



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Análisis y descripción de los trabajos de prácticas clínicas de estudiantes de
Modalidad Abierta y a Distancia de la Titulación de Psicología.**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Romero Saritama, Lizbeth Adriana

DIRECTOR: Jiménez Gaona, Marco Antonio, Mgtr.

LOJA - ECUADOR

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Marco Antonio Jiménez Gaona

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **Análisis y descripción de los trabajos de prácticas clínicas de estudiantes de Modalidad Abierta y a Distancia de la Titulación de Psicología de los periodos febrero 2013 a agosto 2014** realizado por **Romero Saritama Lizbeth Adriana** ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2015

f).

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo **Romero Saritama Lizbeth Adriana** declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Análisis y descripción de los trabajos de prácticas clínicas de estudiantes de Modalidad Abierta y Distancia de la Titulación de Psicología de los periodos febrero 2013 a agosto 2014, de la Titulación de Psicología, siendo Marco Antonio Jiménez Gaona. Director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

.....

Romero Saritama Lizbeth Adriana

1104723927

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada a aquellas personas que son mi inspiración, aquellas personas que me dan fuerzas para continuar.

A mi madre, quien día a día me cobija a pesar de la distancia, a mi padre Walter, el soldado de mil batallas, a mis hermanos: José Miguel, Andrés, Marcelo, David y María Belén, la razón de mi vida, a mis sobrinos Dilan y Belén, mis fieles amigos de juego y así a toda mi familia quienes son parte fundamental en mi vida.

Lizbeth Romero S.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis es concluida gracias al apoyo de muchas personas, y es por eso que expongo a continuación mis más sinceras líneas de gratitud hacia ellas.

En primero lugar quiero agradecerle a Dios, pues en cada día de vida que me ha dado, me ha permitido comprender que el amor es la clave de todo, de igual manera extendiendo mi gratitud a cada uno de los miembros de mi familia, quienes de alguna u otra forma me inspiraron con un consejo, una palabra o una mirada de aliento. Al Mgtr. Marco Antonio Jiménez Gaona, quien con su tiempo y dedicación supo guiarme en todo este proceso, a mis maestros quienes fueron fuente de sabiduría y un pilar fundamental para que presente esta tesis y en fin, a todos aquellos que me apoyaron moral y económicamente.

¡Gracias a todos!

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1.....	5
MARCO TEORICO	5
1.1. Aproximación a la psicología clínica.....	6
1.1.1. Evolución de la psicología línica.	6
1.1.2. Estudio de casos.....	8
1.2. Evaluación psicológica.....	9
1.2.1. Modelos de evaluación psicológica.....	10
1.2.2. Objetivos de la evaluación psicológica.	12
1.2.3. Fases de la evaluación.....	13
1.2.4. Guías para el proceso de evaluación (GAP).....	13
1.2.4.1. Principios, normas, estándares y guías.	14
1.2.4.2. Garantías de un test.	14
1.2.4.2.1. Antecedentes históricos de los test.....	15
1.2.4.2.2. Aplicación de test y evaluación psicológica.....	16
1.2.4.2.3. Tipos de pruebas psicológicas.....	17
1.3. Diagnostico psicológico.....	18
1.3.1. Sistemas de clasificación y diagnóstico.	18
1.3.1.1. Signos y síntomas	19
1.4. Intervención en psicología.....	23
1.4.1. Plan de tratamiento e Intervención	23
1.4.1.1. Planificación del tratamiento por objetivos	23
1.4.1.2. Diseño de un tratamiento.....	23
1.4.2. Valoración de resultados	24
CAPITULO 2 METODOLOGÌA	25
2.1 Tipo de investigación.	26
2.2. Diseño de la investigación.....	26

2.3.	Herramientas..	26
2.4.	Objetivos.....	26
	2.4.1. General:.....	26
	2.4.2. Específicos.....	26
2.5.	Descripción de la muestra.....	26
	2.5.1. Población:.....	26
	2.5.2. Muestra.....	27
	2.5.4. Criterios De Exclusión:	27
	2.5.4. Criterios De Inclusión:	27
2.6.	Técnicas.....	27
	2.6.1. Historias clínicas.....	27
	2.6.1.1. Estructura de la historia clínica.....	27
2.7.	Proceso metodológico.....	28
CAPITULO 3 RESULTADOS Y ANALISIS.....		31
CAPITULO 4 DISCUSIÓN.....		42
CONCLUSIONES.....		46
RECOMENDACIONES.....		47
BIBLIOGRAFÍA.....		48
ANEXOS.....		52

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1:	Momentos culminantes e historia de la psicología clínica	7
Tabla 2.	Aportaciones de algunos modelos de evaluación psicológica	10
Tabla 3.	Modelos de evaluación psicológica.....	11
Tabla 4.	Fases de la evaluación.	13
Tabla 5.	Línea de tiempo, tests psicológicos.....	15
Tabla 6.	Tipos de pruebas psicológicas.....	17
Tabla 7.	Características de los instrumentos para un diagnóstico.....	20
Tabla 8.	Características del DSM-V	22
Tabla 9.	Características de la población/muestra.....	29
Tabla 10.	Repositorio de casos.....	322
Tabla 11.	Trastorno actualizados según el DSM-V.....	40
Figura 1.	Características en un tests.....	15
Figura 2.	Proceso Metodológico	29

RESUMEN

La presente tesis, tuvo como objetivo analizar y describir los casos clínicos presentados por los estudiantes de la Titulación de Psicología de la Modalidad Abierta y a Distancia, de los periodos comprendidos en los años 2013 y 2014 de la Universidad Técnica Particular de Loja. Se utilizó el método cualitativo en una muestra de 155 casos, se organizó un repositorio de casos y a la vez se actualizó su diagnóstico basándose en criterios del Manual DSM-V, finalmente se obtuvo como resultado 6 prácticas clínicas. En los casos analizados se evidenció falencias conceptuales y metódicas sin embargo cuentan con la disponibilidad de algunas Instituciones adecuadas para ejecutar sus prácticas en casos reales, razón por la cual se sugiere mejorar estas prácticas, para que los estudiantes sean más competentes al momento de desarrollarlas; de igual manera se recomienda impulsar las mismas en la Modalidad Presencial ya que estas son manejadas exclusivamente en la Modalidad a Distancia.

