



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES,
EDUCACIÓN Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicológica integrativa en una niña de 6
años con trastorno de adaptación con ansiedad en
contexto de institucionalización**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Ocampo Cueva, Johysi Nicolle

Director: Cabrera León, Lizbeth Katherine

LOJA

2024



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>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 27 de septiembre de 2024

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

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

integrativa en una niña de 6 años con trastorno de adaptación con ansiedad en contexto de institucionalización, realizado por Johysi Nicolle Ocampo Cueva, 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: Lizbeth Katherine Cabrera León

C.I.: 1105146698

Correo electrónico: lkabrera@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Johysi Nicolle Ocampo Cueva, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denomina: Intervención psicológica integrativa en una niña de 6 años con trastorno de adaptación con ansiedad en contexto de institucionalización, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno el proceso de evaluación, capítulo dos tratamiento psicológico, capítulo tres los resultados, siendo Lizbeth Katherine Cabrera León, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico 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: Johysi Nicolle Ocampo Cueva

C.I.:1104885981

Correo electrónico: jnocampo1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A mis padres, por su amor incondicional, paciencia y apoyo inquebrantable durante este arduo camino. Su confianza en mí me ha impulsado a seguir adelante y llegar a cumplir grandes metas. De igual manera a mi hermano y a mis abuelos por su cariño y ánimo constante que ha sido fundamental a lo largo de esta travesía académica.

Agradecimiento

En primer lugar, quiero expresar gratitud a Dios por brindarme la fortaleza necesaria para superar diversos obstáculos, a mis amados padres por el apoyo, amor, motivación constante e incondicional y por ser mi mayor inspiración para alcanzar esta meta.

A mi tutora Mgst. Lizbeth Katherine Cabrera León, por guiarme, compartir su conocimiento, tiempo y compromiso durante la elaboración de este caso de estudio. Además, a mis profesores Mgst. Gianella Lisseth Toro Sánchez y Mgst. Gabriela del Cisne Burneo Jiménez por transmitirme experiencias y motivación para el desarrollo del presente trabajo.

Un agradecimiento especial a mi paciente por su colaboración y confianza que fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

Quiero agradecer a mis compañeros de estudio y colegas, Daniela Valarezo, Doménica Chávez, David Ruales y Jossué Mendieta, su apoyo, cariño y amistad inquebrantable hicieron de este trayecto una experiencia enriquecedora e inolvidable, gracias por permitirme aprender y crecer junto a ustedes.

Finalmente, agradecer a mi fiel amigo Luka, por su incondicional cariño y compañía silenciosa durante las largas jornadas y noches de investigación.

Índice de contenido

Caratula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo Uno.....	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente	7
1.1.2 Motivo de consulta	9
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología.....	9
1.2 Proceso de evaluación	11
1.3 Proceso diagnóstico	20
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	20
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	21
1.3.3 Diagnóstico definitivo	23

Capítulo Dos	25
Metodología	25
2.1 Tratamiento/Intervención	25
2.1.1 Objetivos terapéuticos	25
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	26
Capítulo tres	40
Resultados	40
3.1 Análisis De Resultados Cuantitativos	40
3.2 Análisis De Resultados Cualitativos	41
Discusión	43
Conclusiones	48
Recomendaciones	49
Referencias	50

Índice de tablas

Tabla 1 Ficha Técnica del Test del Dibujo de la Familia	13
Tabla 2 Ficha Técnica del Cuestionario de Ansiedad Infantil	13
Tabla 3 Ficha Técnica del Inventario de Depresión Infantil	15
Tabla 4 Ficha Técnica del Test de Percepción de Diferencias-Revisado	15
Tabla 5 Ficha Técnica del Test de Raven	17

Tabla 6 Resultados del reactivo proyectivo	18
Tabla 7 Puntaje de los reactivos psicométricos.....	19
Tabla 8 Plan de tratamiento.....	26
Tabla 9 Resultados pre y post tratamiento.....	40
Tabla 10 Resultados cualitativos de la paciente.....	41

Índice de figuras

Figura 1 Genograma Familiar.....	8
---	----------

Resumen

El presente estudio de caso detalla el proceso de intervención psicoterapéutica en una niña de 6 años institucionalizada, quien fue diagnosticada con trastorno de adaptación con ansiedad en el centro donde reside. En primera instancia, se realizó un riguroso proceso de evaluación a través de una entrevista psicológica, observación clínica y la aplicación de diversos instrumentos psicológicos, incluyendo pruebas proyectivas y psicométricas: Test del Dibujo de la Familia, Cuestionario de Ansiedad Infantil, Cuestionario de Depresión Infantil, Test de Percepción de Diferencias-Revisado y Test de Raven. Posterior a ello, se diseñó un plan psicoterapéutico bajo un modelo integrativo, donde se aplicaron técnicas de psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, técnica del espejo y autoconcepto, así como también técnicas de afrontamiento y habilidades sociales, con el objetivo de abordar a las necesidades específicas de la paciente. Una vez finalizado el proceso de intervención, se obtuvieron resultados parcialmente satisfactorios debido al contexto en el que se encuentra, guardando relación con la evidencia científica desarrollada y respaldada en el presente trabajo de investigación.

Palabras clave: trastorno de adaptación, niños, institucionalización.

Abstract

The present case study details the process of psychotherapeutic intervention in a 6-year-old institutionalized girl, who was diagnosed with adjustment disorder with anxiety in the center where she resides. In the first instance, a rigorous evaluation process was carried out through a psychological interview, clinical observation and the application of several psychological instruments, including projective and psychometric tests: Family Drawing Test, Child Anxiety Questionnaire, Child Depression Questionnaire, Difference Perception Test-Revised and Raven's Test. Subsequently, a psychotherapeutic plan was designed under an integrative model, where psychoeducation, relaxation, cognitive restructuring, mirror technique and self-concept techniques were applied, as well as coping and social skills techniques, in order to address the specific needs of the patient. Once the intervention process was completed, partially satisfactory results were obtained due to the context in which she is found, being related to the scientific evidence developed and supported in this research work.

Key words: adjustment disorder, children, institutionalization.

Introducción

En la etapa de la infancia, las habilidades sociales son comportamientos que se van adquiriendo mediante el aprendizaje, lo que favorece las interacciones con las demás personas en diversos contextos; incidiendo en la adopción de roles, autoestima, autorregulación comportamental entre otras, es por ello que positivamente están vinculadas con el desarrollo evolutivo y socioemocional del niño (Ramírez et al., 2020).

Desde muy temprana edad, los niños son capaces de manifestar su percepción sobre el bienestar. Esto es demostrado por diversos estudios donde se reflejaba el confort en la afectividad, emociones, amor, educación formal y no formal, respeto a la identidad y diversidad, disfrute del medio ambiente, relaciones interpersonales positivas y de confianza, cuidados propios y hacia otros (Balsells et al., 2019). De esta manera, los estilos de crianza impartidos por los padres son de gran importancia en la conducta del niño ya que van moldeando actitudes e interacciones, puesto que, cuando surgen problemas en su formación, tiene una gran probabilidad de que exista una influencia negativa del comportamiento y dificultades de afrontamiento del infante (Aguilar, 2020).

Esta situación expuesta es congruente con la realidad que enfrentan muchos niños situados en centros de acogida, puesto que, en efecto, la mayoría de ellos provienen de entornos familiares disfuncionales previamente mencionado, caracterizados por diversas problemáticas como el maltrato familiar, carencias educativas y socioeconómicas, familias monoparentales, así como progenitores que padece enfermedades mentales o adicciones a sustancias. En consecuencia, carecen de un ambiente enriquecedor, seguro y afectivo que promueva un adecuado desarrollo integral (Choque, 2020).

A nivel mundial, 1 de cada 2 niños de entre 2 y 17 años sufre algún tipo de violencia cada año, se estima que el 58% de las niñas y niños en América Latina y el 61% en América del Norte sufrieron abuso físico, sexual y emocional en el último año según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020). Por su parte, en nuestro país, el Ministerio de

Inclusión Económico y Social (Ministerio de inclusión económica y social [MIES], 2022), indica que existen varias situaciones por las que los niños, niñas y adolescentes llegan a casas de acogida entre las principales se encuentran: negligencia 43.01%, maltrato 19.75% y violencia sexual con un 15.15%, informando un total de 2,218 usuarios que han sido institucionalizados en el periodo octubre 2022.

Por ello, los centros de acogida desempeñan un papel crucial al momento de brindar un entorno que sea seguro y apoye a niños cuyos derechos han sido vulnerados y que, además, han enfrentado diversas causas adicionales como enfermedades, adicciones, violencia o separación de los padres, inseguridad, pobreza extrema, deserción escolar, o cualquier tipo de negligencia que pueda presentarse en el entorno que viven, lo que conlleva a ser alejados de sus familias o cuidadores, con el fin de luchar contra este grave problema. Sin embargo, pese a los múltiples esfuerzos realizados en dichos centros, muchos de los usuarios experimentan una serie de dificultades, afectando tanto a las esferas emocionales y psicológicas que pueden verse reflejados en forma de problemas de conducta, patologías o trastornos mentales (Ramos et al., 2020).

Dadas las circunstancias adversas que presentan los niños es muy importante analizar las dinámicas de las instituciones de acogida puesto que, desde ahí, se puede proponer procesos de intervención psicosociales con el fin de promover la adaptación psicológica y sociocultural de la población infantil, logrando así mitigar síntomas relacionados con la ansiedad, depresión y problemas del comportamiento que son los más persistentes en centros de acogida (Vera et al., 2015).

La necesidad de implementar abordajes terapéuticos cobra relevancia al examinar los datos epidemiológicos en cuanto a la prevalencia en el trastorno de adaptación, que varían desde tan solo el 0,9% en un estudio alemán al 3,4% en un estudio finlandés de niños y al 4,2% en una muestra de niños de Puerto Rico. Entre una muestra de 3.815 pacientes de atención primaria, se encontró que el 2,94% cumplía con los criterios para el trastorno. Cabe

destacar que se han informado tasas de incidencia más altas en muestras clínicas de salud conductual pediátrica. En un estudio realizado en un entorno de emergencia pediátrica urbana en los EE. UU., el 14% de las consultas de psiquiatría pediátrica fueron diagnosticadas con TA, mientras que un estudio similar en Canadá arrojó una prevalencia del 29%. Por otro lado, estudios epidemiológicos recientes han estimado que la frecuencia global de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia oscila entre el 4,4% y el 19,6%. (Alvarado, 2021; Orgilés et al., 2020).

En vista de las altas tasas de incidencia de trastornos de ansiedad y adaptación en dicha población, resulta oportuno implementar intervenciones terapéuticas que pueden ser manejadas bajo un modelo integrativo mayoritariamente centradas en técnicas cognitivas-conductuales ya que según diversos estudios, realizados tanto en niños no institucionalizados como institucionalizados se observan reducción de la sintomatología en la gran mayoría de pacientes, no obstante los resultados también muestran necesidad de realizar más estudios y que estos sean con controles más rigurosos para identificar y validar que condiciones o situaciones son los que resultan que sean favorables o parcialmente favorables para su atención (Gutiérrez et al., 2020). Además, es importante agregar que, los principios básicos de la terapia cognitivo conductual (TCC), son relevantes en todas las edades, investigadores reconocieron la importancia de aplicar el tratamiento de la TCC en población pediátrica ya que resulta efectiva tanto para la ansiedad como para los problemas de adaptación (Rapee et al., 2023).

