criterio del evaluador, siguiendo las pautas en base a los cuatro planos de análisis: plano gráfico, plano de las estructuras formales, plano del contenido e interpretación psicoanalítica (Corman, 1967).

Se lo aplicó durante la cuarta sesión, por lo que, a partir de la interpretación obtenida, el paciente muestra sentimientos de desvalorización con la necesidad de ser tenido en cuenta, así mismo, mantiene buenos vínculos de comunicación con sus hermanos, sin embargo, asocia rechazo con sus figuras paternas.

Test de la Persona Bajo la Lluvia

Prueba proyectiva orientada a la detección de situaciones traumáticas que puede haber sufrido el paciente, permitiéndonos conocer la imagen subjetiva del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas en los que la lluvia representa un elemento perturbador, es decir evalúa la imagen propia que presenta el individuo, como los pensamientos, emociones y defensas frente a situaciones estresantes (Querol & Chaves, 2005).

El instrumento puede ser administrado de manera individual como grupal, con un tiempo de aplicación aproximado de 5 a 10 minutos. En la interpretación, se toma en cuenta durante la aplicación, si el individuo modifica la posición del papel, la oposición, rechazo de órdenes sugerencias, indicaciones; conducta poco colaborativa o invasiva, entre otros.

Posterior a ello, se analiza los recursos expresivos determinados por el test, siendo: dimensiones, emplazamiento, trazos, presión, tiempo, secuencia, movimiento y sombreados (Querol & Chaves, 2005).

Al ser un test proyectivo no cuenta con una confiabilidad y validez determinada, pues la interpretación queda bajo criterio del evaluador, sin embargo, esta técnica proporciona indicadores válidos de aplicación.

Respecto a los resultados, el paciente presenta una inmadurez emocional y afectiva, con la necesidad de ser reconocido y tomado en cuenta, tristeza y falta de confianza, junto con la presencia de conductas agresivas.

1.3 Proceso diagnóstico

1.3.1 *Diagnóstico presuntivo*

Se considera al diagnóstico presuntivo como una impresión diagnóstica inicial, sustentada por los primeros síntomas evidenciados durante el proceso de evaluación, posteriormente se contrastará según los criterios de la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Brizzio et al., 2012).

Tabla 1

Diagnóstico presuntivo del paciente

Nombre del trastorno	Código CIE-10
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	F90.2
Trastorno de estrés postraumático	F43.10
Trastorno específico del aprendizaje con dificultades en la lectura	F81.0
Problemas relacionados con la pérdida de la relación afectiva en la infancia	Z61.0
Problemas relacionados con el abandono emocional del niño	Z62.4
Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia	Z61.1

Nota. En esta tabla se observan los posibles diagnósticos del paciente con sus respectivos códigos.

En base a la información obtenida durante el proceso de evaluación tanto con las entrevistas, fichas de observación y los resultados de los test aplicados se pudo determinar algunos trastornos psicológicos y problemas psicosociales como parte del diagnóstico presuntivo.

Se consideró al **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (F90.2)**, debido a que se reportó que el paciente posiblemente presentaba un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad—impulsividad podría estar interfiriendo en el funcionamiento o el desarrollo. De la misma forma se tomó en cuenta el **Trastorno de estrés postraumático (F43.10)**, puesto que el paciente ha sido expuesto durante un tiempo significativo a un evento que puede considerarse traumático durante su primera infancia, provocando reacciones emocionales angustiosas.

Para finalizar se consideró el **trastorno específico del aprendizaje con dificultades en la lectura (F81.0)**, debido a que el paciente presenta dificultades para dominar las aptitudes académicas que impiden el aprendizaje teniendo dificultades en la lectura tanto con la precisión, velocidad y comprensión.

Con el paso de las sesiones se fueron descartando estos cuadros debido a que no reunían los criterios requeridos para el diagnóstico, como el malestar clínicamente significativo, la intensidad o frecuencia propias de un trastorno mental.

De igual forma se tomó en cuenta para el diagnóstico otros problemas que requerían atención clínica pero no se consideran como trastornos mentales (eje de las Z) como: **problemas relacionados con la pérdida de la relación afectiva en la infancia (Z61.0)**. Sin embargo, posteriormente se descartó, pues, aunque el ingreso fue a una edad temprana, se encontraba junto con sus hermanos llegando ellos a convertirse en los elementos más importantes de su pirámide vincular, reemplazando en cierta medida la figura materna (Howes, 1999).

Además, se consideraron **problemas relacionados con el abandono emocional del niño (Z62.4)** y los **problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia (Z61.1)**, siendo que estos parecían ajustarse de mejor manera con el cuadro del paciente.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

En este apartado describirá los trastornos considerados para el diagnóstico diferencial, es importante puntualizar que si bien hasta el momento se ha trabajado con el manual CIE-10, el análisis que se presenta a continuación está desarrollado de acuerdo al modelo propuesto por First (2015) que trabaja con el DSM-5. Se ha seleccionado este modelo porque no muestra incompatibilidades con el CIE-10 y permite el desarrollo de un proceso más estructurado.

El proceso de diagnóstico diferencial se considera un punto muy importante al comenzar el plan de tratamiento con un paciente, permitiendo al profesional determinar qué trastornos se considerarían, posterior a ello elegir cual de estos explica mejor los síntomas presentes. Por lo que es necesario seguir una serie de pasos, que permitirán conseguir un diagnóstico definitivo, sin embargo, se debe mantener la posibilidad de la aparición de nuevos criterios a considerar una vez finalizada la evaluación inicial (First, 2017).

Para llegar a él pueden seguirse algunos pasos que incluyen 1) descartar la simulación y el trastorno facticio; 2) descartar etiología relacionada con la sustancia; 3) descartar una afección médica etiológica; 4) determinar el o los trastornos primarios específicos; 5) diferenciar el trastorno de adaptación de los cuadros no especificados y otros cuadros especificados y 6) establecer el límite con la ausencia del trastorno mental. Este proceso se puede desarrollar mediante un árbol de decisiones (First, 2017).

Ahora bien, siguiendo los pasos anteriormente descritos, en primer lugar, se descartó *la simulación y trastorno facticio* pues no se encontraron evidencias que el paciente podría estar mintiendo o que tuviese una recompensa externa por su conducta.

Como segundo paso, se descartó que el paciente tenga un *trastorno derivado del consumo de una sustancia/ medicamento* ya que no se encontró en la historia clínica, pruebas de laboratorio o exámenes médicos que el paciente tenga un historial de consumo.

En el tercer paso, la revisión de la historia clínica, especialmente los antecedentes médicos, permitieron descartar que el paciente presentaba estos problemas a causa de una etiología médica general la cual estuviese fuera capítulo de trastornos mentales del DSM 5 y

CIE 10, tales como infección viral o bacteriana, gastroenteritis, varicela, u otra común en infantes que explique su conducta. De hecho, sus exámenes médicos daban cuenta de un excelente estado de salud.

En el cuarto paso se fueron descartando aquellos trastornos mentales que compartían síntomas comunes de presentación, para ello se trabajó con el árbol de decisiones propuesto por First (2015) y específicamente se consideraron dos puntos de decisión **Trauma o factores de estrés psicosocial involucrados en la etiología y bajo rendimiento escolar, bajo rendimiento escolar**, por los síntomas de inatención, hiperactividad y malas calificaciones que tenía el paciente, esto permitiría contrastar a la vez al TDAH y el Trastornos específico del aprendizaje, sin embargo, luego del análisis estos se descartaron, pues no cumplían con los criterios suficientes, establecidos en los manuales diagnósticos, además, que según la impresión del clínico, no tenían la suficiente gravedad o duración.

Posteriormente se seleccionó el árbol de decisión para el **trauma o los factores de estrés psicosocial involucrados en la etiología**, porque el paciente se encontró expuesto a diversos factores de estrés extremo, esto permitiría contrastar al Trastornos de Estrés Postraumático, sin embargo, luego del análisis estos se descartó, pues no cumplían con los criterios suficientes, establecidos en los manuales diagnósticos, además, que según la impresión del clínico, no tenían la suficiente gravedad o duración presentando una reacción “normal” a un factor de estrés.

De la misma manera se descartó el diagnóstico de problemas relacionados con el abandono del niño, debido a que, los síntomas descritos no cumplen en su totalidad la descripción del problema, en este caso la dificultad reside más en una alteración de la relación familiar. La tabla 2 permite evidenciar los criterios presentes y ausentes de las condiciones antes descritas.