Palabras claves: Estudio de casos, Método cualitativo, Historias clínicas, Psicología clínica

ABSTRACT

This thesis, aimed to analyze and describe the clinical cases presented by students of the Degree in Psychology Open and Distance Modality of the periods in 2013 and 2014 of the Technical University of Loja. The qualitative approach was used in a sample of 155 cases, a repository of cases and once the diagnosis was updated based on criteria of DSM-V Manual was organized finally obtained as a result six clinical practices. In the cases analyzed conceptual and methodical shortcomings became apparent however have the availability of some right to run their practices in actual cases Institutions, which is why it is suggested to improve these practices, so that students are more competent at the time to develop them; likewise it recommended boosting them in the Modality as these are handled exclusively in the distance mode.

Keywords: Case studies, qualitative method, medical records, Clinical Psychology

INTRODUCCIÓN

En psicología, el estudio de casos permite analizar cada situación o acción de una persona, dando como resultado un diagnóstico individual, lo cual es importante dentro de la psicología clínica.

Sin embargo, es exiguo el estudio de casos en este ámbito, más aun el método cualitativo unificado al estudio de casos, puesto que su integración científica es muy reciente. Tal como Stoeker (1991) afirma:

Con el énfasis en la cuantificación que tuvo lugar sobre todo en el siglo XX, los registros de casos incluyeron datos numéricos que documentaban el grado de trastorno o el nivel de habilidad de la persona. De esta manera se empezó a considerar ya las interpretaciones descriptivas y no solo numéricas como lo indica únicamente el método cuantitativo. (p. 39)

De igual manera, ya otros autores promovieron la relevancia del método cualitativo como complemento para ser utilizado en el estudio de casos, como Yin (1989) quien señala que “el estudio de caso consiste en una descripción y análisis detallados de unidades sociales o entidades educativas únicas”. Es decir, que el estudio de casos evidencia en forma real fenómenos que no pueden ser analizados únicamente de forma numérica, sino también pueden ser analizados de forma descriptiva.

Walker (como se citó en Muñiz, 2010) señala que “Los estudios de caso se han usado como recurso para enseñar a los nuevos maestros como evolucionan los estudiantes cuando se aplica un sistema de enseñanza o una técnica de estudio específica” (p.32). Es por esto que aquello sirve en psicología para tener una visión más clara de las características de un paciente, su evolución, y todo lo concerniente al mismo como, emociones, actitudes, y efecto tanto en el paciente como en su familia etc. (Gilgun, 1994).

Por lo antes mencionado, y por la importancia que conlleva realizar investigaciones de este tipo, la presente investigación desarrollada como trabajo de fin de titulación, pretende fomentar estos estudios con prácticas clínicas de casos reales que los estudiantes de la Titulación de Psicología de la UTPL realizan, a su vez el análisis y descripción de los mismos es con el fin de obtener un repositorio de los diagnósticos que fueron establecidos según el DSM-IV y CIE-10 para actualizarlos según el al DSM-V.

Con una población de 155 historias clínicas, se realiza el respectivo análisis utilizando el método cualitativo para obtener los resultados deseados, de esta manera enfatizo la importancia del siguiente trabajo de tesis, tanto para los alumnos como para los docentes, siendo esta una herramienta para la Titulación de Psicología, ya sea en la Modalidad Abierta o Presencial, fortaleciendo a través de este análisis el proceso enseñanza aprendizaje (Walker, 2002). Pensando en las ventajas y la utilidad que tendría un repositorio para el proceso de formación de los estudiantes, se presenta de la misma manera una visión clara del como los alumnos realizan estas prácticas, y a manera de evaluación se describirá falencias y fortalezas de aquello. Al mismo tiempo se recalca que esta tesis es muy factible para realizarse, sin embargo se presentan ciertas dificultades desde la recolección de las historias clínicas hasta llegar a los diagnósticos; son menores pero se deben considerar para obtener los resultados deseados.

Finalmente, en el capítulo uno se presenta temas como: aproximación a la psicología, evaluación, diagnóstico e Intervención, luego, en el siguiente capítulo se describe la metodología, muestra y proceso metodológico, en el capítulo tres se presenta los resultados que se alcanzaron en esta investigación, en el capítulo cuatro la discusión, luego conclusiones, recomendaciones y la respectiva fundamentación de cada tema mediante la bibliografía.

CAPITULO 1
MARCO TEORICO

1.1 Aproximación a la Psicología Clínica.

1.1.1. Evolución de la Psicología Clínica.

La evolución de la psicología clínica es constante, tanto en la evaluación, diagnóstico e intervención, sin embargo es importante hacer una revisión histórica tanto conceptual como práctica.

En tiempos antiguos era muy difícil tener una idea clara del significado de la psicología, peor aún de la psicología clínica, ante esto Cullari (2001) manifiesta que “aunque la ciencia primitiva solo consistió en la matemática y la búsqueda de los cielos (astronomía y astrología) las personas primitivas tenían que ser psicólogos naturales conscientes de sus emociones y dependientes sus sentidos y su percepción, el mundo y de las personas en él” (p.2).

Tuvieron que pasar varios acontecimientos para llegar a tener conceptos claros de lo que es la psicología. Tal como lo mencionan Metraux y Crouzet (como se citó por Cullari, 2001) “Por más de 2 mil años la ciencia estuvo solo como un puro ejercicio de la razón, un tanto divorciada de los sentidos y del “objeto de las ocupaciones serviles”, al grado de considerarse un obstáculo para el progreso” (p. 2).

De esta manera considero que, en tiempos antiguos las personas buscaban respuestas en lo más cercano que tenían, en lo que se exponía a simple vista para ellos y de alguna manera esto marcaba el inicio de lo que ahora denominamos psicología. Por consiguiente, la estrecha línea que existía entre algunas cosas y el uso de las mismas era limitada; con referencia a la psicología, la experiencia y las condiciones pasadas no permitían direccionar varios conceptos de la mejor manera. Sin embargo, al pasar los años, se han obtenido los resultados deseados, es así que Cullari (2001) señala “la ciencia como ejercicio de la razón continuó hasta principios del XVII”, (p2).