Los datos previamente expuestos mantienen una conexión directa con el caso tratado en el presente trabajo, el cual tuvo un abordaje psicoterapéutico integral y holístico, analizando y evaluando las necesidades particulares de la paciente y también tomando en cuenta los diversos factores influyentes para su adecuado tratamiento.

Se justifica la importancia de este trabajo, ya que presenta relevancia en el ámbito clínico, puesto que el plan de intervención para este caso resultó parcialmente favorable,

demostrando que no solo depende únicamente de la predisposición del paciente sino también influye el contexto en el que se desenvuelve; por lo que se podría considerar útil su estudio en futuras investigaciones para cerciorar los mejores resultados en paciente infantiles con Trastorno de Adaptación y ansiedad o problemáticas similares.

Por todo lo mencionado, el siguiente estudio de caso se encuentra conformado por tres capítulos, indicando en el Capítulo uno, el marco teórico que consta de presentación del caso, identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema y descripción de la sintomatología, los procesos de evaluación y el diagnóstico del paciente. En el Capítulo dos, se encuentra la metodología, el cual aborda el plan de intervención con su respectiva descripción de cada sesión. Y, por último, en el Capítulo tres, se abordan resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones beneficiosas para próximas 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*

La paciente, es una niña de seis años de edad, de sexo femenino y soltera, perteneciente a la etnia mestiza y procedente del cantón Macará, actualmente reside en la zona urbana de la ciudad de Loja en un centro de acogida junto con su media hermana y se encuentra cursando el segundo año de educación básica en una unidad educativa.

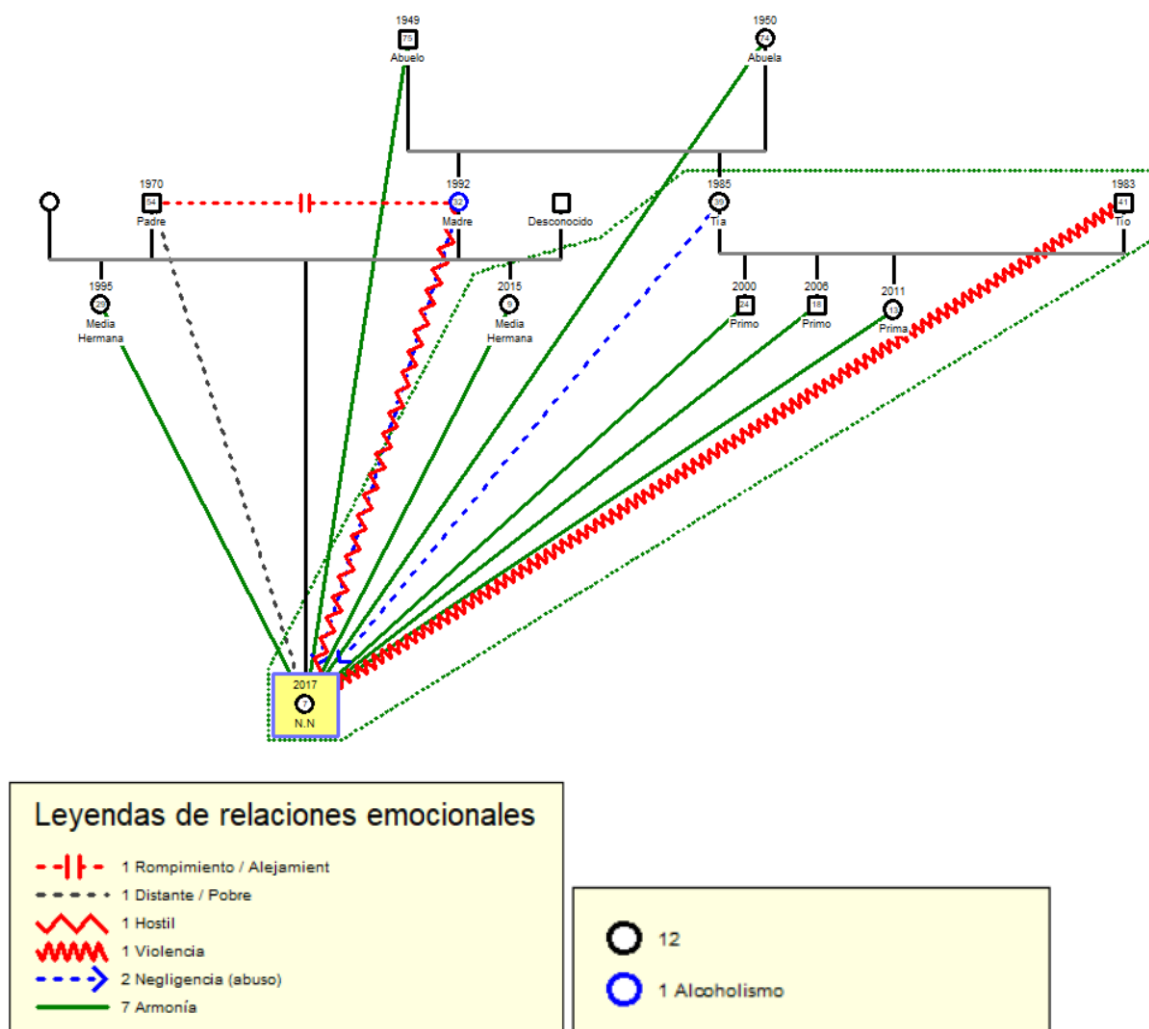
Proviene de una familia disfuncional, sus progenitores se encuentran separados, quedando la madre a cargo de sus dos hijas; sin embargo, el cuidado era negligente y hostil hacia ellas, situación agravada por el consumo de alcohol. Por su parte, el padre mantenía una relación distante puesto que sus visitas eran esporádicas e irregulares.

Debido a ello, pasaron a la tutela de sus tíos maternos, quienes también incurrieron en negligencia y violencia hacia ellas. A pesar de ello, la relación entre la paciente y su hermana se mantiene armoniosa y cercana.

Seguidamente se detallan las relaciones familiares de la paciente previo al ingreso al centro.

Figura 1

Genograma Familiar



Nota. Descripción gráfica de la distribución familiar del paciente

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente es institucionalizada el día 16 de octubre de 2023 por situación de negligencia en su hogar de acogida con el debido proceso asignado.

Ante estos antecedentes y la presencia de conductas desadaptativas se procedió a realizar una intervención psicológica; en dicho proceso se confirmó que, desde su llegada, se han observado dificultades de comportamiento, que se caracterizan principalmente por actitudes de oposicionismo, irritabilidad, agitación psicomotriz y una baja tolerancia a la frustración, siendo persistentes durante aproximadamente cuatro meses y presente casi todos los días.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La paciente vivió con su madre y media hermana desde que nació hasta los tres años. Sin embargo, la relación con su progenitora se caracterizaba por ser hostil y distante; siendo víctima de violencia física y psicológica, debido al consumo de alcohol de su madre. Adicionalmente, no se le brindaba los cuidados pertinentes y se mudaban constantemente de hogar, lo que afectaba su estabilidad, viéndose también privada de la oportunidad de recibir educación formal. Por otro lado, la relación con su media hermana se ha mantenido en armonía hasta la actualidad. En cuanto al vínculo que presenta con su padre es distante y pobre, las visitas eran escasas; no obstante, el progenitor afirma haber mantenido interés por el bienestar de su hija mediante el envío de fondos necesarios para cubrir los gastos de alimentación.

En la dinámica familiar se puede evidenciar negligencia por parte de su progenitora, se detalla un incidente específico cuando la madre decide abandonar a sus hijas en una parada de buses en la vía pública durante varias horas; ante este hecho, transeúntes preocupados alertaron a las autoridades competentes, quienes se encargaron de localizar a la madre y emitir una reprimenda oficial. Posteriormente y debido al reiterado descuido al que

estaban expuestas las niñas, se determinó que era necesario que fueran entregadas al cuidado de sus tíos maternos.

A los cuatro años N.N ya se encontraba en este nuevo entorno familiar, que presentaba una dinámica disfuncional caracterizada por un ambiente hostil, dando como resultado que la paciente fuese víctima de maltrato físico y psicológico por parte de sus tíos durante dos años. Por todo ello, las autoridades encargadas del caso tomaron la decisión de trasladar a la niña y su hermana a un centro de acogida de la ciudad de Loja, con el fin de preservar su dignidad.

La paciente actualmente con la edad de seis años corrobora que su experiencia en el hogar de sus tíos se destacó por la violencia y agresiones permanentes, por lo cual expresa el deseo de no regresar a ese entorno perjudicial.

Desde que ingresó al centro de acogimiento, ha presentado problemas de adaptación, como comportamientos agresivos con sus compañeras, a nivel verbal y físico; falta de respeto hacia los adultos y desafíos constantes a las normas establecidas en el centro; presencia de episodios de frustración, negándose a seguir las instrucciones y gritando constantemente; esta actitud ha sido recurrente casi todos los días desde hace aproximadamente cuatro meses.

También, muestra dificultades para expresar sus emociones, ya que tiende a evadir el tema cuando se trata de ella; su autoestima está notablemente afectada demostrando falta de confianza en sus habilidades y capacidades; principalmente en la parte académica, le resulta complicado aceptar cumplidos y minimiza sus logros.

Por otro lado, presenta alteraciones del sueño caracterizadas por pesadillas y terrores nocturnos, en ausencia de compañía teme a la oscuridad.

1.2 Proceso de evaluación

Kanfer y Saslow (como se citó en Paz y Peña, 2021) plantean que el proceso de evaluación psicológica “debe dirigirse a describir la conducta problema, los factores que la controlan y la forma en que puede modificarse” (p. 33).

Con base en la información anterior, el presente caso consta con un total de 4 sesiones de evaluación, con una duración aproximada de 45 minutos. Para ello se contó con un espacio adecuado, con la iluminación necesaria, ventilación, limpieza, orden y sin distracciones externas.

El método utilizado para la exploración psicológica fue la observación y la entrevista, también, se aplicaron instrumentos proyectivos y psicométricos, como el Test del Dibujo de la Familia, el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Test de percepción de diferencias-revisado (CARAS-R) y el Test de Raven Escala Coloreada de Matrices Progresivas Series A, A_B, B.

1.2.1 Entrevista con la/el paciente

La entrevista psicológica es una técnica de evaluación y conversación profesional que se lleva a cabo mediante el encuentro de dos o más personas; aunque es versátil y sencilla, oculta la complicada interacción que puede surgir durante el proceso; por tanto, el entrevistador busca ajustarse a las necesidades del entrevistado y lograr aclarar las demandas que este tiene (Bravo et al., 2023).

Es por ello que la entrevista se manejó siguiendo un enfoque semiestructurado, que es una técnica ampliamente utilizada en la investigación del comportamiento y la que mejor se adapta a la realidad, asume una estructura, pero a la vez da lugar al surgimiento de sorpresas, lo que implica que, a pesar de ya tener preguntas establecidas, también surgen nuevas interrogantes, permitiendo que la paciente exteriorice sus necesidades de manera libre (Ríos, 2019).