Tabla 2

Criterios presentes y ausentes

	<i>Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</i>	<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	<i>Trastorno específico del aprendizaje con dificultades en la lectura</i>
Criterios presentes	<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia falla en prestar la debida atención • Dificultad para mantener la atención • Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares • Dificultad para organizar tareas y actividades • Se distrae con facilidad por estímulos externos • Se levanta en situaciones que se espera que se mantenga sentado • Habla excesivamente • Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia directa del suceso traumático • Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo 	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo • Dificultades ortográficas • Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo • Dificultades con el razonamiento matemático
Criterios ausentes	<ul style="list-style-type: none"> • Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia directa del suceso ocurrido a otros • Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para comprender el significado de lo que lee • Dificultades con la expresión escrita

- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades
 - Con frecuencia olvida las actividades cotidianas
 - Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento
 - Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado
 - Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas
 - Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros
 - Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático
 - Sueños angustiosos
 - Reacciones disociativas
 - Malestar psicológico intenso
 - Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan al suceso traumático
 - Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático
 - Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo
 - Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo e interfieren significativamente con el rendimiento académico
 - Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo
 - Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos
-

Nota. Descripción de los criterios diagnósticos.

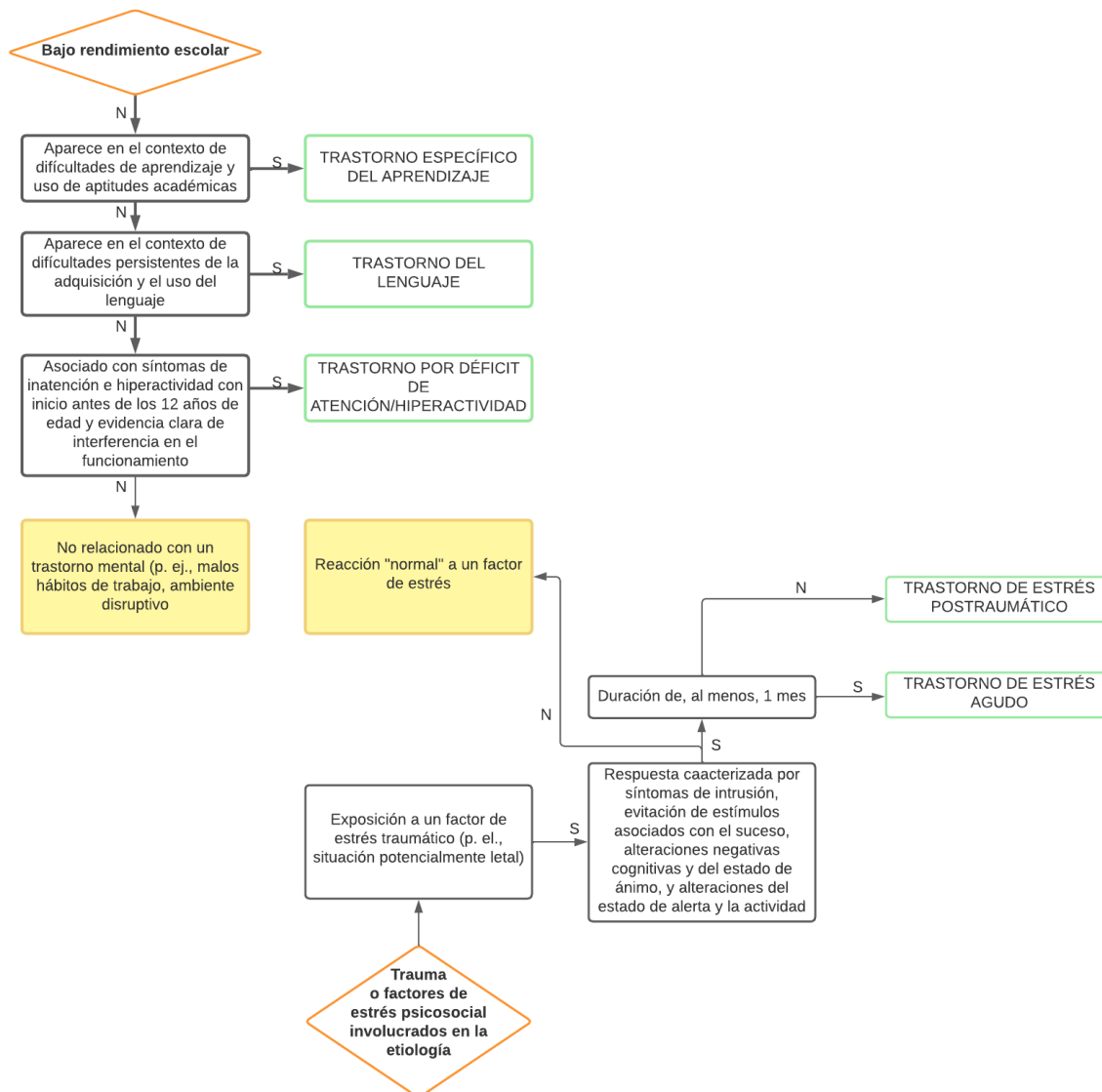
Como se ve en la figura 2 este árbol de decisiones llevó finalmente a una “*Reacción <<normal>> a un factor de estrés*” y “*no relacionado con un trastorno mental (p. ej., malos hábitos de trabajo, ambiente disruptivo)*”, esto en indicativo de la no existencia de un trastorno, pero como los problemas del paciente, aunque no eran trastornos mentales si requerían atención clínica.

Como quinto paso se descartó un ***trastorno de adaptación*** ya que si bien es cierto surge a causa de un evento estresante, similar al ocurrido al paciente, debe generar un malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, y un deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, situación que no se relaciona con el paciente. Ya que los síntomas no aparecen como una respuesta inadaptada a un factor de estrés psicosocial, también se descartaron otros ***trastornos residuales especificados o no especificados***.

Finalmente, como sexto paso es importante recalcar que si bien el paciente aún no ha alcanzado el umbral para considerar un trastorno mental y que según el modelo de First (2015) puede considerarse dentro de la normalidad, es conveniente utilizar un eje de las z, pues se reporta un problema que requiere atención clínica. Para ello se han seleccionado dos condiciones ***problemas relacionados con el abandono emocional del niño (Z62.4)*** y los ***problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia (Z61.1)*** que formarían parte del diagnóstico definitivo. La figura 2 resume parte del proceso realizado.

Figura 2

Diagnóstico diferencial con árbol de decisión



Nota. Árbol de decisión de los diagnósticos diferenciales, para poder llegar al diagnóstico definitivo.

1.3.3 Diagnóstico final

Es considerado como el resultado de la construcción de la información obtenida durante el proceso de evaluación, enfatizando los resultados que se obtuvieron por medio de los instrumentos utilizados, con el objetivo de compararlos con los síntomas presentes y criterios diagnósticos, de un trastorno que más se asemeje a las manifestaciones del paciente. Siendo esta parte de la valoración del caso, que permitirá elaborar un plan de tratamiento indicado para el paciente (Morrison, 2015).

Tabla 3

Diagnóstico definitivo

Según el CIE-10	
Z62.4 Problemas relacionados con el abandono emocional del niño Padres que se dirigen al niño de forma despectiva o insensible. Falta de interés en el niño, de comprensión por sus necesidades, o de elogio y estímulo. Reacción exacerbada a un comportamiento ansioso y ausencia de bienestar físico suficiente de calor emocional.	Z61.1 Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia Ingreso a un hogar adoptivo a un hospital u otra institución, que causa tensión psicosocial, o incorporación involuntaria a una actividad alejada del hogar por un periodo prolongado.

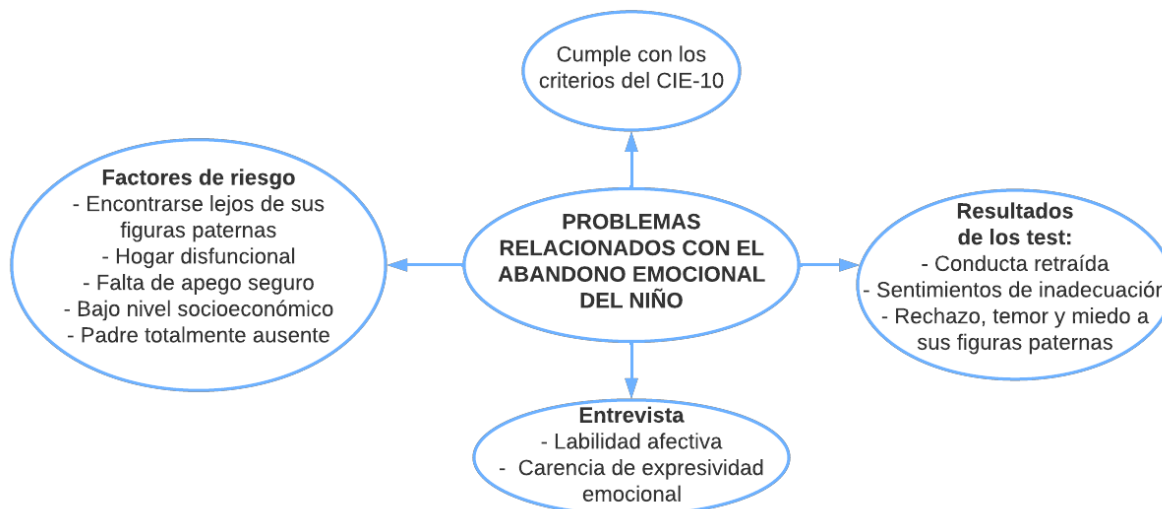
Nota. Descripción de cada diagnóstico definitivo.