En este sentido, después de años de investigación y de buscar un claro concepto de lo que es la psicología clínica, Resnick (1991) señala que la psicología clínica es un:

Campo de la psicología aplicado a la investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad, e incomodidad

intelectual, emocional, biológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de poblaciones de clientes.

Sumando a lo antes dicho, presento a continuación, fechas relevantes del surgimiento de la psicología clínica:

Tabla 1: Momentos Culminantes e historia de la Psicología Clínica

Fechas	Momentos de la Psicología Clínica
1773	Primer institución pública para las enfermedades mentales, Williamsburg, VA.
1873	James comienza un laboratorio informal en Harvard
1879	Wundt establece el primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig
1885	Sir Francis Galton establece el primer centro de pruebas para examinar las capacidades mentales, Londres.
1890	Cattell acuña el termino mental
1905	Se publica la prueba de inteligencia Binet - Simon en Francia. Se abre la escuela de entrenamiento Vineland para niños con retraso mental; finalmente se realiza en primero internado.
1913	Kraepelin describe y clasifica los estados psicopatológicos.
1936	Primer texto clínico. Lowitt publica Clinical Psychology
1952	La Asociación psiquiátrica estadounidense publica el primer Manual Diagnostico y estadístico (DSM- I)
1968	El programa para otorgar licencias en la práctica de la psicología clínica se inicia en la Universidad de Illinois. Se publica el DSM- II.
1980	Se publica el DSM-III
1987	Se publica el DSM- IIIR
1994	Se publica el DSM-IV

Adaptado de: Fundamentos de la Psicología Clínica (2001)

En síntesis, la psicología clínica y la misma psicología tuvieron proyecciones casi similares, sus inicios surgieron a la par, pero la psicología clínica tomo su dirección en el estudio del comportamiento anormal, siendo esta su principal característica como se lo menciona en sus conceptos a lo largo de su historia, de esta manera queda concluir que la psicología clínica está inmersa en la psicología, como uno de sus campos.

1.1.2. Estudio de Casos.

Tal como lo menciona Yin (1989) “el estudio de caso consiste en una descripción y análisis detallado de unidades sociales o entidades educativas únicas”, y en psicología, esto es un aporte fundamental de conocimientos en nuevas técnicas dentro del área clínica, y aunque en un principio el estudio de casos era más fundamentado y mayormente utilizado el ámbito grupal (Oblitas, 2014), algunos autores se respaldaban para cambiar esta teoría, uno de ellos fue Skinner (1957) quien “abogó siempre por el estudio intensivo de un solo sujeto, rechazando la metodología de la investigación de grupos” ya que eso limitaba así ciertos criterios para el análisis de los mismos. De esta manera el estudio de caso individual permite tener datos claros y sutiles de una sola persona, a diferencia del estudio de caso grupal el cual deja a la deriva ciertos detalles relevantes para realizar un correcto diagnóstico.

A continuación describo algunos aspectos relevantes del estudio de casos en distintos ámbitos, (Davison y Neale, 1994):

- Proporciona una descripción detallada de un fenómeno raro o inusual o de nuevos métodos o procedimientos terapéuticos o de evaluación.
- Sirve para rechazar aspectos sostenidos firmemente por un punto de vista teórico particular.
- Sirve para generar hipótesis que puedan ser comprobadas a través de la investigación controlada.

Para simplificar, el estudio de casos es una estrategia muy factible a la hora de detallar y conocer ciertas características de un problema y en psicología clínica esta estrategia nos permite analizar, comprobar y sistematizar un trastorno, “el estudio de caso, es una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación” (Kazdin, 1980). Y por qué no para la psicología clínica.

Por dichas razones, las prácticas de los estudiantes de la Modalidad a Distancia de la carrera de Psicología de la U.T.P.L., son de mucho interés. Puesto que se ejecutan en distintos centros sean de convenio o no, con el fin de “adquirir nuevos conocimientos, competencias, información y práctica necesarios para el ejercicio del rol profesional en un determinado ámbito del mercado laboral” (Vivanco, 2011), y en esta tesis se destaca los siguientes centros: Unidad Educativa Israel No. 2, Centro de Atención Ambulatoria del IESS, Hospital San Luis, entre otros.

De este modo, “en decimo ciclo se contempla la materia de PRACTICA CLINICA, que consiste en un conjunto integrado de prácticas en los ámbitos de evaluación, intervención y prevención...” (Vaca, 2013a, p.5).

Al mismo tiempo:

Para alcanzar esta capacidad, el plan de estudios de la carrera de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja ofrece al alumno, no solo formación científica teórica y técnica, sino también un primer contacto con las áreas de actualización propias del rol del psicólogo en la sociedad a través de las asignaturas de práctica clínica, organizacional y educativa. Es necesario que en la práctica de psicología clínica, el estudiante aplique los conocimientos impartidos en las diferentes asignaturas recibidas a lo largo de su formación, como: psicopatología, neuropsicología, psicofisiológica, psicodiagnóstico, psicoterapia, psicología de la familia, psicología del desarrollo, entre otras. (Vaca, 2013b, p.5)

Finalmente, estas prácticas, ya sea en el ámbito educativo, organizacional y clínico, dentro de la UTPL, son muy importantes para el desarrollo y formación de los estudiantes de pregrado, por esta razón mediante este análisis y descripción de casos, pretendo sugerir a través de los errores encontrados el mejoramiento en el manejo de las prácticas clínicas y de esta manera darle énfasis a las mismas en la Modalidad Presencial, tal como lo son en la Modalidad a Distancia.

1.2. Evaluación psicológica.

Dentro de la psicológica clínica, una de los principales fundamentos de esta especialización es la evaluación psicológica y su importancia se refleja en obtener información concreta y mucha de las veces compleja del individuo, mediante el uso de instrumentos o técnicas con el fin de conocer su comportamiento, es así que Ballesteros (se citó por Mikulic, 2007) menciona que:

Es aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y el análisis del comportamiento (a los niveles de complejidad que se estime oportunos) de un sujeto humano o grupo especificado de sujetos con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se encardinan la

aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida y/o evaluación... (p.17).