En las primeras dos sesiones, se realizó la recopilación de datos informativos de la paciente. Se desarrolló la escucha activa y validación, evaluando pensamiento, comportamiento, signos y síntomas existentes. Antes de concluir la primera sesión, se le explicó a la paciente el procedimiento de intervención que tendría, priorizando la seguridad y cuidado durante su estadía en el centro. Por consiguiente, la segunda sesión se complementó con la evaluación del estado mental como parte de la intervención, esto para cumplir con el proceso de la historia clínica en donde se contempla, la psicoanamnesis personal, familiar normal y patológica; historia social, escolar y psicosexual.

1.2.2 Observación clínica

La observación psicológica juega un papel esencial tanto en la realización del análisis clínico, como en la evaluación de la eficacia del diagnóstico, tratamiento psicológico y toma de decisiones terapéuticas; se destaca por ser un método directo y objetivo para la recogida de información relevante del paciente (Paz y Peña, 2021). Por consiguiente, la observación clínica permite obtener detalles importantes sobre el estado de salud global de la persona y emitir un discernimiento del posible diagnóstico del consultante.

Tras el proceso de entrevista psicológica y observación clínica, se evaluó las funciones mentales de la paciente, la cual se encontraba lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, con discurso fluido; expresaba sus sentimientos de manera clara y lógica, dando respuesta a las interrogantes que se le hacía con un tono de voz bajo y manifestando leve hiperprosexia, en ocasiones se reflejaba tensión y síntomas de nerviosismo, como temor y angustia. Además, se evidencia un buen cuidado personal y actitud colaboradora.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Se emplearon cinco reactivos psicológicos para complementar el proceso de evaluación y corroborar el diagnóstico, los cuales se seleccionaron considerando la información recopilada durante la entrevista y observación clínica.

A continuación, en la Tabla 1, se presentan las fichas técnicas correspondientes a los reactivos psicológicos aplicados. Para medir la relación y organización en la que se encuentra inmersa la familia de la niña se administró inicialmente un test proyectivo.

Tabla 1

Ficha Técnica del Test del Dibujo de la Familia

Test del Dibujo de la Familia (Corman, 1967).	
Autor	Corman, 1967.
Aplicación	Individual.
Tiempo	Sin tiempo específico, se sugiere registrar la hora de inicio y fin.
Objetivo	Medir la relación que un niño tiene con su familia, evaluando los valores emocionales y la dinámica familiar en la que se encuentra inmerso.
Edad de aplicación	A partir de los 5 años.
Interpretación y Calificación	Como test gráfico deberá ser interpretado teniendo en cuenta: el plano gráfico, el plano de las estructuras formales y el plano del contenido.
Materiales	Hoja de papel bond, un lápiz y un borrador.

Nota. Corman (1967).

Posteriormente se aplicaron cuatro reactivos psicométricos, como el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), Inventario de Depresión Infantil (CDI), Test de percepción de diferencias (CARAS-R) y el Test de Raven respectivamente.

Tabla 2

Ficha Técnica del Cuestionario de Ansiedad Infantil

Child Anxiety Scale (1980)

Autor	John S. Gillis. IPAT, 1980.
Adaptación	Dr. Domingo E. Gómez Fernández.
Aplicación	Individual o colectiva.
Tiempo	20-30 minutos, incluidas las instrucciones.
Objetivo	Apreciación del nivel de ansiedad infantil.
Población	6-8 años
N° reactivos	20 ítems gráficos
Escala	1: círculos, 2: cuadrado
Puntuación	Estas opciones se encuentran distribuidas equilibradamente entre los círculos y los cuadrados, a uno y otro lado de la hoja de respuestas, sin que se advierta ninguna lógica distributiva.
Interpretación y Calificación	Son analizadas en función del criterio cruzado, configurado por el sexo (V+M), y el curso- edad (1° curso: 6 años, 2° curso: 7 años, 3° curso: 8 años. Para cada criterio se elaboraron tablas de baremos específicos.
Confiabilidad y validez	Para el procedimiento estadístico se utilizó la fórmula de KUDER RICHARDSON, KR20, obteniendo un coeficiente de 0,73. La validez fue determinada mediante los coeficientes de correlación de sus elementos con el factor de segundo orden que identificó CATTELL como ansiedad, a partir de las respuestas emitidas al ESPQ. Los coeficientes de congruencia fueron 0,81 ($p<0,01$) y 0,74 ($p<0,05$).

Nota. Gillis (1997; 2003).

Tabla 3

Ficha Técnica del Inventario de Depresión Infantil

Children's Depression Inventory (1992)	
Autor	M. Kovacs, 1992
Adaptación	V.del Barrio y M.A.Carrasco
Aplicación	Individual o Colectiva
Tiempo	10-25 minutos
Objetivo	Medir la presencia de síntomas depresivos de los niños y adolescentes
Población	7-15 años
N° reactivos	27 ítems
Escala	0= ausencia del síntoma, 1= síntoma moderado, y 2= síntoma severo
Puntuación	La puntuación total va de 0 a 54, entre más alta sea la puntuación más severa es la sintomatología depresiva.
Dimensiones	Disforia, autoestima y depresión
Interpretación y Calificación	Kovacs estableció una puntuación bruta de 20 como punto de corte para indicar problemas de depresión.
Confiabilidad y validez	En muestras de población general se encontraron valores de alfa de Cronbach entre 0.75 y 0.94. La fiabilidad test-retest osciló entre 0.83 en un intervalo de una semana y 0.84 para un intervalo de dos semanas.

Nota. Kovacs (2011).

Tabla 4

Ficha Técnica del Test de Percepción de Diferencias-Revisado

Test de Percepción de Diferencias-Revisado (2012)

Autor	L.L.Thurstone y M.Yela 2012
Aplicación	Individual o Colectiva
Tiempo	3 minutos
Objetivo	Evaluar la aptitud para percibir rápida y correctamente semejanzas y diferencias en patrones de estimulación parcialmente ordenados.
Población	6-18 años, adultos con problemas psiquiátricos
N° reactivos	60 ítems gráficos
Puntuación	El índice de aciertos netos (A-E) relaciona el número total de aciertos (A), con el número total de errores(E). Por otra parte, el índice de control de impulsividad (ICI) informa sobre el porcentaje de aciertos netos que la persona evaluada obtiene en los ítems que responde.
Dimensiones	Perceptivas y atencionales
Interpretación y Calificación	<p><i>Aciertos netos (A-E):</i> Puntuaciones altas indican que el sujeto procesa la información de forma rápida y es preciso en los juicios que realiza. Las puntuaciones medias reflejan una adecuada capacidad visoperceptiva y atencional. Puntuaciones bajas mostrarán que el sujeto tiene una baja capacidad visoperceptiva y atencional.</p> <p><i>Índice de control de impulsividad (ICI):</i> Las puntuaciones medias, cercanas a 100 indican que el sujeto tiene un adecuado control de impulsividad, similar a la media de la población, ejecutando de forma reflexiva la tarea y, por ende, comete pocos errores. Puntuaciones bajas muestran que el sujeto es impulsivo en la ejecución de la tarea, no es reflexivo a la hora de realizar los juicios de semejanza/ diferencia, llevando a cometer un alto número de errores y de aciertos por azar.</p>

Confiabilidad y validez

El alfa de Cronbach obtenido en la muestra global fue de 0,91. En esta versión revisada del test se incluyen baremos nuevos realizados con una amplia muestra nacional que supera los 12.000 escolares.

Nota. Thurstone y Yela (2012).

Tabla 5

Ficha Técnica del Test de Raven

Test de Raven Escala Coloreada de Matrices Progresivas Series A, Ab, B. (2001)

Autor	J.C Raven, 2001
Aplicación	Individual o Colectiva
Tiempo	30 minutos
Objetivo	Obtener el diagnóstico de la capacidad intelectual.
Población	4-12 años
N° reactivos	36 ítems gráficos
Puntuación	En cada una de las columnas (conjunto de 12 elementos) se suman las respuestas dadas por el sujeto, se concede un punto por cada respuesta correcta. La suma de las puntuaciones que se obtenga en todas las columnas se anotará en el espacio destinado a total (A+Ab+B).
Dimensiones	Capacidad de razonamiento abstracto
Interpretación y Calificación	0-5 aciertos: nivel deficiente de capacidad intelectual 6-13 aciertos: nivel inferior al término medio de la capacidad intelectual (6-7 de calificación). 14-22 aciertos: nivel de término medio de capacidad intelectual (8 de calificación).

23-30 aciertos: nivel superior al término medio de capacidad intelectual (9 de calificación).

31-36 aciertos: nivel excelente de capacidad intelectual (10 de calificación).

Confiabilidad y validez

La fiabilidad “dos mitades” ha ofrecido índices que varían desde un 0.65 hasta un 0.93, mientras que la de retest, con distintas muestras de niños, varían desde un coeficiente de 0.81 a 0.87.

En cuanto a la validez, señalan que los índices de tipo concurrente y predictivo varían con la edad, posiblemente con el sexo, con la homogeneidad de la muestra y con las implicaciones conceptuales de la misma definición de criterios; se hace referencia a más de cincuenta y cinco estudios (entre ellos algunos españoles).

Nota. Raven et al., (2001).

Una vez presentadas las fichas técnicas de los reactivos que se aplicaron en el caso, se exponen las tablas con los resultados y su respectiva interpretación.

Tabla 6

Resultados del reactivo proyectivo

Instrumento Proyectivo	Interpretación
Test del Dibujo de la Familia	Rasgo extrovertido, sentimientos de exclusión hacia la familia, baja autoestima.

En los resultados del Test del Dibujo de la Familia, es probable que la paciente presente un carácter extrovertido asociado a la capacidad de adopción e imaginación, presenta sentimientos de exclusión de su núcleo familiar o temor por alguno de ellos, baja autoestima y rechazo por parte de sus padres, se evidencia exceso de elementos ajenos a la

familia lo cual pueden relacionarse con un patrón cognitivo con dificultades para poder concentrarse.

Tabla 7

Puntaje de los reactivos psicométricos

Instrumentos Psicométricos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)	Puntuación directa: 8	Ansiedad media
Inventario de Depresión Infantil (CDI)	Depresión: 16 Disforia: 10 Autoestima: 6	Depresión: depresión baja Disforia: severo Autoestima: ausencia de baja autoestima.
Test de percepción de diferencias (CARAS-R)	Puntuación: 10	Estilo de respuesta eficaz e impulsivo.
Test de Raven Escala Coloreada de Matrices Progresivas Series A, A _B , B.	Puntuación: 18	Nivel de término medio de capacidad intelectual.

Nota. Resultados obtenidos inicialmente dentro del proceso de evaluación.

De acuerdo con la tabla 7 se puede evidenciar que en el *Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)*, N.N presenta una puntuación directa de 8 y en percentil equivale a 51, asociado a una ansiedad media.

Los resultados obtenidos en el *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*, arrojaron una puntuación total de 16 puntos de los 27 ítems reflejando depresión baja; en la escala de autoestima su resultado fue 6 indicando que no tiene problemas de autoestima, sin embargo, en la dimensión de *disforia* fue de 10 lo que significa sintomatología severa.