Como se pudo evidenciar el paciente cumple con la descripción de **problemas relacionados con el abandono emocional del niño (Z62.4)** y los **problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia (Z61.1)**. En este caso, presenta pérdida de la relación emocional con su figura materna debido al alejamiento físico de su hogar, asimismo, ingresa de manera involuntaria a la edad de 3 años al Centro de Acogimiento junto con sus hermanos, alejándose de su hogar por un periodo de tiempo prolongado.

De igual forma, además, de lo expuesto previamente se ha desarrollado un esquema, para representar otros puntos importantes que se consideraron en el diagnóstico y están relacionados a la esfera biopsicosocial del individuo.

Figura 3

Impresiones diagnósticas primera parte



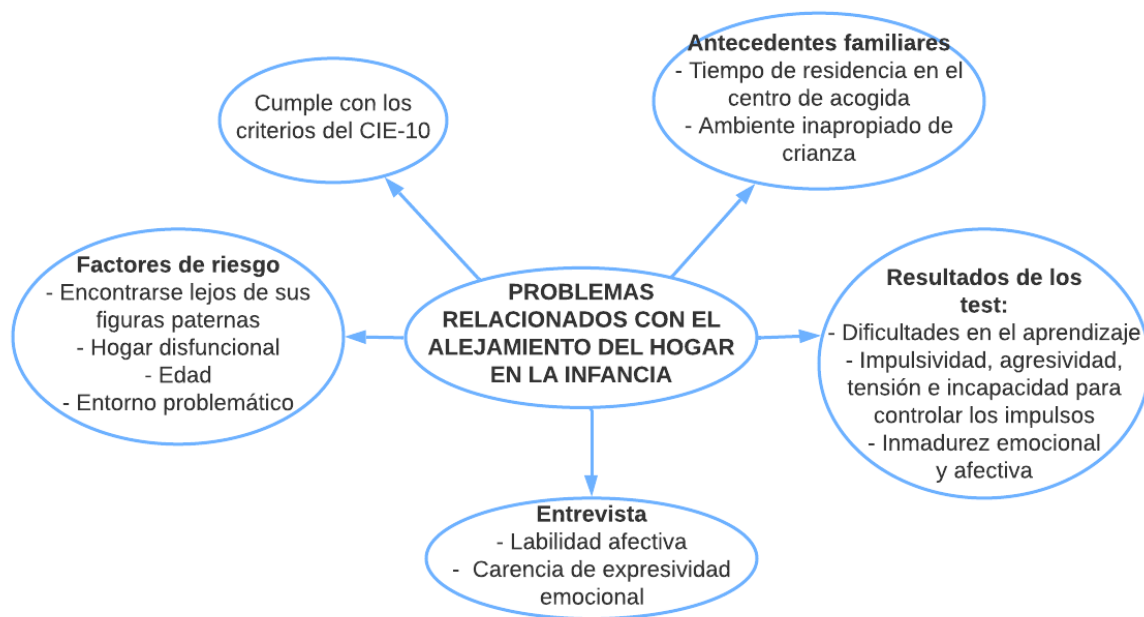
Nota. Factores influyentes en el diagnóstico.

Para sustentar el diagnóstico de **problemas relacionados con el abandono emocional del niño (Z62.4)** además de los criterios del manual CIE-10 se debe tomar en cuenta los *factores de riesgo*, pues el paciente se ha encontrado durante un largo tiempo lejos de sus figuras paternas al ingresar el centro de acogida, vive en un lugar disfuncional en el cual ha experimentado la ausencia constante de madre (su padre estuvo completamente ausente) quien los dejaba solos ya que se encontraba en búsqueda de un trabajo, provocando así una incapacidad para desarrollar un apego seguro con su figura materna.

Durante el *proceso de evaluación* específicamente en las primeras entrevistas, el paciente mostró labilidad afectiva al relatar acontecimientos antes vividos con sus progenitores, junto con la carencia de expresividad emocional al hablar respecto al acontecimiento de ingreso al centro de acogida. Finalmente, con *los resultados de los test* aplicados se pudo corroborar la presencia de sentimiento de inadecuación, conducta retraída, rechazo, temor y miedo hacia sus figuras paternas.

Figura 4

Impresiones diagnósticas segunda parte



Nota. Factores influyentes en el diagnóstico

Asimismo, se utilizó un proceso similar para determinar el segundo diagnóstico de **problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia (Z61.1)**, se detectaron algunos factores de riesgo durante el proceso de evaluación por medio de las entrevistas y fichas de observación, uno de los principales es encontrarse lejos de sus figuras paternas, pues está internado desde hace tres años en un centro de acogida infantil junto con sus hermanos.

Junto con los antecedentes descritos, él contaba con una familia disfuncional de pocos recursos económicos, provocando un entorno problemático durante su crecimiento, evidenciándose, durante la entrevista labilidad afectiva y carencia de expresividad emocional. De igual manera, mediante la aplicación de los test se pudieron destacar los problemas mencionados tanto por la coordinadora y psicóloga del centro, siendo las mismas dificultades en el aprendizaje, comportamiento impulsivo y agresivo e inmadurez emocional y afectiva.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Los objetivos terapéuticos se establecieron en base a la evaluación y diagnóstico realizado a lo largo de las primeras cuatro sesiones. Concretamente fueron los siguientes:

- Mejorar las capacidades atencionales y de autocontrol.
- Reforzar la adecuada interacción social, disminuyendo las respuestas agresivas e impulsivas.
- Promover el reconocimiento y expresión emocional.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

La intervención planteada para el paciente, aunque integra técnicas de distintas corrientes psicológicas, mayoritariamente se utiliza el enfoque cognitivo conductual. Cada una de las sesiones tuvo una duración de 45 minutos, aplicándose una vez cada semana, durante nueve sesiones y una de seguimiento. Generalmente, en cada sesión se le pidió al paciente que procure mantener las conductas aprendidas, pues, debido al contexto no se pudo realizar tareas intercesiones. De igual forma, a lo largo de todo el proceso se utilizó la economía de fichas como medio de motivación para propiciar y mantener los cambios.

Tabla 4

Plan terapéutico aplicado al paciente

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
Sesión 4: Terapia Cognitivo conductual: Expresión de emociones y Autoestima/	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las diferentes emociones e identificar cómo se siente desde su propia perspectiva • Identificará las emociones básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación 	Aunque al paciente se le dificulta demostrar algunas emociones, se lo percibe triste. El mismo refiere sentirse decaído ante algunas situaciones, especialmente relacionadas al distanciamiento con la madre. Debido a lo anterior el paciente se mantuvo

<p>Sesión 5: Terapia Cognitivo conductual: Expresión de emociones y Autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer y expresar las diferentes emociones, con la finalidad de identificar cómo se siente desde su propia perspectiva. • Potenciar la autoestima, mediante la identificación de pensamientos negativos y positivos acerca de sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Árbol de mis virtudes 	<p>decaído, por lo que se procedió a realizar contención emocional con una actividad lúdica.</p> <p>Paciente asiste a la sesión de manera voluntaria, manteniendo una apariencia adecuada para la ocasión, sin embargo, refiere presentar problemas de salud (cefalea). Se trabajó durante la sesión la técnica cognitivo conductual denominada “Árbol de mis virtudes”, el paciente la realizó con éxito, mostrándose interesado durante toda la sesión.</p> <p>A pesar que el paciente se muestra totalmente colaborativo, debido a su estado de salud se encontraba decaído.</p>
<p>Sesión 6: Terapia Cognitivo Conductual: Autocontrol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las habilidades de autocontrol, mediante la identificación de fortalezas y áreas de mejora. • Proporcionar estrategias de afrontamiento ante situaciones problemáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rueda de opciones 	<p>Paciente asiste a la sesión de manera voluntaria, manteniendo una apariencia adecuada y presentándose mejor de salud en comparación con la semana pasada. Al comenzar a trabajar con las técnicas se mantiene colaborativo y atento, sin embargo, en algunas ocasiones se distrae, hablando de otro tema.</p>
<p>Sesión 7: Terapia Cognitivo Conductual: Habilidades sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las habilidades interpersonales mediante la emisión de conductas adecuadas a través de la observación de modelos 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Entrenamiento en habilidades sociales mediante role playing • Modelado. 	<p>Al comenzar a trabajar con las técnicas se mantiene colaborativo y atento.</p>

- Reforzar la adecuada interacción social, mejorando las relaciones con los demás.