Es decir la evaluación es el punto de partida para cualquier Psicólogo, ya que permite integrar la información investigada de un individuo o cliente con el fin de sintetizarla para desarrollar posibles actividades que se encaminan a un tratamiento en caso de que el paciente o cliente lo requiera.

1.2.1. Modelos de evaluación psicológica.

Los modelos ofrecen la organización de los conocimientos en determinado campo y permiten un lenguaje común entre sus seguidores (s. a, 2002).

Es decir, los distintos modelos de evaluación psicológica nos facilitarán la comprensión de las teorías y sus formas de entender la evaluación, porque los modelos serían generalizaciones realizadas por el científico a partir de datos u observaciones concretas derivadas de un cierto número de casos particulares con el fin de realizar predicciones acerca de la conducta de las personas. (Carrobles, 1989)

Ante esto, muchos autores plantean distintos modelos, haciendo difícil su entendimiento tal como lo manifiesta Kuhn (1970), “abundan las propuestas de paradigmas o modelos alternativos compitiendo por la primacía dentro del campo”

A continuación se expone cuatro modelos que partieron del estudio de Coan (se citó por Fernández-Ballesteros, 1983)

Tabla 2. Aportaciones de algunos Modelos de Evaluación Psicológica

Psicométrico	Médico	Dinámico	Fenomenológico
Estudia diferencias individuales en distintas pruebas para identificar dimensiones o rasgos.	Busca las causas orgánicas de los trastornos mentales.	Trata de averiguar la estructura de personalidad de los sujetos.	Énfasis en la percepción del individuo y en su experiencia subjetiva.

Fuente: Introducción a los Modelos de Evaluación Psicológica (2002)
Elaboración: Romero (2015)

Estos modelos presentados en la tabla 2, permiten que cada evaluador tenga un camino o una dirección concreta por donde llevar la evaluación, para que la información recogida, las conductas, y todo lo concerniente a la evaluación tengan un correcto manejo de hipótesis y de esta manera el resultado de la evaluación tenga un mejor fin, de acuerdo al modelo elegido por el evaluador.

Más tarde, en 2011 Fernández-Ballesteros, expone a su criterio cuatro de los modelos más relevantes dentro de la evaluación, a pesar de las tantas publicaciones y debates anteriormente, estos modelos los presento en la siguiente tabla.

Tabla 3. Modelos de Evaluación Psicológica.

Modelos	Descripción
Modelo Atributo	Este modelo pretende entender la conducta de la persona, según sus condiciones personales u orgánicas o también llamadas funciones intrapsíquicas, por ejemplo si un joven tiene mal carácter en su colegio, podríamos decir que en su casa tiene el mismo carácter, debido a que su padre es maltratador y alcohólico, De esta manera este modelo incluso podría dar paso a la predicción de una conducta.
Modelo dinámico	Este modelo pretende explicar la conducta, ya desde un punto de vista más interno, es decir que la conducta deviene de los constructos de la personalidad del individuo.
Modelo medico	En este modelo, ya intervienen situaciones neurológicas, o partiendo de factores endógenos o biológicos, permitiendo direccionar ya el tratamiento en otros ámbitos profesionales, intervención del neurólogo por ejemplo.
Modelo conductual	En este modelo el comportamiento es explicado por transacciones de la propia conducta y variables del ambiente, tal como lo refiere Haynes y Heyby citado en Ballesteros, 2011) el modelo conductual ha ido tornándose un modelo interactivo en el que la conducta de la persona y el ambiente interactúan recíprocamente.
Modelo cognitivo	Se podría explicar que este modelo, se basa en la forma en que la persona percibe el mundo de acuerdo a su cognición, desembocando esto en alguna conducta subsiguiente.
Modelo constructivista	De forma significativa en este modelo se le da importancia a la forma en que la persona percibe las situaciones, la forma en que percibe la realidad, o el significado que para el individuo tiene tal o cual cosa o

	situación, de esta manera se realizara la evaluación de acuerdo al significado que asigna el sujeto a su realidad
--	---

Fuente: Evaluación psicológica, Conceptos, método y estudio de casos (2011)
Elaboración: Romero (2015)

Sin embargo, vale mencionar que, “el modelo es un patrón que puede abandonarse fácilmente si así lo exige el proceso” tal como lo señala Boring (citado por Marx y Hillix, 1976, p.97).

1.2.2. Objetivos de la evaluación psicológica.

Fernández-Ballesteros et al., (2003) afirman que “los objetivos más comunes de la ciencia son la descripción, la clasificación, la predicción, la explicación y el control, y cada uno de estos objetivos posee su equivalente en evaluación psicológica” (p. 61). De esta manera, a modo de ejemplo, cuando un docente le pide la colaboración a un psicólogo para que evalúe el CI de sus alumnos este aplicará el Test de Raven, y de forma detallada describirá a cada evaluado, de igual manera en el ámbito organizacional, el psicólogo está en condiciones de predecir el comportamiento de los trabajadores y a su vez podrá saber quiénes son las personas que tienen un buen o mal desempeño.

Para cumplir estos objetivos es importante el uso de herramienta psicológicas tal como lo menciona Noronha (se citó en Nunes, Garcia y Alba, 2006) “la evaluación psicológica como un proceso que puede o no, incluir test estandarizados como uno de los recursos para alcanzar sus objetivos”. Por lo tanto está claro que la evaluación a su vez integra el uso de herramientas psicológicas para el cumplimiento de sus objetivos, pero a la vez estos no son los únicos caminos para la evaluación.

De esta forma, si se tiene en cuenta el uso de los test, se podría decir que otro de los objetivos de las evaluaciones psicológicas es el de generar o describir las diferencias entre las personas ya sea de un mismo grupo generalizado o que compartan similitudes que a breve vista podrían ser consideradas como tal, pero que mediante el implemento del test en la evaluación psicológica dejarían de ser ya similitudes y pasaran a ser diferencias o viceversa (Anastasi y Urbina, 1998).