Para la evaluación de atención se utilizó el *Test de Percepción de Diferencias Revisado (CARAS-R)*, misma que obtuvo aciertos netos (A-E): respecto a los eneatis refleja un nivel alto lo que indica una mayor dotación, evidenciando que N.N procesa de forma rápida los detalles de los estímulos y es precisa en los juicios que realiza; índice de control de la impulsividad (ICI): obtuvo una puntuación baja de 10, que muestra que es impulsiva al momento de ejecutar la tarea, no es totalmente reflexiva al de realizar juicios de semejanza/diferencia. Por lo tanto, en relación de las puntuaciones A-E e ICI, tiene un estilo de respuesta eficaz e impulsivo.

Finalmente, en el *Test de Raven Escala Coloreada de Matrices Progresivas Series A, A_B, B*, obtuvo un puntaje de 18, perteneciendo a un rango intelectual III, teniendo como categoría diagnóstica "igual a término medio", es decir, su capacidad intelectual está entre lo esperado, acorde a su edad, siendo capaz de entender nociones lógicas y de abstracción, con buen desenvolvimiento y deducción de las relaciones.

1.3 Proceso diagnóstico

Se considera al proceso diagnóstico como el acto de recopilar pistas o inferir a partir de la anamnesis del paciente, en ello se encuentra inmerso las diversas formas de investigación para recabar información, analizarla y posterior a ello sacar conclusiones o hipótesis para definir posibles diagnósticos; en un principio serán presuntivos, es decir pueden ir variando conforme se recaba más información hasta confirmar con un diagnóstico definitivo que se ajuste al consultante (Russo, 2006; Swartz, 2015).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo es el proceso por el cual el psicólogo requiere examinar cuidadosamente patrones del comportamiento del paciente y evalúe los signos y síntomas manifestados, con estos datos el profesional desarrollará una hipótesis general sobre posibles factores que subyacen al malestar psicológico (Bueno, 2010). Por lo cual, tras los

primeros análisis por medio de la observación y entrevistas psicológicas iniciales se obtuvieron los siguientes diagnósticos presuntivos.

- F43.22 Trastorno de adaptación con ansiedad
- F91.3 Trastorno negativista desafiante.
- F63.81 Trastorno explosivo intermitente.
- Z61.0 Problemas relacionados con la pérdida de la relación afectiva en la infancia.
- Z62.4 Problemas relacionados con el abandono emocional del niño.
- Z61.1 Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia.
- Z61.2 Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia.
- Z62.2 Crianza en una institución.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se considera como el proceso de discernir entre los posibles diagnósticos presuntivos, definiendo cual es el que mejor se acopla a la sintomatología del paciente (Laso, 2019).

Por ello se ha considerado necesario seguir seis pasos básicos que incluyen: 1) descartar la simulación y el trastorno facticio, 2) descartar una etiología relacionada con sustancias, 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 de trastorno mental (First, 2017).

Después de analizar minuciosamente, se descartó, la simulación y trastorno facticio puesto que no se consideró la posibilidad de que la paciente estuviera siendo deshonesto o fingiendo, asimismo, no se evidenciaron causas externas que pudieran estar afectando a su comportamiento.

El segundo paso se excluyó, pues, no cumple para un trastorno derivado del consumo de una sustancia/ medicamento, dado que, no se encontraron antecedentes en el historial clínico, exámenes médicos o pruebas de laboratorio que indiquen un consumo previo de la paciente.

Para el tercer paso, se revisó la historia clínica, principalmente los antecedentes médicos, reflejando atención y cuidado permanente con la paciente, y por ende los resultados indican un excelente estado de salud, siendo así el descarte de la presencia de problemas a causa de una etiología médica general.

En el cuarto paso se fueron descartando los trastornos mentales que compartían síntomas comunes de presentación, se trabajó con el árbol de decisiones y específicamente con dos puntos de decisión, Problemas conductuales en un niño o un adolescente y Traumas o factores de estrés psicosocial involucrados en la etiología, debido a que la paciente evidenció diversos factores de estrés extremo y la irritabilidad como comportamiento principal, lo que permitió considerar el Trastorno Negativista Desafiante 312.34 (F91.3), por la presencia de un patrón de enfado/ irritabilidad, a menudo se molesta con facilidad, discute con los adultos y rechaza satisfacer la petición por parte de las figuras de autoridad, sin embargo, no se evidencia una actitud vengativa y el tiempo establecido de por lo menos seis meses no concuerda.

Igualmente, se tomó en cuenta el Trastorno Explosivo Intermitente 312.81 (F63.81), por la falta de control de impulsos y del comportamiento, manifestado por medio de agresiones verbales, arrebatos agresivos recurrentes sin premeditación, provocando un malestar y alteración en sus relaciones interpersonales, además se encuentra en la edad establecida; no obstante, luego del análisis se descartó, pues, no cumple con todos los criterios establecidos, como la magnitud de la agresividad desproporcionada con respecto a la provocación y no ha manifestado arrebato en el comportamiento que provoquen destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos,

sucedidas en los últimos doce meses, y los criterios de otro trastorno mental sustenta la sintomatología de la paciente.

Asimismo, se tomó a consideración para el diagnóstico otros problemas que requieren atención clínica pero no son considerados como trastornos mentales (eje de las Z) como

los problemas relacionados con la pérdida de la relación afectiva en la infancia (Z61.0) y problemas relacionados con el abandono emocional del niño (Z62.4), sin embargo, fueron descartados puesto que a pesar de que el ingreso al centro fue a una edad temprana, se encontraba junto con su hermana, pasando a ser uno de los elementos más importantes para ella, además la institución cuenta con tutoras, compañeras y psicóloga clínica que se encargan de atención integral de la paciente.

No se puede descartar el paso cinco, dado que la sintomatología surge de un evento estresante, generando un deterioro significativo principalmente en el ámbito personal y escolar; por último, a los trastornos residuales especificados o no especificados se los descartó ya que N.N si coincide con los criterios de un trastorno específico.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

El diagnóstico final o definitivo es el proceso mediante el cual se contrastan las diferentes hipótesis planteadas en el diagnóstico presuntivo y diferencial, con el fin de determinar la presencia de una enfermedad o desorden en el proceso de indagación del caso un paciente (Balarezo y Mancheno, 2015, p. 26).

Según el DSM-5, la paciente cumple con la descripción del Trastorno de Adaptación con ansiedad 309.24(F43.2), pues, a partir del factor estresante que fue el ingreso a un centro de acogida por antecedentes de negligencia en el cuidado por parte de su familiares, la niña fue desarrollando sintomatología ansiosa, nerviosismo, dificultad para concentrarse y adaptarse a situaciones que le generaron estrés, cambios en el comportamiento, irritabilidad y desafíos educativos, provocando un malestar clínicamente significativo en el área personal,

social y escolar, todo esto en un periodo de 4 meses, casi todos los días y con una intensidad elevada.

Lo mencionado previamente, descarta que los síntomas estén presentes por una afección médica o consumo de sustancias. Además, cumple con los criterios de CIE-10 que menciona los problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia (Z61.2), dado que, la paciente fue llevada a vivir con sus tíos maternos, produciendo cambios desfavorables en las relaciones de su familia; adicional, la crianza en una institución (Z62.2), puesto que, actualmente se encuentra en un centro de acogida.

Capítulo Dos

Metodología

Una vez delimitado el diagnóstico definitivo, este capítulo tiene como objetivo brindar una visión detallada del tratamiento de intervención, objetivos y plan terapéutico que se efectuó.

2.1 Tratamiento/Intervención

De acuerdo con las problemáticas existentes en este caso se ha considerado implementar un plan de tratamiento psicológico basado en un enfoque integrativo con el modelo cognitivo conductual (TCC), ya que integra técnicas y procedimientos permitiendo la interacción entre los procesos cognitivos y las conductas, su objetivo es identificar y modificar pensamientos, sentimientos y comportamientos disfuncionales o desadaptativos que persiste en la persona (Ruiz et al., 2017). Esta intervención psicológica, se ha combinado con técnicas humanistas que se encarga de la búsqueda de la autorrealización, bienestar personal y la integración del yo (Corchado, 2016).

Se ha determinado que la implementación de este modelo resulta idónea, ya que se sustenta en evidencia empírica y a la vez se interviene de manera holística con la paciente, el tratamiento se llevó a cabo en un total de 12 sesiones presenciales, realizadas semanalmente y cada intervención oscilaba entre 45 a 60 minutos.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Los objetivos terapéuticos se establecieron en función de las necesidades de la paciente, mismas que fueron evaluadas inicialmente.

- Reducir la sintomatología ansiosa, conductas desadaptativas y deterioro del autoconcepto.
- Desarrollar habilidades de afrontamiento para el control de la ansiedad en situaciones estresantes.

- Cuestionar los pensamientos desadaptativos para promover un cambio en su manera de pensar.
- Fomentar la autoestima y confianza para enfrentar las diversas situaciones de manera positiva y funcional.
- Evaluar el progreso en las áreas trabajadas y ajustar las intervenciones según sean necesarias.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 8

Plan de tratamiento

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA/ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
1	Desarrollar habilidades de afrontamiento para el control de la ansiedad en situaciones estresantes.	Fomentar la comprensión y reflexión de su experiencia y sintomatología.	Psicoeducación (Hernández et al., 2007). Técnica de Relajación “abrazo de mariposa” (Artigas et al, 2024).	Tarea: Practicar la técnica de relajación de “abrazo de mariposa”.
2	Desarrollar habilidades de afrontamiento para el manejo de ansiedad en situaciones estresantes.	Reconocer las diferentes emociones e identificar cómo se siente. Brindar herramientas para mejorar la regulación emocional.	Psicoeducación (Mora, 2012). Técnica de relajación de Koeppen I y II para niños (Koeppen, 1974).	Tarea: hacer uso de tarjetas con auto instrucciones sobre la técnica de relajación de Koeppen.

3	Desarrollar habilidades de afrontamiento para el control de la ansiedad en situaciones estresantes.	Fomentar formas adaptativas para relacionarse con los demás.	Técnica de afrontamiento en habilidades sociales. Comunicación asertiva (Caballo, 2007).	Tarea: practicar comunicación asertiva con su hermana o con la tutora.
4	Desarrollar habilidades de afrontamiento para el control de la ansiedad en situaciones estresantes.	Modificar las respuestas de la paciente por otras más adaptativas.	· Técnica de la tortuga (Schneider et al, 1990).	Tarea: hacer uso de la técnica de la tortuga, en situaciones que considere estresantes.
5	Desarrollar habilidades de afrontamiento para el control de la ansiedad en situaciones estresantes.	Cambiar la forma de actuar y de responder conductas no deseadas.	Juego de roles (Corsini, 2017).	
6	Fomentar la autoestima y confianza para enfrentar diversas situaciones de manera positiva y funcional.	Fortalecer su autoestima, conociéndose mejor y descubrir su capacidad de amarse y estimarse.	Técnica del autorretrato (Moreno, 2016). Técnica del espejo (Branden, 1989).	Tarea: practicar diariamente el ejercicio de pararse frente al espejo y decirse en voz alta elogios positivos.