Sesión 8:
Terapia
Cognitivo
Conductual:
Habilidades
sociales

Mejorar las habilidades interpersonales para iniciar una conversación, hacer y recibir cumplidos, afrontar críticas y hacer peticiones.

- Psicoeducación y entrenamiento en habilidades sociales mediante role playing y modelado (continuación).
- Modelado

Al iniciar con la ejecución del plan terapéutico de la presente semana el niño se mantiene colaborativo en todo momento y presta atención.

El paciente presenta dificultad para expresar las emociones, por lo que, la comprensión se vuelve más compleja, sin embargo, demuestra interés durante toda la sesión. Por lo anterior dicho, la actividad no se culminó.

Sesión 9:
Terapia de
Juego basada
en la cognitivo
conductual:
Resiliencia del
yo

- Fortalecer y transformar las experiencias negativas en positivas.
- Promover el desarrollo de capacidades emocionales, cognitivas y sociales.

Psicoeducación y Comunicación de las emociones mediante role playing

Paciente ingresa a la sesión terapéutica dispuesto a trabajar, con una apariencia adecuada para la ocasión. No obstante, no recuerda lo abordado durante la sesión anterior, por lo que se realizó una recapitulación.

Al iniciar con la actividad, se muestra atento ante la explicación de la importancia de la expresión de las emociones, sin embargo, se le dificulta la comprensión de la resiliencia. El comportamiento del menor durante la sesión fue el adecuado, concluyendo así las actividades propuestas.

A pesar de encontrarse interesado por la temática, el lugar de la sesión presentaba diversos distractores tanto visuales como auditivos.

Sesión 10: Terapia Cognitivo Conductual: Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar el desarrollo de las actividades propias y de su entorno, promoviendo la seguridad en sí mismo. • Desarrollar una actuación rápida y eficaz para lograr con éxito una tarea o una conducta. 	Entrenamiento en autoinstrucciones	<p>Al iniciar con la actividad, se muestra atento y curioso, oyendo con atención la importancia de las autoinstrucciones y cómo realizarlas. El comportamiento del menor durante la sesión fue adecuado, concluyendo así las actividades propuestas. Se mostró interesado durante toda la sesión, evidenciando la integración de lo abordado anteriormente, así mismo, se mostró alegre y animado.</p>
Sesión 11: Terapia de aceptación y compromiso: Aceptación	Establecer determinados objetivos de vida mediante el autoconocimiento.	Proyecto de vida	<p>Al iniciar la actividad el paciente, se muestra atento a la actividad planteada, sin embargo, debido a los materiales usados para la prueba, se distrajo con facilidad. A pesar de lo anterior se mostró curioso ante la elaboración del proyecto de vida. Al finalizar la actividad, el paciente se mostraba poco entusiasmado, distrayéndose con facilidad. Sin embargo, se pudo concluir la actividad planificada.</p>
Sesión 12: Terapia Cognitivo Conductual: Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la importancia que tuvo el niño como paciente, como persona y sus ganas de crecer. • Destacar los aspectos positivos del paciente. • Retroalimentar las técnicas empleadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback de las técnicas aprendidas, logros, aprendizajes y fortalezas del paciente. • Evaluación Post-tratamiento 	<p>Al iniciar, el paciente se muestra atento, ante la exposición de todo lo realizado durante las sesiones, recordando la mayoría de las actividades, sin embargo, no recordaba con claridad por lo que se hizo un resumen general de las mismas. Una vez abordadas las actividades anteriormente realizadas, se</p>

Evaluar los avances del
tratamiento
(postratamiento)

procedió a felicitar al paciente por su rol durante la terapia. El paciente se mostró entusiasmado durante la sesión y colaborativo, por lo que se pudieron concluir las actividades planificadas.

Nota. Breve descripción de cada una de las sesiones.

Cuarta sesión terapéutica

Durante toda esta sesión, el paciente se muestra colaborador, por lo que se inicia con el proceso terapéutico mediante psicoeducación, a fin de que el paciente reconozca las diferentes emociones e identifique como se siente. Para ello se usó una lámina con emociones básicas que debían ser identificadas y socializadas.

La psicoeducación se la puede definir como una aproximación terapéutica, en la cual se le proporciona al paciente información específica respecto a una problemática a trabajar, basada en evidencia científica actual y relevante para la intervención. Esta técnica ha mostrado resultados estadísticamente significativos en diversas poblaciones, mejorando la comprensión del tema a tratar (Godoy, et al., 2020).

De igual manera, se detectaron los pensamientos negativos por medio de preguntas como: “¿Qué pensamiento se te ha venido a la cabeza?, ¿Qué te dices a ti mismo?”, entre otros. A partir de esto, se anotaron los pensamientos negativos que tiene el paciente para sustituirlos por pensamientos más positivos y que favorezcan el fortalecimiento de su autoestima.

Tabla

5

Lista de preguntas para la actividad

Preguntas realizadas

- ¿Qué pensamientos se le han venido a la cabeza?
- ¿Qué se dice a sí mismo?
- ¿Qué suele pensar cuando tiene algún problema?
- ¿Qué piensa cuando le sale mal algún trabajo de la escuela?
- ¿Qué cree que piensan sus compañeros de usted?

¿Qué cree que piensa su maestro de usted?

Nota. Preguntas elaboradas para orientar al paciente.

Al realizar las actividades el tiempo concluyó, por lo que se decidió continuarlas en la siguiente sesión, así mismo, se pudo evidenciar que el paciente demuestra sensibilidad al momento de hablar de su figura materna, pues la menciona con tristeza. Por lo que se procedió a realizar una actividad lúdica, junto con el sistema de recompensas para finalizar.

Quinta sesión terapéutica

Luego de que se concluyeron las actividades faltantes de la sesión anterior, el objetivo de la presente sesión fue determinar las capacidades positivas del paciente, lo cual se la realizó por medio de la técnica cognitivo conductual “Árbol de mis virtudes”, la cual tiene por premisa reconocerse como un tesoro valioso que desarrollará muchas de sus cualidades.

Esta técnica es de carácter cognitivo conductual y tiene como objetivo expresar los aspectos más importantes de la imagen que una persona tiene acerca de sí mismo, centrándose en lo positivo del paciente, mediante la reflexión de sus cualidades, las cuales ha ido desarrollando desde pequeño (Vásconez, 2010).

Para esta actividad se enlistó todos los valores positivos que el paciente consideraba poseer, entre ellas mencionó *“dar las gracias a los demás, pedir por favor, ser estudioso, responsable y amistoso”* y cuando terminó realizó otra lista con todas las cosas que ha conseguido gracias a sus capacidades, destacando sus interpretaciones de música junto con los niños en del teatro.

Con aquellas listas procedió a dibujar un árbol con raíces, tronco y ramas; en las raíces se sitúan los valores, después, se dibujó el tronco y las ramas plasmándose ahí todo aquello que el paciente ha logrado realizar en su vida. Al finalizar el dibujo se procedió a dialogar respecto al árbol, junto con una serie de preguntas como “¿Estás satisfecho con tu árbol?, ¿Ha sido difícil dibujarlo?, ¿Qué cualidades o logros has olvidado?”

Durante la sesión el paciente se mostró colaborador, sin embargo, refiere presentar problemas de salud (cefalea), no obstante, se muestra interesado durante toda la actividad.

Para acabar con la sesión, se motivó al paciente a recordar cada cualidad y valores mencionados, completando así una semana más el sistema de recompensas establecido.

Sexta sesión terapéutica

Para la presente sesión el paciente se encontraba mejor de salud en comparación a la semana pasada, denotando una apariencia adecuada para la ocasión. Esta sesión tuvo el objetivo de mejorar las habilidades de autocontrol, mediante la identificación de fortalezas y áreas de mejora, de igual manera, proporcionar estrategias de afrontamiento ante las situaciones problemáticas que se le presenten.

Por lo que en un principio se hizo una recapitulación de lo abordado anteriormente acerca de las emociones básicas; continuando con una psicoeducación orientada a la emoción de la ira, junto con su identificación, tanto sobre sí mismo como en los demás.

Se utilizó la técnica cognitivo conductual, que se basa a partir de la disciplina positiva “Rueda de opciones para el control de la ira”, la cual consiste en crear junto con el paciente una rueda con distintas opciones de actuación para que él pueda ponerlas en práctica cuando se sienta enojado o frustrado. En esta, en cada una de las porciones se dibuja o pega una imagen de las opciones que el niño haya mencionado, estas deberán ser validadas por el terapeuta y que estas respeten la integridad del niño y sus familiares. Su eficacia ha sido comprobada en infantes con sintomatología depresiva (Altamiranda, 2016).