1.2.3. Fases de la evaluación.

Aunque, Fernández-Ballesteros,(2011) integra 7 fases dentro de la evaluación denominando a esto proceso de evaluación psicológico intervenido-valorativo (Recogida de información, primera formulación de hipótesis, contrastación inicial, comunicación de resultados, plan de tratamiento y su valoración, tratamiento y valoración), creo conveniente presentar aquí 4 fases que están dentro de la evaluación.

Tabla 4. Fases de la Evaluación.

Fase	Descripción
Planeación	Esta primera fase pretende, saber y entender el motivo de la consulta y conocer la situación específica del problema.
Recolección de datos	A continuación se realiza un selección de las mejores herramientas o fuentes de información que se acoplen al problema, por ejemplo, entrevista, observación, test etc.
Inferencia	En este punto se toma decisiones y se da respuesta a las cuestiones planteadas por el cliente o sujeto de la forma más completa posible
Transmisión de resultados	Finalmente una vez obtenida toda la información necesaria, estos datos deben ser manejados correctamente para ser informados al paciente o persona que necesite la información en casos especiales (padres de un menor de edad)

Fuente: Fundamentos de la Psicología Clínica (2001)
Elaboración: Romero (2015)

En conclusión, la tabla 4 refleja las fases que he considerado para este trabajo, como mencioné en el párrafo anterior, Fernández Ballesteros integra a este proceso de evaluación el proceso de intervención en un solo proceso, pero he creído conveniente trabajar estos procesos de forma separada para que cada proceso sea comprendido por el lector.

1.2.4. Guías Para el Proceso de Evaluación (GAP).

La evaluación es uno de los procesos más importantes dentro de la psicología y más aun dentro de la psicología clínica, razón por la cual se pretende exponer a los estudiados en el tema, una guía para el proceso de evaluación permitiendo así crear una estandarización en la evaluación.

Ya que la psicología clínica aún se encuentra en pleno auge, es de vital importancia tener claro que exige cada situación dentro del proceso de evaluación. De esta manera se expone ciertos criterios a considerar a la hora de querer una evaluación correctamente realizada.

1.2.4.1. Principios, normas, estándares y guías.

De acuerdo con el Webster's New World Thesaurus, un principio es una ley fundamental, una norma es un modelo, un estándar es una regulación, y una guía es una indicación de los límites o ámbito de aplicación de una tarea.

Cabe señalar que, los principios, normas, estándares y guías tratan de afianzar de una manera más significativa al proceso de evolución, permitiendo que esta se adjunte no solo al tema de aplicación de test, sino más bien tomando a los test como una parte de la evaluación psicológica, dándole así su importancia dentro de la psicología.

Es así que, los estándares para la evaluación psicométrica hacen referencia principalmente a la construcción de test; los criterios para los proveedores de test se refieren a su publicación y distribución; las guías para la traducción de test están relacionadas con la utilización de un test dado -desarrollado en una cultura o área social- en otra cultura; las normas para aquéllos que aplican los test se interesan por la experiencia y acreditación profesional de quienes los aplican, así como por los derechos de quienes los reciben (Fernández-Ballesteros et al., 2003)

1.2.4.2. Garantías de un test.

“Una prueba o test psicológico es un procedimiento estandarizado para obtener muestras del comportamiento y describirlo con puntuaciones o categorías” (Cullari, 2001).

Para la aplicación de un test es necesario que este cuente con algunas características o a bien decir normas que deben cumplir, para ser utilizados en las evaluaciones psicológicas ya que de esto dependerá en parte el diagnóstico de la evaluación.

Estandarización:	<ul style="list-style-type: none"> •Esta supone uniformidad en los procedimientos, es decir las condiciones del exàmen tienen que ser las mismas para todos.
Medición Objetiva de dificultad	<ul style="list-style-type: none"> •La complejidad del test debe ser acorde a lo que pretende medir, de fàcil a difícil
Confiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> •Cuando la puntuación del tests aplicado es consistente se podría decir que la prueba es confiable
Validez	<ul style="list-style-type: none"> •El tests debe medir lo que pretende medir, debe existir una correlacion entre la calificación y lo real

Figura 1. Características en un tests
Fuente: Tests psicológicos (1998)
Elaboración: Romero (2015)

Ahora bien, que los test cumplan con requisitos que garantice su calidad es fundamental para su aplicación, si no fuera así, será poco probable el uso de los mismos, pues su información no serviría para emprender una correcta evaluación (Fernández-Ballesteros, 2011).

1.2.4.2.1. Antecedentes históricos de los test.

En la tabla 5 se expone una línea de tiempo con datos relevantes sobre antecedentes de las pruebas psicológicas ya que conocer la historia y el surgimiento de algunos datos sobre los tests podría ampliar nuestro entendimiento sobre los tests actuales.

Tabla 5. Línea de tiempo, tests psicológicos

Fechas	Evento
1838	Esquirol, distingue entre los insanos y los que sufrían retardo mental
1837	Seguin, establece la primera escuela de niños con retardo mental
1848	Crea técnicas de entrenamiento sensorial y muscular
1879	Wundt fundó un laboratorio en donde se formaron los primeros psicólogos experimentales
1883	Galton fue pionero en la aplicación de escalas de calificación y cuestionarios
1884	Dio paso al inicio del movimiento psicométrico Se dio cuenta de la necesidad de medir las características de personas que

	estaban y no aparentadas, formulo métodos estadísticos para el análisis de datos
1890 1893	Cattell misionó el término “test mental” por primera vez, en uno de sus artículos Monto una exhibición en donde se realizaban pruebas de procesos perceptuales, sensoriales y motoras simples.
1905	Binet-Simon prepararon la primera escala de nivel mental Adaptaron una segunda escala de nivel mental
1916	Terman desarrollo el Stanford-Binet en donde utilizo por primera vez el CI
1917	Psicólogos del ejercito desarrollaron el Alfa y Beta como modelo de los test colectivos
1945	Aparición de los tests de aptitudes múltiples
1947	Aplicación de pruebas para el ingreso a las universidades de Estados Unidos
1959	Las pruebas de aprovechamiento se utilizaban también para selección de personal

Fuente: Tests Psicológicos (1998)
Elaboración: Romero (2015)

En resumen, Galton, Binet y Cattell son tres autores que considero pioneros dentro de la psicología clínica, y a su vez estos son los principales autores del reconociendo de los test, su aplicación y su utilidad, si bien es cierto, otros autores también permiten el surgimiento de los test dentro de la evaluación psicológica, pero sin restar importancia, los pioneros que mencione al inicio dejan pautas para que los test evolucionen y tengan la importancia que ahora tienen dentro de la evaluación psicológica.