7	<p>Questionar los pensamientos desadaptativos para promover un cambio en su manera de pensar.</p> <p>Modificar el pensamiento negativo que presenta la paciente a causa de los factores estresantes.</p>	<p>Técnica de reestructuración cognitiva mediante la aplicación de cuentos (Bados et al., 2010).</p>
8 y 9	<p>Questionar los pensamientos desadaptativos para promover un cambio en su manera de pensar.</p> <p>Modificar el pensamiento negativo que presenta la paciente a causa de los factores estresantes.</p>	<p>Técnica de reestructuración cognitiva.</p> <p>Flecha descendente (Bados et al., 2010).</p> <p>Tarea: En una hoja de papel, mediante el dibujo o imágenes plasmar lo que siente diariamente.</p>
10	<p>Desarrollar habilidades de afrontamiento para el control de la ansiedad en situaciones estresantes.</p> <p>Fortalecer relaciones interpersonales para mejorar la comunicación, comprensión mutua y empatía.</p>	<p>Juego de roles junto al apoyo familiar (Corsini, 2017).</p>
11	<p>Reducir la sintomatología ansiosa, conductas desadaptativas y deterioro del autoconcepto.</p> <p>Evaluar avances de la paciente y cambios en la sintomatología ansiosa y las conductas desadaptativas iniciales</p>	<p>Test re-test: Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) e Inventario de Depresión Infantil (CDI).</p>

12	Reducir la sintomatología ansiosa, conductas desadaptativas y deterioro del autoconcepto.	Comprobar si los resultados mantienen, han mejorado o, por el contrario, hay recaídas.	Feedback de técnicas aprendidas y logros.
----	---	--	---

Nota. En esta tabla se observa el plan psicoterapéutico aplicado a la paciente.

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

- **Sesión 1**

Esta primera sesión se realizó con el objetivo de enseñar y desarrollar habilidades de afrontamiento para el control de ansiedad, es por ello, que se inició con la psicoeducación que es un instrumento que proporciona información a los pacientes respecto a la naturaleza de los síntomas, tratamiento y la predicción del curso futuro de una condición, fundamentado en evidencia científica e importante para el abordaje de la patología (Godoy et al, 2020).

Adicional, se abordó la técnica del abrazo de mariposa que consiste en realizar actividades motoras mientras que la persona experimenta situaciones estresantes o de tensión, al practicarla provoca la estimulación de producción de hormonas de serotonina y endorfinas, provocando calma en la paciente. La consigna consiste en cruzar los brazos sobre el pecho de tal forma que la punta del dedo medio de cada mano quede bajo la clavícula correspondiente y el resto de los dedos y mano deben cubrir el área y encontrarse lo más verticalmente posible. Posterior a ello, se debe realizar movimiento de manos en un ritmo alternado, simulando el aleteo de una mariposa, se acompaña con respiración profunda abdominal, se puede detener cuando el cuerpo se haya relajado lo suficiente (Jarero y Artigas, 2024).

Por consiguiente, la sesión se desarrolló de la siguiente manera: se aperturó mediante preguntas de su estado en ese momento, a lo que la paciente respondió que se encontraba

bien y emocionada; posterior a ello se brindó psicoeducación en base a las temáticas de ansiedad y problemas de adaptación las cuales fueron presentadas mediante ilustraciones y cuentos con la finalidad de que la paciente comprenda en que consiste los procesos de adaptación. Para ello, se le presentaron dos cuentos llamados “Un viaje inesperado” y “León valiente”, que explicaban el proceso de adaptación que tuvieron y experimentaron, por ende, las diferentes emociones y sensaciones que manifestaban en cada una de las etapas, el cuento finalizó con la explicación de cómo abordar las experiencias de una manera más adaptativa y a comprender que lo sentido está bien (Hernández et al, 2007).

Se continuó con la temática sobre regulación emocional que para su realización dinámica se aplicó la técnica del abrazo de mariposa que consistió en cruzar los brazos sobre los pechos, los dedos deben entrelazarse, como si se abrazaran a sí mismo, posterior a ello se le pidió que inhale profundamente por la nariz y que sienta cómo su pecho se expande, después, se le dijo que mantenga la respiración durante unos segundos y que luego exhale lentamente por la boca, sintiendo como el aire sale del cuerpo, esto se repitió tres veces hasta que la paciente logró relajarse y regularse.

Previo a finalizar la sesión, se entabló un diálogo con la paciente para identificar si ha tenido sensaciones o emociones similares a la de los protagonistas de los cuentos y supo manifestar que sí, debido a ello, se trabajó en base a los ejemplos expuestos previamente. Asimismo, se le envió como tarea a aplicar la técnica del abrazo de mariposa principalmente al despertar y acostarse.

Por todo ello, la paciente logró comprender que las circunstancias de cambio generan ciertos síntomas y comportamientos, pero es normal sentirlos, y con el tratamiento puede lograr adaptarse y sentir menor grado de ansiedad.

- **Sesión 2**

La segunda sesión se planteó con el objetivo de fortalecer las estrategias de afrontamiento para reducir su malestar, es por ello que se inició con la técnica de relajación

“abrazo de mariposa”, seguidamente se trabajó en psicoeducación sobre las emociones y expresión emocional. Y posterior a ello, se le presentó la técnica de relajación de Koeppen que consta de ejercicios muy completos, tiene como objetivo conseguir que la paciente sea capaz de reconocer su propio cuerpo y las distintas emociones, así mismo se logra que sea capaz de reconocer la tensión o ansiedad cuando se enfadan y puedan responder ante ello. Reúne varios ejercicios que están focalizados en diferentes partes del cuerpo, como manos, brazos, hombros, piernas, estómago, pies y rostro y se pondrá en práctica el tensar y relajar los músculos mismos que estarán acompañados de una constante respiración (Koeppen, 1974).

Para eso, se inició la sesión con preguntas relacionadas a su estado de ánimo desde la última vez en sesión, respondiendo que ha estado bien, y a la par reflejando una actitud positiva.

Luego, para la implementación de las técnicas, como parte de la psicoeducación se utilizó el cuento “El monstruo de colores”, este video ilustraba las emociones a través de diferentes colores, mostrando cómo cada emoción se manifestaba ante determinadas experiencias; inicialmente, el protagonista se sentía frustrado al no comprender lo que le ocurría, sin embargo, una niña le ayudó a identificar y nombrar cada emoción, generando la capacidad de regularlas.

Para evaluar a la paciente sobre la temática, se le entregó un cubo que contenía al monstruo de colores con sus respectivas emociones, al lanzarlo de manera aleatoria, debía representar la emoción que se reflejó en la parte superior. Esta dinámica se repitió sucesivamente hasta abarcar la totalidad de las emociones.

Luego de ello, se dio paso a la siguiente técnica que fue la relajación de Koeppen, se le preparó a la paciente un lugar cómodo en la sala, y se le explicó las consignas, se le dijo que respire lentamente y que se preparó para imaginar diferentes situaciones descritas a continuación:

1. Primer ejercicio: imagina que eres un gato perezoso que quiere estirarse, extiende los brazos con fuerza hacia atrás y luego dejarlos caer lentamente para relajarte.
2. Segundo ejercicio: ahora tienes un enorme chicle en la boca, mastica con fuerza y luego relaja la mandíbula.
3. Tercer ejercicio: visualiza que estás recostado en el pasto y un elefante se acerca a toda velocidad para pasar por encima de ti, tensa los músculos abdominales y luego relaja tu estómago.
4. Cuarto ejercicio: respira lentamente y expulsa el aire por la boca, imagina que tienes dos limones en las manos y debes exprimirlos con toda la fuerza, después deja caer los limones y relájate.
5. Quinto ejercicio: idealiza que eres una tortuga que de repente se siente amenazada, mete la cabeza en el caparazón, tratando de que las orejas toquen los hombros y luego relájate.
6. Sexto ejercicio: Una mariposa se posa en tu nariz, intenta ahuyentarla arrugando la nariz y usando toda la fuerza de tu rostro, pero sin usar las manos, luego relájate.
7. Séptimo ejercicio: piensa que estás en un charco de lodo y para salir debes empujar con los pies hacia dentro, utilizando también las piernas, una vez fuera, relájate.

Con esta actividad se dio fin a la sesión, concluyendo que la sesión resultó exitosa puesto que la paciente se familiarizó con las emociones, y el ejercicio de relajación complementó de manera efectiva el proceso terapéutico para lograr el manejo de la ansiedad y estrés en su vida cotidiana.

- **Sesión 3**

Para fortalecer las formas de interacción de la paciente con las demás personas, se aplicó la técnica de afrontamiento en habilidades sociales, mediante la comunicación asertiva que consiste en la expresión de sentimientos, pensamientos y puntos de vista de manera respetuosa y clara (Corrales et al., 2017).

Es por ello que se inició la sesión, preguntando su estado emocional y qué había pasado desde la última sesión, a lo que la paciente manifestó que se encontraba bien, pero que sí surgió una pelea con una de sus compañeras del centro; se validaron sus sentimientos y a la vez se planteó abordar formas correctas de responder frente a estas situaciones que generan conflicto.

Para ello, se le expusieron videos que reflejaban comportamientos adecuados e inadecuados frente a situaciones conflictivas. Posteriormente, se le pidió que identificara a su criterio cuál fue la conducta apropiada para cada ocasión; se realizó una evaluación y se explicó cuál habrían sido las reacciones más acertadas; antes de culminar con la técnica, se trabajaron en dos ejemplos adicionales similares a los vistos previamente.

Para dar paso a la segunda técnica, se le presentó varias imágenes y audios que contenían formas de expresión, con ello, la paciente determinó cuales eran las alternativas más adaptativas de enfrentar la problemática; finalmente se trabajó con experiencias problemáticas pasadas. Ante las diversas situaciones presentadas en la actividad, N.N supo demostrar las distintas respuestas que puede tener y logró discernir entre las más y menos adaptativas, conjuntamente adoptó nuevos modos de comunicarse asertivamente con los demás, para su afianzamiento se le envió como tarea comunicarse con su hermana y compañeras del centro de manera más asertiva.

- **Sesión 4**

Esta sesión estuvo orientada a generar una modificación de conducta a través de la técnica de la tortuga, que es un método de autocontrol de la conducta agresiva en niños desarrollada por los psicólogos Schneider y Robin (1974).

Es así como la sesión dio inicio con un saludo y consultando por novedades desde el último encuentro, ella manifestó que se encontraba bien y adicional a ello, mencionó que se encontraba realizando las técnicas aprendidas en sesión, se validó y se felicitó por el compromiso que mantiene.

Posteriormente, se indicó la técnica de la tortuga mediante un video ilustrativo que, a detalle, explicó la postura que adopta este animal frente a situaciones que le generan miedo, frustración o enojo. Para ponerlo en práctica se le plantearon a la paciente diversas circunstancias propicias que puedan surgir conflictos y cómo, al aplicar la técnica, se evita ocasionar malestar tanto para uno mismo, como para la otra persona; se recalcó que, en momentos de frustración o enojo, simulara ser una tortuga encogiéndose, cerrando su cuerpo y metiendo la cabeza entre sus brazos, después se le enseñó a relajar los músculos y a reflexionar sobre cómo se puede tener un comportamiento adecuado después de aplicar la postura de tortuga. Para afianzar conocimientos se le asignó como tarea a aplicar la técnica aprendida en situaciones conflictivas con compañeras y tutoras.