Esta rueda se elaboró a partir de una cartulina circular donde el paciente pudo establecer cada opción, además tuvo que justificar la importancia de llevarlas a cabo. Una vez concluida la sesión, se completó el sistema de recompensas de la presente semana, lo cual ayudó a la motivación del paciente.

Séptima sesión terapéutica

La séptima sesión se realizó con el objetivo de mejorar las habilidades interpersonales mediante la emisión de conductas adecuadas a través de la observación de modelos y además reforzar la adecuada interacción social mejorando las relaciones con los demás. El paciente asistió motivado a la nueva sesión y conserva los contenidos aprendidos con anterioridad.

Se inicia la sesión por medio de psicoeducación, reforzando las emociones básicas antes abordadas, mediante el uso del cuento “el monstruo de las emociones”. Una vez finalizado este apartado, se inicia con el entrenamiento en habilidades sociales mediante role playing y modelado para el aprendizaje de las señales sociales, indicando cuales son, las expresiones faciales, contacto ocular y el espacio personal.

El entrenamiento en habilidades sociales, es una técnica del enfoque cognitivo conductual, sustentándose bajo los principios del aprendizaje social, trabajando sobre la construcción del sistema de creencias, los estilos de comunicación y en la incidencia en las competencias sociales como iniciar y mantener conversaciones. Evidenciándose resultados positivos dentro de ambientes educativos infantiles, promoviendo conductas adecuadas en los infantes (Esparza & Sánchez, 2017).

De igual forma, se utilizó la técnica de modelado, en la cual el paciente por medio de la observación e imitación, aprende un determinado comportamiento que se encuentra realizando la persona, siendo denominado “modelos”, en este caso se lo realizo junto con role playing para mejorar y desarrollar la comprensión de sus habilidades sociales. Un estudio realizado a niños dentro del área educativa, comprobó su eficacia al mejorar diversas áreas problemáticas abordadas, entre ellas sus habilidades sociales y la empatía de los alumnos (Sunawan, et al., 2019).

Al iniciar, para mejorar la comprensión se realiza una explicación de cómo podemos interpretar las emociones a través de las expresiones faciales y físicas, por lo que, se usa recortes de niños enojados, felices, preocupados y tristes, en donde el paciente identifica las expresiones faciales, junto con la imitación de las mismas. El tono de voz y el lenguaje corporal se practica por medio de un role playing.

La sesión concluyó con la identificación de las situaciones problema del paciente, conociendo como no debería actuar y las conductas adecuadas ante las mismas por medio de la técnica de modelado. Conjuntamente se rellenó el sistema de recompensas de la presente semana, junto con la entrega de un pequeño incentivo significativo, para motivarlo con la siguiente sesión.

Tabla 6*Situaciones simuladas para el paciente*

Situaciones a ejemplificar
<ul style="list-style-type: none"> - Dar las gracias - Cómo saludar apropiadamente

Nota. Situaciones a reforzar con el paciente en la intervención.**Octava sesión terapéutica**

Se inició la sesión detectando aquellas conductas adecuadas ante situaciones problemáticas, para ello se usó la técnica de modelado, que brindaría al paciente un entrenamiento para iniciar una conversación, realizar y aceptar un cumplido, pedir ayuda, entre otras.

A fin de que la actividad resulte entretenida para el paciente se usaron títeres, mediante ellos se mostraron distintas acciones que estaban relacionadas con adecuadas habilidades sociales (aceptar un cumplido, pedir ayuda, disculparse), luego se buscó que el paciente reprodujera de forma autónoma dichas conductas.

Finalmente, se le proporcionó información de su propia conducta para que pueda mejorarla, rellorando así mismo, el sistema de recompensas, correspondiente a la semana.

Tabla 7*Situaciones simuladas para el paciente (parte 2)*

Situaciones a ejemplificar
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar y aceptar un cumplido - Pedir ayuda - Disculparse o admitir ignorancia - Cómo responder a una crítica - Cómo iniciar una conversación

Nota. Situaciones a reforzar con el paciente en la segunda parte de la intervención**Novena sesión terapéutica**

El paciente ingresa a la sesión terapéutica dispuesto a trabajar, con una apariencia adecuada para la ocasión. No obstante, no recuerda lo abordado durante la sesión anterior, por lo que se realizó una recapitulación, al concluir aquello se inició con las actividades planificadas.

Esta nueva sesión tuvo como objetivo fortalecer y transformar las experiencias negativas en positivas promoviendo el desarrollo de capacidades emocionales, cognitivas y sociales, por medio de psicoeducación junto con la comunicación de las emociones mediante un role playing.

Se inició con una pequeña explicación respecto a la resiliencia y para una mejor comprensión se utilizó un video, a continuación, se explicó la importancia de la comunicación de las emociones y porque es adecuado entender las de los demás para el bienestar psicológico, se trabajó mediante un role playing por medio de títeres, donde uno de los personajes habla de un problema del pasado y el otro personaje lo interrumpe constantemente.

Al finalizar la historia se evalúa las consecuencias de las interrupciones, identificando junto con el paciente las emociones que percibió durante la narración, sin embargo, a pesar de encontrarse atento ante la explicación, se le dificulta la comprensión de la resiliencia, esto puede deberse a que el lugar en donde se realizó la sesión presentaba diversos distractores tanto visuales como auditivos. Se marcó una semana más en el sistema de recompensa establecido.

Décima sesión terapéutica

Para la décima sesión el paciente asiste con una apariencia física adecuada para la ocasión, dispuesto a trabajar, recuerda lo abordado anteriormente por lo que no se recapituló.

El objetivo de la sesión fue orientar el desarrollo de las actividades propias y de su entorno, promoviendo la seguridad en sí mismo, de igual manera, desarrollar una actuación rápida y eficaz para lograr con éxito una tarea o una conducta. Por lo que se trabajó con la técnica cognitivo conductual de entrenamiento en autoinstrucciones y mediante la "caja del orden" el paciente ordenaría un conjunto de instrucciones para la regulación autónoma de la conducta a fin de lograr más autonomía.

El entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica que se centra en ayudar al paciente a ser más consciente de sí mismo, en donde las opiniones negativas pasan a ser más positivas y adaptativas. Aplicándose a partir de un ejercicio de autoverbalización en

donde el paciente se da un conjunto de órdenes o instrucciones, antes, durante y después, al momento de realizar una tarea o encontrarse expuesto ante una situación aversiva, con el fin de aumentar el control sobre sí mismo y su mente. Se ha comprobado su eficacia en víctimas de acoso escolar, promoviendo la confianza en los pacientes (Chandra, et al., 2019).

El procedimiento es el siguiente: El terapeuta actúa como modelo y lleva a cabo la tarea mientras va diciendo en voz alta cada cosa que realiza, luego continúa con otra auto instrucción, siempre verbalizándolas.

El proceso luego es repetido por el paciente quien vuelve a hacer las tareas mientras las menciona para sí mismo en voz alta; posterior a ello, se continúa con las instrucciones en un tono de voz muy bajo. El objetivo de la actividad es que el paciente guíe su propio comportamiento a través de instrucciones internas, a partir de las instrucciones dadas.

En cuanto al comportamiento del paciente con la actividad se evidencia gran interés por la temática, escuchando con atención, se mostró alegre y confiado al momento de desarrollar la actividad, al finalizar, se concluyó incentivando al paciente a mantener las conductas aprendidas y completando el sistema de recompensas correspondiente a la semana.

Undécima sesión terapéutica

Paciente asiste a la presente sesión terapéutica con disposición para trabajar, mostrando una apariencia adecuada para la ocasión. Mantiene su memoria conservada recordando lo aprendido. Al iniciar la sesión, el paciente se muestra atento a la actividad planteada, sin embargo, debido a los materiales usados para la misma, se distrajo con facilidad, por lo que se le recordó la importancia de acabar con lo que se ha empezado. Al ser la penúltima del plan terapéutico, el objetivo de la misma fue establecer determinados objetivos de vida mediante el autoconocimiento.

Por lo que se aplicó la técnica de “proyecto de vida”, en base a la terapia de aceptación y compromiso, la cual consiste en darle sentido a su vida e integrar aspectos vocacionales, laborales, económicos, sociales, afectivos y de proyección vital; por medio del establecimiento de metas (Barbosa, et al., 2017).

Se le mencionó al paciente que es lo que quisiera ser cuando sea grande y se repasaron sus metas a futuro; esto se lo realizó por medio de un collage. Una vez concluida, el paciente describió su collage y se continuó motivando al paciente a cumplir las metas relacionadas, así mismo, se rellenó por penúltima vez la economía de fichas.