1.2.4.2.2. *Aplicación de test y evaluación psicológica.*

En este apartado se hace referencia a las diferencias no solo conceptuales de aplicaciones de tests, y evolución psicológica, ya que se ha creado una confusión en estos dos aspectos. (Cullari, 2001) Señala:

La evaluación se define como el proceso por medio del cual se evalúan las características, fortalezas y debilidades de un individuo como base para tomar decisiones sustentadas en la información. El termino incorpora una amplia variedad de actividades que van desde la evolución descriptiva, y funcional o bien, la evaluación prescriptiva. (p. 27-28)

De igual manera (Fernández-Ballesteros, et al., 2003) señalan que la “aplicación de tests es el proceso de administrar, puntuar e interpretar un tests psicológico”. De acuerdo a lo antes mencionado el concepto de evaluación no se refiere a la aplicación de los tests psicológicos, la evaluación psicológica va más allá de este proceso.

Sin embargo el uso del tests es fundamental en el proceso de evaluación, no es el único instrumento o herramienta a utilizarse en este proceso, puesto que en la actualidad la evaluación es más que la aplicación de tests psicológicos, y una de las razones para descartar el uso del tests como única herramienta en la evaluación se lo evidencia en el siguiente enunciado “ninguna prueba psicológica puede hacer más que medir el comportamiento, y que este sirva como índice de otra conducta solo lo establece un experimento empírico” (Anastasi y Urbina, 1998, p.5).

1.2.4.2.3. Tipos de pruebas psicológicas.

Primero, la mayoría o por no decir todas pruebas psicológicas son de difícil acceso para personas particular, esto se debe a que cada test cuenta con normas preestablecidas y el hecho de restringirlos permite que el uso de los mismo sea exclusivamente por personas especializadas y no por personas posiblemente inexpertas y porque no decir mal intencionadas.

No obstante, expongo aquí algunas referencias de algunos test que son utilizados en diferentes ámbitos y situaciones acorde al problema o motivo de consulta.

Tabla 6. Tipos de pruebas psicológicas.

Tipo	Descripción	Test
Pruebas de inteligencia y pruebas de relación	Las pruebas de inteligencia muestran generalmente una amplia serie de habilidad mental del examinado. Las pruebas de habilidad o inteligencia se usan para evaluar el nivel intelectual general de un individuo.	WISC WIPPSI WAIS de Kauffman
Pruebas y baterías de pruebas neuropsicológicas	Se usa para la evaluación de quienes se sospecha o no se sabe que sufren daño cerebral.	Escala de depresión de Zung
Pruebas de	Miden los rasgos, las causas o los	Cuestionario

personalidad	comportamientos que determinan la individualidad de la persona.	multifactorial de liderazgo
Pruebas de intereses y valores	Evalúan la preferencia de un individuo por ciertas actividades o valores	El SPECI o Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil de M. Garaigordobil y C. Maganto

Fuente: Fundamentos de la Psicología Clínica (2001)
 Elaboración: Romero (2015)

La tabla 6 indica algunos de los test los cuales están distribuidos a diferente uso, o necesidad. Cronbach (1990) señala que:

Un test es un procedimiento sistemático para observar la conducta y describirla con la ayuda de escalas numéricas o categorías establecidas, el evaluador recoge la información preguntando y observando a todas las personas de la misma manera, en las mismas o en comparables situaciones.

Cuando se habla de evaluador, se habla de una persona preparada, con conocimientos extremos para aplicar o utilizar un test, como lo he mencionado en párrafos anteriores, cada test tiene distintos fines de uso, es por eso que es muy recomendable que un profesional en evaluación sea quien use esta herramienta.

1.3. Diagnóstico psicológico.

1.3.1. Sistemas de clasificación y diagnóstico.

Para complementar una excelente evaluación psicológica, el diagnóstico es el juicio que establece el psicólogo clínico para contrastar la información recogida de cada uno de los instrumentos o técnicas aplicadas a un individuo y es ahí donde recae la importancia del diagnóstico dentro de la psicología. Camacho (2006a) afirma:

Los diagnósticos son construcciones que nos permiten caracterizar ciertas problemáticas humanas, los mismos se realizan mediante la observación, la

recolección y el análisis de ciertos datos. Es importante destacar que los diagnósticos no son la realidad, son meras construcciones que tienen alguna utilidad, pero al diagnóstico no podemos tomarlo como una realidad en sí, tal como los miedos, incertidumbres o deseos que las personas pueden tener

1.3.1.1. *Signos y síntomas*

Los síntomas y signos son importantes a la hora de establecer un diagnóstico, es por eso que considero importante hablar un poco de eso. Camacho, (2006b) menciona:

Los síntomas son aquellos datos que las personas refieren y no pueden ser observados directamente por el clínico, son las descripciones subjetivas que da el paciente, tal como la sensación de vacío o el desgano por ejemplo y llamamos signos a aquellos observables clínicos que no necesitan del relato de la persona y pueden ser percibidos directamente, son hallazgos objetivos, ya sean hechos por un familiar, un amigo o el terapeuta, como por ejemplo el llanto o la sudoración excesiva.

Los síndromes son un grupo de signos y síntomas que suelen aparecer juntos y son identificables, pero que no tienen una entidad tan claramente definida como los trastornos o las enfermedades; de hecho, en el campo psicológico y psiquiátrico, siendo rigurosos, la mayoría de los cuadros son síndromes. (Párr.)