Resultado de esto, la paciente manifestó comprender que no se debe responder impulsivamente frente a un conflicto, sino optar por la postura similar a la de la tortuga y analizar la situación para generar una respuesta más adaptativa.

- **Sesión 5**

Con la finalidad de afianzar las técnicas aprendidas y ponerlas en práctica se consideró oportuno implementar el juego de roles, técnica que permite explorar y asumir diferentes funciones, con el fin de conocerse a sí mismo y experimentar aspectos emocionales y cognitivos (Martín, 2011).

Se aperturó la sesión preguntando sobre su estado actual, a lo que mencionó que se encontraba contenta, relató brevemente los acontecimientos de la semana y se procedió con la explicación de la técnica a trabajar para ese día. Se le explicó que el juego de roles consiste en una dramatización guiada, por lo que se realizó una retroalimentación de todas las técnicas aprendidas previamente para que, basándose en sus propias experiencias vividas, pudiera abordarlas de manera más adaptativa.

Para esta actividad se utilizó el cuento titulado “La tortuga y el conejo”, la paciente asumió el rol de la tortuga, mientras que el coterapeuta interpretó al conejo, se planteó una

discusión entre ambos personajes, donde la tortuga puso en práctica la técnica de tomarse un momento para pensar antes de responder, mientras que el conejo actuó de forma impulsiva, utilizando un lenguaje inadecuado. Por último, se analizó, cómo cada enfoque interfiere en la resolución de conflictos y se fomentó en la paciente la importancia de la comunicación asertiva, reforzando la práctica de la técnica aprendida.

- **Sesión 6**

En esta sexta sesión, se abordó el tema de autoestima y el autoconcepto que es la valoración que el sujeto se da a sí mismo (González, 2023), con el objetivo de fomentar su autoestima y confianza para abordar los desafíos de forma constructiva; de manera paralela, se planificó aplicar la técnica del espejo que se basa en la observación personal frente a un espejo, mejorando el autoconcepto y la autoestima (Branden, 1989), y la de autorretrato que consiste en la exploración interna de las emociones y principalmente de la propia personalidad (Moreno, 2016).

La paciente se encontraba eufórica y mencionó que estaba contenta de asistir una vez más en sesión, se validó y se felicitó por el progreso.

Posterior a ello, se presentó un breve cuento donde se narraba cómo un niño reconocía los aspectos positivos y negativos de sí mismo, por ende, se le pidió a la paciente que realizara un ejercicio similar, para facilitar el desarrollo de la actividad se le guio mediante ciertas preguntas como: ¿cuáles son las cosas que más te gustan de ti?, ¿hay aspectos de ti misma que te gustaría cambiar o mejorar?, ¿en qué eres muy buena?, ¿qué es lo que más valoras de ti?, ¿en qué lugares o con quiénes te sientes más feliz y segura?, esto con el fin de que incentivaran sus respuestas.

Seguido a eso se trabajó con la segunda técnica que fue la del espejo, para su desarrollo, se le presentó un espejo y se le solicitó que se colocara frente a él, y realice una introspección mediante las preguntas sencillas tales como: ¿qué ves cuando te miras al espejo?, ¿cuál es la parte de tu cuerpo que más te gusta?, ¿qué cosas bonitas ves en tu

rostro?, ¿cómo te sientes cuando te miras al espejo?, de esta manera se animó a observarse al espejo y a expresar lo que veía al mirarse a sí misma.

Para finalizar con esta sesión, se le envió como tarea a practicar diariamente el ejercicio de pararse frente al espejo y decirse en voz alta elogios positivos. Los logros destacados en esta sesión fueron que se identificaron y valoraron aspectos positivos de su apariencia física, fomentando una autoestima positiva.

- **Sesión 7**

Esta sesión se efectuó con el objetivo de desarrollar perspectivas alternas de los pensamientos negativos, por esta razón, se abordó reestructuración cognitiva, proceso que permite que la persona logre identificar, cuestionar y generar alternativas de pensamiento (Rafael et al., 2012).

Por ello, se inició la sesión dando la bienvenida y preguntando su estado actual, a lo que manifestó que se encontraba un poco enferma y cansada, pero que le gustaría recibir la sesión, se validó y se le explicó que lo abordado en la sesión sería breve.

Se aplicó esta técnica mediante cuentos infantiles ilustrativos, se le presentaron videos donde los personajes de caricaturas expresaban pensamientos negativos sobre sí mismos, posteriormente, se realizaron preguntas diseñadas a incentivar la reflexión sobre esos pensamientos distorsionados y cuestionar su validez.

Tras trabajar con los videos, se continuó reforzando mediante el uso de muñecos presentes en la sala de terapia, se recrearon situaciones en las que los muñecos expresaban pensamientos negativos, y se formularon preguntas específicas que permitieran a la niña analizar las cogniciones desadaptativas. Algunas preguntas fueron: ¿crees que lo que dice el muñeco es verdad o solo un pensamiento?, ¿ese pensamiento negativo le ayuda al muñeco o lo pone triste?, si fueras una gran amiga del muñeco ¿qué le dirías para que se sienta mejor?, ¿alguna vez has tenido pensamientos parecidos a los del muñeco?

Mediante esto, la paciente logró comprender de manera práctica el concepto de pensamiento negativo y cómo afecta en su estado de ánimo. Aprendió a distinguir interpretaciones negativas que no se ajustan a la realidad y conoció como desafiarlas.

- **Sesión 8 y 9**

En estas sesiones se continuó con la aplicación de reestructuración cognitiva, pero se implementó con la técnica de flecha descendente que ayuda a identificar y reestructurar mediante una serie de preguntas o cuestionamientos, los pensamientos o interpretaciones negativas de sí mismo (Beck, 2021).

Se inició la sesión preguntando sobre el estado de salud de la paciente, quien mencionó que ya se sentía mejor, mantenía un estado eufórico. Luego, se procedió a aplicar la técnica de la flecha descendente con preguntas acorde a su edad, con el objetivo de facilitar la comprensión de la niña, para ello, se utilizaron imágenes que representaban visualmente los cuestionamientos planteados, asegurándose así de que comprendiera correctamente la técnica. Las preguntas fueron las siguientes: ¿qué estabas pensando cuando te sentiste molesta?, ¿crees que ese pensamiento es verdad o solo es una idea que tuviste?, si en lugar de tí, fuera tu hermana ¿qué le dirías para que no se sienta tan mal?, ¿por qué crees que tuviste ese pensamiento negativo?, ¿qué cosas buenas podrías pensar en lugar de las ideas negativas?, ¿cómo te sentirías si tuvieras pensamientos positivos sobre ti misma?

Al concluir la sesión, se le proporcionó a la paciente un material didáctico mediante imágenes diseñado para reforzar la comprensión de la técnica de la flecha descendente. Logrando así, fortalecer la capacidad de la niña para identificar de manera autónoma los patrones cognitivos negativos que experimentaba.

- **Sesión 10**

Esta sesión se implementó con el objetivo de fortalecer las relaciones interpersonales para mejorar el entendimiento recíproco y empatía, por lo tanto, se llevó a cabo con la compañía de la hermana de la paciente, las dos estaban muy alegres de participar en

conjunto en una sesión terapéutica, se les preguntó cómo han estado, la relación que tienen y la dinámica a trabajar.

Se desarrolló a través de la técnica juego de roles, para iniciar se les presentaron diferentes tipos de familias y se les hizo conocer, que, en cada una, todos los miembros cumplen con roles concretos. Se enfatizó y se brindó una breve psicoeducación de que, a pesar de los cambios en la dinámica familiar, es importante identificar el rol que le pertenece a cada uno.

A continuación, se les entregó tarjetas con roles que debían interpretar, por ejemplo, el de dos hermanas demostrando apoyo mutuo en la realización de tareas. Primero se les brindó un ejemplo dramatizado de cómo debían actuar y lo que podían decir, luego ellas tenían que replicar la situación, y así se procedió con los demás ejemplos.

Al finalizar, se socializaron aspectos tanto negativos como positivos observados, se les dio una breve retroalimentación, sobre cómo pueden aplicarlo en la vida diaria y así lograr reforzar su relación fraternal y fomentar la expresión de sentimientos.

Siendo así una sesión muy enriquecedora ya que ambas exploraron de manera vivencial las dinámicas familiares, promoviendo la comprensión de sus roles, comunicación y fortalecimiento de vínculos.

- **Sesión 11**

Esta sesión, tuvo la finalidad de evaluar la efectividad de la intervención psicológica brindada, por consiguiente, se hizo el test re-test, lo que quiere decir que, se aplicaron nuevamente los reactivos evaluados en las primeras sesiones, con el fin de determinar si hubo mejoras o no en la sintomatología de la persona mediante las técnicas y herramientas aplicadas (Aragón, 2004).

Es por ello por lo que se inició con el saludo y breve introducción de cómo se iba a manejar la sesión, se evaluaron los constructos de ansiedad y depresión; finalmente, se le manifestó que ya se encontraba en la penúltima sesión y que el próximo encuentro se

culminará la terapia con los resultados de los re-test. Se le preguntó si tenía alguna duda o alguna cuestión por comentar, contestando que no las tenía y manifestando felicidad por el proceso llevado, sin más se procedió con el cierre y agradecimientos por la colaboración, resultando en una sesión productiva y positiva.

- **Sesión 12**

En esta última sesión, se realizó un análisis con la paciente sobre los avances logrados durante el proceso de intervención, asimismo, se le presentaron los resultados y los cuales evidenciaron una reducción parcialmente significativa en el nivel de ansiedad. Después, se abordó en la prevención de posibles recaídas mediante la retroalimentación de todas las estrategias aprendidas a lo largo de la terapia. Se enfatizó la importancia de mantener en práctica las herramientas terapéuticas aprendidas para consolidar los logros alcanzados y evitar retrocesos. Tras constatar el cumplimiento de los objetivos planteados se procedió a dar el alta de la paciente, brindándole las recomendaciones pertinentes al caso.

Capítulo tres

Resultados

Después de aplicar el plan de tratamiento, se presentan los resultados desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, con el fin de comparar y cerciorar los posibles avances de las conductas que se encontraban inicialmente afectados y como están actualmente en la paciente.

3.1 Análisis De Resultados Cuantitativos

El análisis cuantitativo se trabajó mediante la aplicación de un test re-test, obteniendo los siguientes resultados presentados en la Tabla 9.

Tabla 9

Resultados pre y post tratamiento

Instrumentos psicométricos	Resultados pre-tratamiento		Resultados post-tratamiento	
	Puntaje	Interpretación	Puntaje	Interpretación
CAS- Cuestionario de ansiedad infantil	Puntuación directa: 8	Ansiedad media.	Puntuación directa: 4	Ansiedad baja.
CDI- de infantil	Depresión: 16 puntos Disforia: 10 puntos Autoestima: 6 puntos	Escala general de depresión: Sintomatología baja. Disforia: Sintomatología severa. Autoestima: Sin alteración.	Depresión: 4 puntos Disforia: 2 puntos Autoestima: 2 puntos	Escala general de depresión: Sin depresión. Disforia: Sin sintomatología. Autoestima: Sin alteración.