Duodécima sesión terapéutica

Esta sesión fue la última en el plan terapéutico, trato de hacer énfasis en la importancia que tuvo el niño como paciente, como persona y sus ganas de crecer, destacar los aspectos positivos del paciente, retroalimentar las técnicas empleadas y evaluar los avances del tratamiento (post-tratamiento).

Al iniciar, el paciente se muestra atento, ante la exposición de todo lo realizado durante las sesiones, recordando la mayoría de las actividades. Posteriormente, se procedió a felicitar al paciente por su rol durante la terapia, además, se realizó un re test con tres instrumentos (Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (SEI), Inventario de depresión infantil (CDI) y Lista de chequeo conductual de agresividad en niños), utilizados al iniciar la terapia. Cabe mencionar que el paciente se mostró entusiasmado durante la sesión y colaborador, por lo que se concluyó las actividades planificadas.

Decimotercera sesión (seguimiento)

La sesión se realizó un mes después de la última, teniendo el objetivo de hacer un seguimiento de las conductas aprendidas durante el proceso terapéutico. Se realizó una entrevista con la psicóloga y tutora del centro las cuales manifestaron que durante este tiempo las conductas de agresividad e impulsividad disminuyeron en gran medida, presentándose peleas en las cuales el paciente ponía en práctica las técnicas aprendidas, de igual manera, su comportamiento en el aula es considerado como positivo pues pide permiso al levantarse y se encuentra concentrado en sus tareas.

A pesar que existió una mejoría en la expresión de las emociones, consideran que aún hay que trabajar en este aspecto, pues se encuentra distanciado emocionalmente con su madre al momento de recibir sus visitas.

Capítulo tres

Resultados

A continuación, se presentan los resultados luego de haberse aplicado el tratamiento, mostrando las puntuaciones registradas en un momento inicial y durante la finalización del plan terapéutico, para lo cual se ha realizado un respectivo análisis de los avances mediante los métodos que corresponden al enfoque cuantitativo y cualitativo.

Valoración cuantitativa

El análisis cuantitativo se trabajó aplicando instrumentos antes y después del tratamiento, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 8

Resultados de pre intervención y post intervención del paciente

Instrumento	Resultados pre intervención	Resultados post intervención	Interpretación
SEI – Cuestionario de Autoestima de Coopersmith	Escala general: 29 puntos <u>Sub escalas:</u> Sí mismo general: 11 puntos Social Pares: 07 puntos Hogar Padres: 05 puntos Escuela: 06 puntos	Escala general: 25 puntos <u>Sub escalas:</u> Sí mismo general: 12 puntos Social Pares: 03 puntos Hogar Padres: 04 puntos Escuela: 06 puntos	Mantiene una autovaloración de sí mismo muy alta, manteniendo sus habilidades sociales y relacionales con amigos y colaboradores, dentro del área escolar, afronta adecuadamente las principales tareas en la escuela, posee una buena capacidad para aprender.
CDI – Inventario de depresión infantil	Depresión: 14 puntos Disforia: 8 puntos Autoestima: 6 puntos	Depresión: 10 puntos Disforia: 1 puntos Autoestima: 1 puntos	Escala general de depresión: Sin depresión, mantiene un buen estado de ánimo, con la presencia normal de emociones negativas

			Disforia: <i>Sin sintomatología,</i> durante situaciones diarias no presenta un desarreglo de las emociones
			Autoestima: <i>Sin alteración,</i> presenta una autovaloración positiva de sí mismo en la mayoría de las situaciones
Lista de chequeo conductual de agresividad en niños	Nivel de agresividad total: Leve (27 puntos) Componentes: <i>Conducta agresiva activa física:</i> Leve (10 puntos) <i>Conducta agresiva pasiva física:</i> Leve (08 puntos) <i>Conducta agresiva activa verbal:</i> Leve (07 puntos) <i>Conducta agresiva pasiva verbal:</i> Leve (02 puntos)	Nivel de agresividad total: Leve (23 puntos) Componentes: <i>Conducta agresiva activa física:</i> Leve (9 puntos) <i>Conducta agresiva pasiva física:</i> Leve (05 puntos) <i>Conducta agresiva activa verbal:</i> Leve (07 puntos) <i>Conducta agresiva pasiva verbal:</i> Leve (02 puntos)	El evaluado presenta un nivel de agresividad leve, lo que indica un adecuado control de sus impulsos y podrá desenvolverse de manera saludable en cualquier contexto social. El paciente resuelve sus problemas sin el uso de agresión física y sin perturbar a los demás

Nota. En la presente tabla se describen los puntajes obtenidos pre y post intervención

En la tabla 8, se encuentran los resultados obtenidos en los tres instrumentos, uno de ellos es el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith (SEI) en donde se observa el antes y después del tratamiento aplicado, pasando de un puntaje general de 29 puntos a uno de 25 puntos, esto significa que ha mejorado levemente la valoración de sí mismo, tiene un aprecio genuino, aceptación tolerante y esperanzada de sus propias limitaciones, debilidades, errores y fracasos, junto con un cuidado de sus necesidades reales tanto psíquicas e intelectuales.

En lo que respecta a la puntuación global del Inventario de depresión infantil (CDI), aunque el paciente antes del tratamiento no obtuvo una calificación elevada de depresión,

encontrándose en el rango de lo “normal”, se puede evidenciar, sin embargo, que luego del tratamiento su calificación en el instrumento ha disminuido observándose que cambió de 14 puntos antes de la intervención psicológica a 10 puntos después de la misma. De la misma forma, se percibe una disminución significativa de cada una de las dimensiones del instrumento como disforia (que significa que el paciente no adquiere un desarreglo de las emociones durante las emociones diarias) que cambio de 8 puntos a 1 punto y autoestima (que hace referencia a la valoración de sí mismo) que cambio de 6 puntos a 1 punto.

Finalmente, aunque en la primera aplicación el paciente presentaba un nivel leve de agresividad según la Lista de chequeo conductual de la agresividad en niños, se evidencia una mejora significativa del puntaje en este instrumento luego de 2 meses de terapia. De esta forma, el paciente ha pasado de 27 puntos a 23 puntos, lo que puede significar que el tratamiento a tenido influencia en esta variable. Cabe destacar que dentro del área de conducta agresiva pasiva física, existe una clara disminución en comparación de la primera aplicación, acatando las normas establecidas, cumpliendo sus responsabilidades, siendo corroborado por la tutora de aula.

Valoración cualitativa

Es importante manifestar que también se utilizaron datos cualitativos para valorar el avance del paciente, de esta forma la Tabla 9 muestra ciertas problemáticas y como fueron variando con la terapia. De esta forma, al culminar el plan terapéutico se pudo evidenciar mediante la observación y aplicación de reactivos que las problemáticas descritas por la tutora, psicóloga y coordinadora del centro habían disminuido.

Respecto a la hiperactividad, existió un cambio leve pues ya no se levantaba de su asiento sin pedir permiso, acata mejor las órdenes y se encuentra concentrado durante sus horas de estudio. Sin embargo, debido a que muchos de sus compañeros aun presentan conductas indisciplinarias en el centro, a veces el paciente las imita.

En el caso de las *conductas de impulsividad y agresividad*, el paciente puso en práctica las opciones creadas a partir de la técnica Rueda de opciones para el control de la ira, disminuyendo los encuentros de agresividad con sus compañeros en el área de juego,

por ejemplo, en una ocasión se formó una discusión con sus pares, en lugar de reaccionar de manera agresiva como lo hacía antes (pellizcos, empujones), optó por ir donde la tutora y manifestar la situación.

De igual forma al hablar de su *dificultad para expresar sus emociones*, hubo una clara mejoría, pues el paciente por medio de la psicoeducación de las emociones, modelado para la expresión de las emociones, pudo expresar de manera adecuada como se sentía día a día.

Tabla 9

Resultados cualitativos del paciente

Pretratamiento	Postratamiento
Conductas de hiperactividad la mayor parte del día, que incrementen en el contexto escolar	Disminución leve de las conductas problemáticas, dentro del contexto escolar
Impulsividad y Agresividad durante los espacios de juego hacia sus compañeros	Se evidencia una clara disminución de las conductas de agresividad, poniendo en práctica lo aprendido durante las sesiones psicológicas
Dificultad para expresar las emociones	Aumento de la capacidad para expresar como se siente

Nota. Breve exposición de los resultados cualitativos obtenidos

De la misma forma se ha desarrollado otro tipo de valoración, basada en el modelo propuesto por Fernandez-Ballesteros (2015), la cual permite evaluar el cambio que ha tenido el paciente a lo largo de las sesiones a través de la valoración del clínico, de esta manera, tras la intervención el paciente refiere mantener las conductas aprendidas durante las sesiones con el fin de corregir las conductas problemáticas evidenciadas.