A continuación, es necesario mencionar los principales instrumentos para realizar un diagnóstico entre ellos tenemos los siguientes: El Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Tabla 7. Características de los instrumentos para un diagnóstico

Descripción	Manual Diagnostico y Estadístico (DSM)	Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)
Propósito	<p>“El manual está hecho para la clasificación de trastornos mentales y no de personas, en el mismo se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada cuadro. Estos criterios incluyen listas de características que deben estar presentes para establecer un diagnóstico” (Camacho, 2006).</p>	<p>Permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.</p>
Utilidad	<p>La utilidad y credibilidad del DSM exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos.</p>	<p>Convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.</p>
Ejes	<p>Eje I: se describen los trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno, y que pueden ser objeto de atención clínica (por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, etc.).</p> <p>Eje II: se especifica si hay algún trastorno de personalidad de base, algún trastorno del desarrollo, o retraso mental (por ejemplo: trastorno de</p>	<p>Eje I: Diagnósticos clínicos. Engloba toda la patología, psiquiátrica, médica en general y de la personalidad. No hace distinción entre psiquiatría con el resto de la medicina y la asistencia psiquiátrica con el resto de la asistencia sanitaria.</p> <p>Eje II: Discapacitación social. Valora cuatro áreas</p>

	<p>personalidad límite, trastorno autista, retraso mental moderado, etc.).</p> <p>Eje III: se especifican afecciones médicas que presente el paciente. La enfermedad física puede ser causa, consecuencia o no estar relacionada con el trastorno mental.</p> <p>Eje IV: se describen tensiones psicosociales y ambientales en la vida del paciente que contribuyen, de manera significativa, al desarrollo o exacerbación del problema actual (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).</p> <p>Eje V: se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), facilita el diseño del plan terapéutico y ayuda a evaluar los resultados</p>	<p>de funcionamiento social (personal, familiar, laboral, social amplia). Hay una relación inversa entre la discapacidad y la calidad de vida.</p> <p>Eje III: Factores ambientales y relativos al estilo de vida que hacen referencia a la enfermedad. Abarca tanto circunstancias del pasado como del momento actual.</p>
--	--	---

Fuente: Superintendencia de servicios de salud, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1995

Elaboración: Romero (2015)

Llegado a este punto, en la tabla 1 se hace mención a las fechas trascendentales de la psicología clínica, en la misma se hace referencia a distintas publicaciones que ha realizado la APA del DSM- I al DSM-V, a continuación en la tabla 8 se detalla con más claridad la evolución y características de los instrumentos que se utilizan para poder obtener un diagnóstico.

Tabla 8. Características del DSM-V

El 18 de mayo de 2015, la Asociación Americana de Psiquiatría presento oficialmente la última versión del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales	
DESCARTA DEL DSM-IV	LO NUEVO DEL DSM-V
<ul style="list-style-type: none"> - El diagnóstico multiaxial. - La exclusión del duelo en la depresión. - El Trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado. - La transexualidad como un trastorno 	<ul style="list-style-type: none"> - Los trastornos se enmarcan en cuanto a la edad, sexo y características del desarrollo. - Los trastornos del desarrollo van primero y al final los neurocognitivos. - Trastorno por atracción. - Trastorno de Excoriación. - Trastorno de acaparamiento. - Trastorno disfórico premenstrual. - Trastorno neurocognitivo leve. - Incorpora Trastorno por consumo de sustancias. - Se ha modificado el trastorno por déficit de atención. - Se ha incorporado 4 grupos de síntomas en Trastorno por estrés postraumático - Se incluyen 2 categorías en el Trastorno depresivo mayor.

Fuente: INFOCOPONLINE Revista Psicológica
Elaboración: Romero (2015)

Enfatizando uno de los objetivos de nuestra investigación en donde se plantea actualizar los diagnósticos del Manual DSM-IV al DSM-V, es necesario conocer y aclarar las características que tiene este último ejemplar el Manual DSM-V

1.4. Intervención en psicología

1.4.1. Plan de tratamiento e Intervención

El tratamiento es una de las partes clave de la intervención, digo clave porque en este punto es donde todo el conocimiento que el psicólogo tiene sobre evaluación, diagnóstico e intervención se pone en lo más alto de su capacidad, ya que en este momento es donde se cumplirá objetivos, necesidades y peticiones del cliente, así lo manifiesta Santacreu (2011), “el tratamiento es el conjunto de operaciones que el psicólogo diseña con el cliente para lograr los objetivos acordados”. Si bien es cierto este trabajo no se enfocará en las intervenciones y se limitará al diagnóstico, pero es importante saber que los procesos de intervención en sí mismo requieren un estudio por separado, por su amplitud y complejidad, tal como lo describo aquí.

1.4.1.1. Planificación del tratamiento por objetivos

A mi modo de ver, una vez conocido el motivo de consulta, el psicólogo está ya en la capacidad de darle algo de dirección a toda la evaluación, pero no es hasta la recogida de información y el diagnóstico en donde puede estar más seguro de lo que se desea de la evaluación, y en este punto es donde se plasma la estrategia del cómo cumplir los objetivos de la misma. Cabe destacar que el terapeuta no es el que da los objetivos de la intervención, es el paciente o cliente quien da los motivos de la misma, siendo el psicólogo un guía quien sabe cómo resolver el problema (Santacreu, 2011)

1.4.1.2. Diseño de un tratamiento

Ya que el tratamiento es cualquier forma de intervención psicológica cuyo objetivo es el cambio de comportamiento (Fernández-Ballesteros, 2011) conviene mencionar el tipo de terapia que se le dará al paciente, el cual variaría según el tiempo. Tal como lo refiere (Fernández-Álvarez, Bregman, García y Scherb, 1996) quienes usan de un criterio tripartito para clasificar la extensión de los tratamientos en: *breves*, los cuales abordan objetivos focalizados, generalmente unisintomáticos, de poca evolución en la demanda, suelen no exceder los seis meses de tratamiento y no suelen sobrepasar las 50 sesiones, e incluso la mayoría se cumple en un número menor a ése. *Los intermedios y prolongados en su centro asistencial*, suponen varios objetivos articulados entre sí, con menor grado de focalización

aunque abarcables desde el diseño inicial del tratamiento, pueden durar entre uno y tres años y su frecuencia más habitual es la de 2 sesiones semanales.