Nota. En la presente tabla se describen los puntajes pre y post tratamiento con su respectiva interpretación.

En la Tabla 9, se presenta los resultados obtenidos en los dos instrumentos, el primero es el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), en donde se refleja los resultados de antes y después del tratamiento, pasando de un puntaje total de 8 puntos a uno de 4 puntos, lo que significa que su nivel de ansiedad ha variado de media a baja.

En lo referente a la puntuación del Inventario de Depresión Infantil (CDI), si bien es cierto el puntaje pre-tratamiento fue de 16 puntos, lo que significa que se encontraba en un rango “normal”, luego del tratamiento aplicado su calificación ha reducido a un valor de 4 puntos, reflejando una disminución significativa de cada dimensión del instrumento como la *disforia* que inició con 10 puntos y bajó a 2 puntos, haciendo alusión que la paciente no refleja un estado de ánimo depresivo; y *autoestima* que cambió de 6 puntos a 2 puntos, que hace referencia a la valoración de sí mismo.

3.2 Análisis De Resultados Cualitativos

En este apartado se reflejan avances de la paciente, es decir, cuáles fueron los síntomas iniciales y la variación que tuvieron a lo largo del tratamiento. De este modo, cuando llegó al término el plan terapéutico, se evidenció mediante la observación psicológica y los avances de las problemáticas que en un principio se manifestaron.

Tabla 10

Resultados cualitativos de la paciente

Síntomas y conductas Pre-tratamiento	Se mantienen	Disminuyeron parcialmente	Disminuyeron en su totalidad	Observaciones Post-tratamiento
Irritabilidad		X		Mayor tolerancia a la frustración a situaciones exasperantes.
Ansiedad		X		Mejora en habilidades de autorregulación
Actitudes oposicionistas		X		Presenta una actitud más asertiva y predisposición.

Nota. Se detallan los cambios que la paciente ha presentado después de la intervención psicológica.

En la Tabla 10, se reflejan síntomas y conductas que se priorizaron para la intervención psicológica, y así, mediante la impresión del clínico se valoró el cambio de la paciente a lo largo del proceso terapéutico; evidenciando que, respecto a la irritabilidad, existió una disminución parcial, pues, al momento de recibir una orden por parte de las

tutoras, N.N las acotaba con mayor predisposición. Asimismo, cuando fallaba en trabajos académicos, en lugar de rendirse, eran retomados con calma y mayor apertura.

En cuanto a la ansiedad, la paciente reflejaba agitación psicomotriz frente a discusiones con sus compañeras, tareas escolares y preocupación por su estadía en el centro; sin embargo, se ha observado una disminución significativa mediante la implementación de herramientas terapéuticas específicas para el control de la ansiedad.

De igual forma, al hablar de las actitudes oposicionistas, suscitaban cuando recibía órdenes por parte de las figuras de autoridad, pero estas eran negadas a cumplirse, gracias a la intervención psicológica logró ser modificado parcialmente puesto que, tiene mayor predisposición a cumplir lo solicitado. Evidenciando un cambio parcial en la conducta, lo que refleja eficacia en el plan estipulado para la paciente.

Discusión

En el presente análisis de caso se expone los datos tanto cuantitativos como cualitativos de una intervención psicológica realizada en una niña de 6 años quien se encuentra institucionalizada debido a situaciones de negligencia, lo cual desembocó un desarrollo de sintomatología ansiosa, problemas de comportamiento y dificultades de adaptación. No obstante, pese a que está ampliamente aceptado que el Trastorno de Adaptación (TA) es común en la infancia y la adolescencia, los datos epidemiológicos, junto con otros tipos de investigación sobre el diagnóstico, son bastante limitados. Esto se debe, al menos en parte, a la variabilidad que rodea a los criterios de diagnóstico y la medición de los síntomas, así como a la ausencia de cualquier herramienta de detección específica del TA (Alvarado, 2021).

Se debe destacar que previo a su institucionalización, la paciente vivía inmersa en un ambiente negligente, lo que aumentaba significativamente su susceptibilidad al estrés y diversos elementos, como las deficientes estrategias de afrontamiento, las escasas habilidades sociales y la posible predisposición genética, representaban factores estresantes importantes dada su corta edad. Estos múltiples desafíos y adversidades en su entorno familiar desembocaron finalmente en su ingreso a un centro de acogida a una edad temprana. Esto concuerda con un metaanálisis de Humphreys et al. (2015), que encontró que los niños y adolescentes institucionalizados, como aquellos en hogares de acogida o centros de atención residencial, tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y adaptación. Esto se asocia con la falta de estabilidad y apoyo en su entorno, lo que puede comprometer seriamente el desarrollo de su inteligencia emocional y capacidad de regulación.

En cuanto a la sintomatología exhibida por las diversas circunstancias adversas que viven los niños con su familia, sumado a la institucionalización en centros de acogida, se asocian con una mayor desregulación emocional y conductual como: la ansiedad, depresión,

desapego emocional y dificultades de adaptación social, debido a la falta de vínculos con los cuidadores ya que no es factible una atención personalizada para cada niño. En contraste, en los adultos se manifiesta por síntomas ansiosos y/o depresivos, mientras que en los infantes se caracteriza por manifestaciones conductuales (Cano et al., 2019; Sousa et al., 2021; Suárez et al., 2011). Esto corrobora la sintomatología que se evidenció en la paciente, ya que se encontraban presentes problemas conductuales que eran caracterizados por oposicionismo, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración y ansiedad.

Para la evaluación de este caso, se emplearon diversos instrumentos con el fin de identificar las relaciones familiares, el nivel de ansiedad, depresión, atención y desarrollo intelectual. Entre estos se encuentran el Test del Dibujo de la Familia, el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Test de Percepción de Diferencias Revisado (CARAS-R) y el Test de Matrices Progresivas de Raven, herramientas comúnmente utilizadas en la evaluación de población pediátrica. En consonancia con esta evaluación, cabe destacar que González (2019) llevó a cabo un programa de intervención psicológica sobre el maltrato y la depresión infantil. En dicho estudio, aplicó el CDI y el Cuestionario de Comportamiento para niños a dos grupos: uno de infantes de 6 a 12 años en una casa hogar, y otro de estudiantes de primaria. Los resultados evidenciaron un predominio de dificultades emocionales, de socialización y en los vínculos familiares, sociales y escolares. En relación con la aplicación del CAS, el estudio que realizaron Córdova y Shiroma (2005) en una muestra de 1089 niños, la evaluación confirma solidez psicométrica, que respaldan su uso. Esta información sustenta la independencia entre las variables de depresión y ansiedad en el caso presentado, ya que solo se obtuvieron puntuaciones significativas en ansiedad, reflejadas principalmente en agitación psicomotriz.

Para realizar el diagnóstico de la paciente, se utilizaron como referencia los manuales DSM-5 y la CIE-10. Con base en ello, se determinó que el caso presenta un Trastorno de

Adaptación con Ansiedad (F43.2), problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia (Z61.2) y la crianza en una institución (Z62.2).

Además de los factores estresantes y los problemas en el patrón de relación familiar identificados, es crucial tener en cuenta la influencia que puede tener el cuidado residencial en el desarrollo emocional y conductual del individuo. Según un estudio de Zeanah et al. (2016), los niños y adolescentes que han sido criados en entornos institucionales presentan mayores riesgos de desarrollar problemas de salud mental, incluyendo trastornos de ansiedad y adaptación, en comparación con aquellos que han crecido en entornos familiares estables.

Por lo tanto, en el tratamiento de este caso se consideró abordar de manera integral no solo el trastorno de adaptación con ansiedad, sino también los problemas relacionados con la alteración en el patrón de relación familiar y la crianza institucionalizada. Adicionalmente, un estudio de Segura et al. (2015) respalda la importancia de considerar estos factores de riesgo en la evaluación y el tratamiento de los problemas emocionales y conductuales en menores, tal y como se abordó en este caso.

En el presente caso, inicialmente se seleccionó un modelo de tratamiento integral con el propósito de atender de manera holística las características y necesidades de la niña. No obstante, esta intervención generó resultados parcialmente satisfactorios, ya que las condiciones del entorno limitaron el cumplimiento total de los objetivos propuestos. Posteriormente, se consideró apropiado manejar la intervención bajo un enfoque integrador, combinando técnicas cognitivo-conductuales y humanistas, adaptadas al contexto infantil. Esto concuerda con los planteamientos de Cruz, (2024) quien señala la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de problemas de ansiedad en niños ya que dicho abordaje busca trabajar en los pensamientos ansiosos, promover un procesamiento más adaptativo de la información y mejorar las conductas de afrontamiento.

De esta manera, la integración de técnicas cognitivo-conductuales y humanistas ha demostrado ser un abordaje eficaz para el tratamiento de la autoestima en niños. Por un lado, el enfoque cognitivo-conductual ayuda a identificar y modificar pensamientos distorsionados, entrenar habilidades sociales y establecer metas realistas. Por otro lado, el enfoque humanista se enfoca en potenciar la relación terapéutica, la aceptación incondicional y el autoconocimiento a través de la terapia del juego. La combinación de ambos modelos, como señalan autores como Axline (1983) y Santos (2019), permite trabajar de manera integral en la autoestima de los niños, obteniendo resultados satisfactorios en más del 96.7% de los casos estudiados.

Este abordaje incluyó el uso de estrategias psicológicas recreativas y el juego simbólico. Asimismo, una investigación reciente de Ruiz et al. (2023) sugiere que la Terapia del Juego Cognitivo-Conductual (TJCN) podría ser un modelo eficaz para trabajar la autoestima, autorregulación, empatía y habilidades sociales en niños que han vivido experiencias traumáticas o factores estresantes. No obstante, los autores señalan que se requiere mayor investigación para corroborar estos hallazgos.

Dentro del enfoque cognitivo-conductual aplicado, las principales técnicas utilizadas incluyeron la psicoeducación, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en resolución de problemas. Estudios como el de Saavedra (2023) destaca la importancia de la psicoeducación y técnicas de relajación y respiración, ya que permite despejar inquietudes sobre la sintomatología y disminuir la intensidad de la ansiedad y por lo tanto desarrollar un tratamiento eficaz, evidenciando reducción considerable de la sintomatología presentada inicialmente. En la misma línea un estudio realizado por Pontón (2018) menciona la efectividad del uso de técnicas como la flecha descendente para la determinación y modificación de creencias. Estas estrategias se complementaron con el trabajo a través de la terapia del juego, basada en los aportes de Virginia Axline, con el fin de fortalecer la autoestima, la autorregulación emocional y las habilidades sociales de la niña.

En línea con lo mencionado anteriormente, se encontró que un programa estructurado por 10 sesiones de terapia cognitivo conductual realizado por Scaini et al. (2022) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la ansiedad pediátrica. Estos hallazgos respaldan el abordaje integral implementado en el presente caso clínico, combinando técnicas cognitivo-conductuales y humanistas para favorecer el desarrollo de la autoestima de la niña; demostrando ser efectivo hasta cierto punto, por lo que se determinó que era necesario dar un mayor énfasis a este modelo para lograr resultados más satisfactorios.