Tabla 10

Ficha de valoración del tratamiento

Variable (problema)	Antes	Durante	Después
Problemas de atención e hiperactividad	Paciente presenta desorganización, dificultad para prestar atención, levantándose de su asiento cuando no le corresponde.	Durante la intervención el paciente practica la técnica de autoinstrucciones, para poder así desarrollar una tarea	Tiempo después de la intervención se evidencia una leve disminución de la desorganización dentro del aula; otras conductas relacionadas a la

		de manera eficaz y rápida.	hiperactividad se siguen manteniendo.
Impulsividad y agresividad	Comportamientos agresivos al momento de jugar manifestados a través de pellizcos, golpes y empujones.	Pone en práctica las opciones elaboradas dentro de la técnica rueda de opciones para el control de la ira, sin embargo, sus compañeros lo provocan.	Leve disminución de la agresividad en los tiempos de juego.
Dificultad para expresar las emociones	Se evidencia una clara dificultad para mencionar cómo se siente ante diversas situaciones	Comprende las emociones y reconoce la importancia de comunicar y entender las emociones de sí mismo y los demás	Al finalizar el proceso el paciente muestra una clara mejora al expresar sus emociones, comprometiéndose a comunicar cuando presente emociones negativas.

Nota. Se describe la mejoría antes, durante y después de la intervención psicológica.

Como se puede apreciar en la tabla 10, se consideraron ciertas variables y mediante la impresión del clínico se valoró el cambio del paciente a lo largo del proceso terapéutico. De esta manera se encontró que de forma global hay eficacia del plan terapéutico con una mejora diferente para cada variable. Al hablar de manera global la eficacia del plan terapéutico, este obtuvo una ligera mejoría en las variables con las cuales se trabajó, se considera posiblemente se mantengan por un transcurso corto de tiempo, debido a la influencia que tiene el contexto en donde se encuentra.

Discusión y conclusiones

En el presente análisis de caso se muestran los resultados tanto a nivel cualitativo como cuantitativo de una intervención psicológica en un niño de 7 años, se considera que la eficacia de la intervención terapéutica ha sido medianamente satisfactoria, teniendo en cuenta las influencias contextuales en donde se encontraba el paciente. De igual forma se pudieron cumplir los objetivos terapéuticos antes planteados. Por lo que se describirán los tres apartados, tanto del proceso de evaluación, diagnóstico e intervención.

En cuanto al proceso de evaluación, se utilizaron instrumentos para identificar el coeficiente intelectual, funciones mentales, personalidad, hiperactividad e impulsividad, agresividad, autoestima, depresión y situaciones traumáticas. Los cuales fueron el test de matrices progresivas (RAVEN), Test Gestáltico Visomotor de Bender, Dibujo de la figura humana (DFH), Test de desórdenes de Hiperactividad/Déficit de atención, Lista de chequeo conductual de la agresividad en niños, Cuestionario de Autoestima de Coopersmith, Inventario de Depresión infantil (CDI), Test del Dibujo de la Familia y el Test Persona bajo la lluvia. En una muestra de 95 niños institucionalizados, residentes en el sur de España se utilizaron reactivos orientados a evaluar el comportamiento en base a escalas de habilidades sociales, tales como la comunicación, responsabilidad, empatía, compromiso y autocontrol, junto con la evaluación de depresión en dicha población, a pesar, de no contener los mismos instrumentos psicológicos, se comprueba que la evaluación de las mismas problemáticas en infantes es esencial al momento de llegar a una aproximación diagnóstica (Cáceres, et al., 2021).

Por otro lado, respecto al diagnóstico del paciente, utilizando como referencia el manual CIE-10, se ha determinado para este caso Problemas relacionados con el abandono emocional del niño en la infancia (Z62.4) y Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia (Z61.1), pues el paciente presenta pérdida de la relación emocional con su figura materna debido al alejamiento físico de su hogar debido a la constante búsqueda de trabajo, dejando solos a sus hijos, de la misma forma, ingresa al centro de acogimiento a la edad de 3 años, distanciándose durante un largo periodo de tiempo de su hogar. Esto se

relaciona con la literatura, pues no existió un establecimiento vincular positivo entre el cuidador y el paciente, desarrollando así un apego inseguro caracterizado ante la falta de cuidado por parte de su figura materna, como menciona González (2017), el cuidador brinda seguridad junto con tranquilidad al niño, dándole confianza para separarse, permitiéndole que pueda explorar el ambiente que le rodea, sin el miedo de sentirse abandonado, en el caso de que sea así, es probable que desarrolle un apego inseguro, ante la falta de afectividad y ausencia de los padres.

Para finalizar, es importante señalar que la intervención psicológica si bien es cierto emplea técnicas de distintas corrientes terapéuticas, en su mayoría son de tipo cognitivo conductual, las cuales se centran en la modificación de las conductas desadaptativas, tratando las cogniciones y emociones de forma directa y concisa.

En cuanto a las técnicas cognitivo conductuales enfocadas en el tratamiento infantil, se ha sugerido que después de una aplicación reiterada pueden mejorar la conducta de los niños en lo que respecta al control de la ira, refuerzo o resolución de problemas (Salazar, et al., 2020). Aquello quedó evidenciado en el presente estudio de caso, pues presentaron cambios en las conductas problema del paciente, en especial, en el entrenamiento en el autocontrol y resolución de problemas. Sin embargo, debido al contexto en donde se encuentra, la preservación de las conductas aprendidas es bajo, haciendo que la eficacia de la intervención sea moderada y que a futuro probablemente lo aprendido se extinga.

De la misma forma, durante la intervención se evidenciaron emociones negativas como enojo y angustia, las cuales se trabajaron empleando técnicas como psicoeducación, modelado (mediante juegos) y role playing, presentándose una mejoría, pues el paciente pudo expresar de manera adecuada como se sentía durante el día. Aquello se puede corroborar con los resultados obtenidos en el “Programa de intervención psicológica con niños institucionalizados ante la reintegración al hogar”, en donde se observó que los infantes que presentaban emociones negativas como tristeza, dolor, angustia, problemas de autocontrol, incapacidad para seguir instrucciones o falta de atención; luego de la aplicación de un taller que incluía técnicas similares a las nuestras mejoraron la identificación y comunicación de las

emociones, junto con la mejora de autoestima, autocontrol y resolución de problemas (Chávez & Jacobo, 2021).

Otro punto a considerar respecto a los problemas que presenta el paciente es la falta de apego, pues ha vivido gran parte de su vida en centros de acogida, no conoce a su padre y su madre estuvo ausente durante largos periodos de tiempo en búsqueda de trabajo. Ahora bien, la literatura sugiere que el apego durante los primeros años de vida es muy importante pues proporciona seguridad y consuelo incluso en la ausencia del cuidador. (Bakermans, 2021). Un reciente meta análisis sobre más de 300 estudios, demostró que crecer en una institución se asocia a graves retrasos en el desarrollo cerebral, la cognición y la atención y una sobrerrepresentación de apegos atípicos. (Van IJzendoorn et al., 2020)

Lo anteriormente expuesto se relaciona con el paciente, pues se evidencia que al momento de que su figura materna expresa cariño hacia él y a sus hermanos, no existe una respuesta adecuada, mostrándose a veces confundido y limitando sus emociones.

De igual manera, en el tratamiento del paciente se consideraron sus problemas en las interpersonales, ya que tenía dificultades al momento de relacionarse adecuadamente con otros niños, siendo agresivo o impulsivo. Esto según algunos autores está relacionado a los impactos del maltrato infantil, la inseguridad del apego y los problemas interpersonales, ya que las habilidades tanto sociales como de regulación emocional, son efecto directo del ambiente inestable durante la infancia, formando en el niño creencias negativas de sí mismo, haciéndolos propensos a satisfacer las necesidades de los demás por encima de las suyas y actuar de manera desinteresada en las relaciones significativas (Murase, et al., 2021).

Con lo mencionado anteriormente, se puede concluir lo siguiente:

Respecto al proceso evaluativo, se puede evidenciar la efectividad y utilidad de los instrumentos empleados, pues permitieron corroborar la sintomatología de las problemáticas manifestadas por las profesionales del centro, además de ser pruebas comprobadas científicamente para ser usadas en población infantil. Al proporcionar dicha información se pudo realizar un adecuado diagnóstico al conocer aspectos necesarios del paciente.

Referente al diagnóstico, se determinó en base a la información proporcionada por el centro, los profesionales y datos obtenidos a partir de la evaluación antes mencionada que el paciente presenta *Problemas relacionados por la pérdida de la relación afectiva en la infancia* y *Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia*, debido a la carencia emocional con su figura materna y su internalización al centro de acogida a la edad de 3 años, manteniéndose distanciado de su hogar por un periodo de tiempo prolongado.