Es por lo que, este estudio de caso busca generar interés y aportes significativos para el ámbito de la salud mental, principalmente para todos aquellos que estén realizando investigaciones con problemáticas similares. Es importante mencionar que cada persona cuenta con características distintas y por lo mismo se han seleccionado diferentes enfoques para potenciar los resultados de la paciente. Gracias al previo análisis realizado, se cercioran de que los modelos utilizados tuvieron un impacto parcialmente positivo en el contexto estudiado, evidenciándose también en los resultados post-tratamiento y la observación clínica.

Una de las principales limitaciones identificadas radica en el entorno de la intervención, ya que la paciente reside en un centro de acogida. Esto implica que no cuenta con la atención y seguimiento continuos necesarios para que las conductas y estrategias aprendidas durante el tratamiento puedan perdurar a lo largo del tiempo. Es probable que, debido a la influencia del grupo de pares en el centro, estas conductas adaptativas tiendan a extinguirse, dificultando el mantenimiento de los progresos logrados. Otra limitación importante es la escasez de información en la literatura científica respecto a estudios que hayan implementado enfoques terapéuticos integradores, como el utilizado en este caso, en niños de 6 años que se encuentran en centros de acogida. La mayor parte de la evidencia disponible se centra en población infantil en general, sin considerar las particularidades de este ambiente de atención residencial.

Conclusiones

El proceso de evaluación que se llevó a cabo fue mediante la observación clínica y entrevista psicológica, lo cual permitió formular inicialmente hipótesis diagnósticas ante la presencia de síntomas como agitación psicomotriz, irritabilidad, problemas de comportamiento y escasas habilidades sociales; complementariamente la administración del Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) constituyó una herramienta psicométrica que facilitó la identificación de síntomas ansiosos experimentados por la paciente. Es así como se posibilitó establecer con precisión los criterios diagnósticos que cumplía, lo cual derivó en la formulación del diagnóstico de Trastorno de Adaptación con ansiedad 309.24 (F43.22), problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia (Z61.2) y crianza en una institución (Z62.2) mediante los manuales diagnósticos DSM-5 y CIE-10.

Finalmente, tras la implementación del plan psicoterapéutico basado en un modelo integrativo que incluye técnicas cognitivo-conductuales y humanistas, la observación clínica y la aplicación de re-test, se evidenció una reducción parcial de los síntomas ansiosos y problemas conductuales. Es destacable que entre los resultados obtenidos se encuentran el fortalecimiento de la autoestima, así como también la adquisición de estrategias de afrontamiento y habilidades sociales, aspectos clave para el bienestar emocional y adaptativo, permitiéndole a la paciente que estos logros establezcan las bases para un manejo adecuado de su vida diaria y bienestar a mediano plazo.

Recomendaciones

Se recomienda realizar una evaluación integral que incluya observación conductual sistemáticamente por parte de tutores y psicóloga, complementada con la aplicación periódica de pruebas psicométricas y proyectivas con la finalidad de monitorear e identificar de manera oportuna sintomatología relevante y a la vez, obtener diagnósticos certeros que deban ser intervenidos.

Así mismo, se sugiere que se aplique un modelo integrativo acompañado de diversas técnicas, ya que de esta manera se logra trabajar todas las esferas y necesidades de la persona y obtener resultados positivos que maximicen la efectividad de la intervención. Finalmente, se considera de gran importancia que se implementen programas extracurriculares que refuercen y consoliden las habilidades adquiridas, es importante que sean impartidos por profesionales capacitados; algunas de estas actividades recomendadas incluirían dinámicas grupales, tareas lúdicas y recreativas que despierten y promuevan la interacción social positiva tanto dentro como fuera del establecimiento.

Referencias

- Alvarado, G. (2021). *Trastorno de adaptación en la población pediátrica*. Medicina Pediátrica, 5. <https://pm.amegroups.org/article/view/6133/html>
- Artigas, L., y Jarero, I. (2005). El abrazo de la mariposa. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 4(1), 30. <https://n9.cl/402kx>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª. Ed.)*. Editorial Panamericana.
- Balarezo, L y Mancheno, S. (2015). *Guía para el diagnóstico psicológico clínico y neuropsicológico (2.ª ed.)*. UNIGRAF.
- Balsells, M., Vaquero, E., Ciurana, A. (2019). El apoyo social durante el acogimiento: su relevancia para el bienestar de los niños y las niñas en situación de protección. *Sociedad e Infancia*. 3(1), 115-132. <https://dx.doi.org/10.5209/soci.63403>
- Bravo, V y Polo, J. (Eds.). (2023). *La entrevista psicológica: Perspectivas teóricas y prácticas*. Editorial Universidad del Norte. <https://doi.org/10.2307/ji.3790048>
- Bueno, M. (2010). Diagnóstico y evaluación psicológica en psicoanálisis y terapia psicoanalítica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 10, 165-197. <https://www.masterforense.com/pdf/2010/2010art9.pdf>
- Cano, S., Rendón, M., y Zapata, N. (2019). Representaciones de apego en niños institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Medellín. Estudio Comparativo. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 11(1), 35–60. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/339241>

- Choque, A. (2020). Análisis de la correlación entre Resiliencia-Estrés en niños en situación de maltrato en el albergue transitorio municipal "Bicentenario Bolivia Solidaria" a través de una aplicación móvil. *Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle-Bolivia*, 19(19), 175-204.
http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v19n19/v19n19_a09.pdf
- Cruz, N. (2024). *Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual en un niño de siete años con problemas de ansiedad*. [Tesis de maestría, Universidad Internacional de La Rioja]. Reunir repositorio digital. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/16565>
- Corchado, A. (2016). La psicología humanista: una aproximación teórica y experiencial.
- Córdova, M., y Shiroma, R. (2005). Cuestionario de ansiedad infantil: características psicométricas y análisis descriptivo comparativo. *Avances en psicología*, 13(1), 97-124.
[file:///C:/Users/H%20P/Downloads/Cuestionarios de Ansiedad Infantil Caracteristicas.pdf](file:///C:/Users/H%20P/Downloads/Cuestionarios_de_Ansiedad_Infantil_Caracteristicas.pdf)
- Corman, L. (1967). *El Test del Dibujo de la Familia*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Corrales, A., Quijano, N., y Góngora, E. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 22(1), 58–65. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161005.pdf>
- First, M. B (2017). *DSM-5: manual diagnóstico diferencial*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- Gillis, J. (2003). *Cuestionario de Ansiedad Infantil* (4.^a ed.). TEA Ediciones.
- Gillis, J. (1997). *Cuestionario de Ansiedad Infantil* (2.^a ed.). TEA Ediciones.

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gutiérrez, A., Sánchez, C., Riveros, A., Gutiérrez, M. (2020). Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Revista Psicología y Salud*, 31(1). <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2674>
- Hernández, M., Horga de la Parte, J., Navarro, F., y Mira, A. (2007). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en Atención Primaria. <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.pdf>.
- Humphreys, K. L., Gleason, M. M., Drury, S. S., Miron, D., Nelson, C. A., 3rd, Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2015). *Effects of institutional rearing and foster care on psychopathology at age 12 years in Romania: follow-up of an open, randomised controlled trial*. *The lancet. Psychiatry*, 2(7), 625–634. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00095-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00095-4)
- Jarero, I., y Artigas, L. (2024). El Abrazo de la Mariposa. Método de Terapia EMDR para la Autoadministración de Estimulación Bilateral. Research Gate. Reporte Técnico. <https://tinyurl.com/ykycz2uf>
- Kovacs, M. (2011). *CDI Inventario de Depresión Infantil*. TEA Ediciones.
- Martín, A. (2011). *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. Desclee de Brouwer.
- Mayo Clinic. (2023). Trastornos de adaptación. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/adjustment-disorders/diagnosis-treatment/drc-20355230>

- Méndez, D. (2024). Prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad infantil tras la pandemia de Covid-19. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(1), 1961-1973. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1721>
- Mestre, J., Guil, R. (2012). *La regulación de las emociones. Una vía a la adaptación personal y social*. Ediciones Pirámide.
- Ministerio de inclusión económica y social. (2022). INFORME ACOGIMIENTO INSTITUCIONAL. https://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/2022/11/informe_de_acogimiento_institucional_octubre__2022-signed-signed-2-signed0920860001669045396.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE-10]*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). Violencia contra las niñas y niños. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). *Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain*. *Frontiers in Psychology*, 11, 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
- Paz, S y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la Evaluación Psicológica*. Universidad Politécnica Salesiana.
- Pontón, K. (2018). Trastorno de Ansiedad: una propuesta terapéutica desde el enfoque cognitivo. [Tesis de posgrado, Universidad Técnica de Machala] Repositorio Digital de UTMACH. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12759>
- 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. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/journal/559/55969799012/55969799012.pdf.

Ramos, O., Espinoza, R., Asca, P., Espinoza, R. (2020). Reintegración familiar-social, en centros de acogida residencial estatal de Perú, un análisis cualitativo. *Journal of Business and entrepreneurial studies*, 131-143.

Rapee, R., Creswell, C., Kendall, P., Maree, A. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literatura. *Science Direct*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>

Raven, J., Court, J y Raven, J. (2001). *Raven Escala Coloreada de Matrices Progresivas Series A, A_B, B* (3.^a ed.). TEA Ediciones.

Ríos, K. (2019). La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 23(41), 65–91. <https://doi.org/10.33064/41crscsh1203>

Ruiz, M., Díaz, M y Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclee de Brouwer.

Ruiz, M., Aburto, M., Musa, T., Obando, C., López, A. (2023). *Investigación en terapia de juego centrada en el niño: una revisión*. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 21(2), 175-191. <https://doi.org/10.35319/ajayu.212236>

Russo, A. (2006). *Temas en psicología clínica*. Universidad del Norte.

- Saavedra, M. (2023). Intervención Cognitivo Conductual en trastorno de adaptación por ansiedad en paciente colostomizado. [Tesis para optar título de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal] Repositorio Institucional. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8193>
- Segura, A., Pereda, N., Abad, J., & Guilera, G. (2015). Symptoms of posttraumatic stress disorder among children and adolescents who have been victimized. *Anales de Psicología*, 31(3), 1129-1136. <https://doi.org/10.6018/analesps.2015.31.3.1129>
- Sousa, M., Cruz, S., y Cruz, O. (2021). The relationship of emotion regulation and negative lability with socioemotional adjustment in institutionalized and non-institutionalized children. *The British Journal of Developmental Psychology*, 39(1), 169–189. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12361>
- Swartz, M. (2015). *Tratado de Semiología. Anamnesis y Exploración Clínica* (7.ª ed.). Elsevier
- Thurstone, L y Yela, M. (2012). *Test de Percepción de Diferencias-Revisado* (11.ª ed.). TEA Ediciones.
- Vera, A., Palacio, J., Maya, I., Holgado, D. (2015). Identidad social y procesos de adaptación de niños víctimas de violencia política en Colombia. *Revista Latinoamérica de Psicología* 47, 167-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.06.006>
- Villavicencio, C., Armijos, T., Castro, M. (2020). Conductas disruptivas infantiles y estilos de crianza. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 13(1), 138-150. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rlp.13113>