Para finalizar, respecto al tratamiento, debido a la mejoría moderada en el paciente respecto a las problemáticas abordadas, es viable la utilización un enfoque que integre técnicas de varios modelos terapéuticos (aunque mayoritariamente cognitivo conductual) para tratar problemas similares en una población infantil institucionalizada ecuatoriana. Sin embargo, debido al contexto en donde se encuentra el paciente, las conductas aprendidas, posiblemente se extingan en un transcurso de tiempo por la influencia que tiene el grupo de pares, siendo necesario la intervención psicológica continua por parte del centro con toda la población de niños para generar un cambio más significativo.

Recomendaciones

En base a las conclusiones antes mencionadas, se recomienda lo siguiente:

Se considera importante continuar con el proceso evaluativo del paciente, con el fin de identificar posibles problemáticas futuras, además, aplicar baterías psicológicas similares dentro del centro que permitan identificar la sintomatología similar en otros infantes.

Referente al diagnóstico, es importante para la institución tomar en cuenta el uso de la categoría de factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud que se encuentran dentro de los códigos Z del CIE-10, pues abarca problemas que aparecen debido a diversas circunstancias y no enteramente debido a un trastorno psicológico, lo cual permitirá realizar un abordaje eficaz para el paciente.

Para finalizar acerca del tratamiento, se considera de vital importancia que el paciente continúe con el proceso terapéutico en áreas que no se pudieron trabajar en su totalidad, por ejemplo, la relación con su madre, poder expresarle cariño y una posible reinserción al hogar, lo cual podría ser aplicado durante su tiempo de estadía dentro del centro de acogida, esto podría realizarse al menos 1 vez a la semana.

De igual manera, es conveniente continuar con el uso de técnicas de observación con el fin de proporcionar un tratamiento psicológico a futuro orientado en las nuevas conductas problemáticas que puedan aparecer, así mismo, reforzar las estrategias aprendidas, pues en base al contexto en el que se encuentra el paciente, es probable que estas se extingan debido a la influencia negativa que ejerce el grupo de pares.

Referencias

- Aguilar, C. E. V., Piedra, T. R. A., & Ponce, M. C. C. (2020). Conductas disruptivas infantiles y estilos de crianza. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 13(1), 138-150.
- Altamiranda, N. (2016). *Intervención cognitivo conductual de un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con sintomatología depresiva: caso único paciente de 9 años* (Master's thesis, Universidad del Norte).
- Bakermans-Kranenburg, M. J. (2021). *The limits of the attachment network*
doi:10.1002/cad.20432
- Barbosa-Martínez, R., Ramírez-Aranda, J.M., Salazar, B. and Benavides-Torres, R. (2017). Life Project for Adolescents: A Concept Analysis. *International Journal of Social Science Studies*, 4(5), 31-37.
- Brizzio, A., López, L., & Luchetti, Y. (2012). Evaluación de los Indicadores Emocionales del Dibujo de la Figura Humana en Niños en Consulta Psicológica Ambulatoria. *Revista Evaluar*, 12(1).
- Cáceres Campos, I. M., Moreno Rodríguez, M. D. C., Román Rodríguez, M., & Palacios González, J. (2021). The social competence of internationally-adopted and institutionalized children throughout childhood: a comparative and longitudinal study. *Early Childhood Research Quarterly*, 57, 260-270.
- Campos García, D. F. (2017). *Estilo de crianza y conducta violenta en escolares de instituciones educativas de nivel inicial del distrito del Callao-Cercado, 2017*.
- Castrillón Osorio, L. C., Carmona Villada, D., Hidalgo Cossio, C., & Vásquez Lopera, C. M. (2018). Evaluación de cambio en psicoterapia con niños institucionalizados. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 36 - 53
- Cayssials, A., Albajari, V., Aldrey, A., Fernández, M., Naisberg, C. & Sheinsohn, M. (1993). *Test de Matrices Progresivas, escala coloreada, general y avanzada, manual*. Norma de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- Chandra, E. K., Wibowo, M. E., & Sunawan, S. (2019). Cognitive behaviour group counseling with self-instruction and cognitive restructuring techniques to improve students' self-confidence. *Islamic Guidance and Counseling Journal*, 2(1), 11-17.
- Chávez, M., & Jacobo, M. (2021). *Programa de intervención psicológica con niños institucionalizados ante la reintegración al hogar*. Karla Ileana Caballero Vallejo, 38.
- Coopersmith, S. (1967). Inventario de autoestima original forma escolar (SEI).
- Corman, L. (1967). El test del dibujo de la familia. *Buenos Aires: Kapelusz*.
- De Gallardo, M. S., & de Faría, L. P. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Telos*, 14(2), 210-222.
- Deambrosio, M., Vázquez, M., Arán-Filippetti, V., & Román, F. (2018). Efectos del Maltrato en la Neurocognición. Un Estudio en Niños Maltratados Institucionalizados y no Institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16 (1), 239-253. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16114>
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. Escala de Valoración del TDAH-IV.
- Esparza, A. G., & Sánchez, C. M. (2017). El entrenamiento en habilidades sociales y su impacto en la convivencia escolar dentro de un grupo de primaria. *REXE: Revista de estudios y experiencias en educación*, 16(30), 151-164.
- Esquer, J. B., Esquer, J. F., & Valdenebro, A. L. (2011). Adaptación del Inventario de Autoestima Coopersmith para alumnos mexicanos de educación primaria. *Praxis investigativa ReDIE: Revista Electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos*, 3(4), 5-14.
- First, M. B. (2017). DSM-5: manual diagnóstico diferencial. *Editorial Médica Panamericana*. Madrid, España.
- García, M. I., Fernández, M. Á., & Crespo, A. V. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

- García-Cruz, A., García-Piña, C. A., & Orihuela-García, S. (2019). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*, 40(4), 199-210.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
- González Flores, D. (2019). *Intervención psicoterapéutica grupal con modelo integrativo para niños de 7 a 12 años con rasgos de ansiedad clínicamente significativa* (Doctoral dissertation, Universidad de Panamá).
- González, L. & Paredes, S. (2017). Apego y resiliencia. *CienciAmérica*, 6(3), 102-105.
- Howes, C. (1999). Attachment Relationships in the Context of Multiple Caregivers. En J., Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: theory, research, and Clinical Applications*. The Guildford Press.
- Koppitz, E. (1984). *El Test Gestáltico Visomotor para niños (10ª. Ed.)*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Kovacs, M. (2011). *CDI Inventario de depresión infantil*. TEA Ediciones.
- Machover, K. (1976). *Manual práctico de Valoración del Test de la Figura Humana*. Material mimeografiado no publicado. España.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Murase, H., Simons, R., & Simons, J. (2021). Distinct paths to alcohol problems: Impacts of childhood maltreatment, attachment insecurity, and interpersonal problems. *Addictive behaviors*, 115, 106780.
- Navarrete, S, Ramírez., Álvarez, M., & Soto, R. (2019). Factores que inciden en el apego seguro. *PsicoEducativa: reflexiones y propuestas*, 5(9), 8-12.
- Observatorio Social del Ecuador, (2018). *Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. Una mirada a través de los ODS*.
- Querol, S., & Chaves Paz, M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación. Ed. Lugar 2ª ed. Buenos aires*.

- Ramírez, A., Martínez, P., Cabrera, J., Buestán, P., Torracchi, E., & Carpio, M. (2020). Habilidades sociales y agresividad en la infancia y adolescencia. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(2), 209-214.
- Raven, J., Raven, J. & Court, J. (1993). *Test de Matrices Progresivas. Manual*. Buenos Aires: Paidós
- Reboto, V., & Avi, M. (2020). Educación emocional aplicada al apego inseguro. In *Educación para el Bien Común: hacia una práctica crítica, inclusiva y comprometida socialmente* (pp. 438-451). Octaedro.
- Salazar, S., Britto, Y., Osorio, D., & Valencia, L. (2020). Revisión sistemática de literatura: acerca de la eficacia en la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual en niños con diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad. Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500,12494,20295>.
- Sunawan, S., Wibowo, M. E., Gunawan, I. M. S., & Purwanto, E. (2019). Group counseling of values clarification to increase middle school students' empathy. *Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación*, 25(2), 169-174.
- Van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M., Duschinsky, R., Goldman, P., Fox, N., Gunnar, M., Johnson, D., Nelson, C., Reijman, S., Skinner, G., Zeanah, C., & Sonuga-Barke, E. (2020). Institutionalisation and de-institutionalisation of children I: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703–720.
- Varona, S. (2003). Lista de chequeo conductual de la agresividad en niños. Perú: Lima.
- Vásconez Bustamante, G. V. (2010). *Propuesta de tratamiento para la baja autoestima de un niño de diez años de la Escuela Ecológica "Luis Cordero" en la ciudad de Cuenca* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).