De igual manera conviene señalar que dentro del diseño del tratamiento, se establece los instrumentos a utilizar, y de esta manera ir contrastando el cambio que se pretende con el tratamiento.

1.4.2. Valoración de resultados

Una vez aplicados los instrumentos correspondientes, es necesario evaluar o verificar si la conducta del paciente se ha modificado o es diferente a la conducta inicial.

Al mismo tiempo se prevé, constatar si el cliente está satisfecho con el resultado de la terapia, del mismo modo el evaluador debe constatar si sus objetivos se han cumplido (Fernández-Ballesteros, 2001), e incluso en este punto es donde se puede dar un pronóstico luego de la intervención, esperando que no existan recaídas por parte del paciente.

CAPITULO 2
METODOLOGIA

2.1 Tipo de investigación.

Cualitativa: Recolección de datos sin profundizar en la estadística con el fin de ver la calidad de los datos obtenidos y analizarlos para tener una mejor interpretación, sin basarse exactamente en la medición numérica (Hernandez, Fernandez, & Bastidas, 2010).

2.2. Diseño de la investigación.

El estudio de caso como una estrategia: Adopta una estrategia, la cual puede ser documental, estudio de caso, historia de vida, estudio biográfico, investigación-acción o método histórico. Como puede observarse, los estudios de caso pueden ser una estrategia de investigación específica. (Muñiz 2010, p. 2)

2.3. Herramientas.

Biografías e historias de vida.- Esta herramienta permite recolectar datos, mediante documentos o registros, puede ser individual o colectiva (Fernández et al 2010).

2.4. Objetivos.

2.4.1. General: Analizar y describir casos clínicos presentados por los estudiantes de la titulación de psicología de la MaD. de los periodos comprendidos en el año 2013 a 2014.

2.4.2. Específicos.

- Estudiar los casos más representativos de los periodos febrero 2013 a febrero 2014 y abril agosto 2014, según los criterios de inclusión y exclusión.
- Elaborar un repositorio de casos de los estudiantes de MaD de los periodos comprendidos en los años 2013 a 2014.
- Actualizar los diagnósticos del DSM-IV al DMS-V.

2.5. Descripción de la muestra

2.5.1. Población: Prácticas clínicas de los estudiantes de modalidad abierta y a distancia de la titulación de psicología de los periodos febrero 2013 a agosto 2014.

2.5.2. Muestra: 155 historias clínicas

2.5.3. Criterios de exclusión:

- Casos clínicos que no cumplan con los formatos establecidos en las prácticas.
- Criterios diagnósticos no argumentados correctamente.
- Casos con informe inadecuado.

2.5.4. Criterios De Inclusión:

Casos clínico de los estudiantes de modalidad abierta y a distancia de la titulación de psicología de los periodos comprendidos en los años 2013 a 2014 de la U.T.P.L.

2.6. Técnicas.

2.6.1. Historias clínicas (Historias de vida): Instrumento en donde se agrupa la información de un individuo con el fin de tener detalles de cada situación y acontecimiento que manifiesta el paciente, de esta manera el psicólogo podrá revisar esa información para fines relevantes con respecto a sus pacientes.

2.6.1.1. Estructura de la Historia Clínica

Datos de Identificación: En este apartado se debe indicar el nombre, edad, instrucción, género y cualquier otro dato relevante para el caso, si el paciente es menor de edad se indicara el nombre de los padres, tutores o persona más allegada al niño y/o adolescentes menores de 18 años.

Motivo de consulta: En este apartado se describe el problema o aconteciendo que aqueja al paciente, en alguno de los casos, son los familiares o allegados al paciente quienes describen el motivo de consulta.

Historia de la Enfermedad: Aquí se detalla el problema, el inicio y la evolución de la enfermedad.

Psicoanamnesis: En este paso, tendremos información del paciente sobre su desarrollo evolutivo con el fin de acercarnos al problema, de igual manera tendremos información relevante de familiares que hayan tenido características iguales a su problema.

Evaluación de Funciones: Aquí se evalúa cada una de las funciones de la persona.

Diagnostico presuntivo: Con las primeras notas del caso el Psicólogo podrá emitir ya un criterio sobre el posible problema que tiene el paciente.

Resultado de las pruebas: Con el fin de llegar a un diagnóstico definitivo, el Psicólogo planteara la aplicación de instrumentos específicos para contrarrestar la información recolectada.

Diagnóstico diferencial: Gracias a la contrastación realizada descartaremos aquellos criterios que confundirían el diagnóstico definitivo, el diagnóstico diferencial se lo realiza con la ayuda de los manuales diagnósticos (DSM o CIE).

Diagnóstico definitivo: Tomando en cuenta toda la información recolectada, se de llegar a un diagnóstico que se vea sustentado con toda la información recolectada y se evidenciara de acuerdo a los criterios que están establecidos en los manuales diagnósticos, este diagnóstico orientara la intervención y tratamiento a seguir por parte del psicólogo.

- Evaluación y Justificación de cada EJE

- EJE I Trastornos clínicos/otros problemas que pueden ser objeto de atención
- EJE II Trastorno de Personalidad/ Retraso Mental
- EJE III Enfermedades Médicas
- EJE IV Problemas Psicosociales y Ambientales
- EJE V Escala de Evaluación de Actividad Global

2.7. Proceso Metodológico.

En la figura 2 presento los pasos a seguir en este proceso para obtener los resultados deseados desde la obtención de los informes de los estudiantes, hasta las fases para el análisis de cada una de las historias clínicas.



Figura 2. Proceso Metodológico
Elaboración: Romero (2015)

De igual manera en la tabla 9, detallo las fases del proceso, con cada una de las características o criterios que se consideran para filtrar las historias clínicas.

Tabla 9. Características de la población/muestra

Historias Clínicas		Criterios
Muestra	155	– Prácticas clínicas estudiantes de la Modalidad Abierta y a Distancia 2013-2014.
Primer Filtro	20	– Datos de identificación. – Motivo de consulta. – Historia de la enfermedad. – Psicoanamnesis personal y familiar. – Evaluación de funciones. – Diagnóstico presuntivo. – Resultados de las pruebas. – Diagnóstico diferencial. – Diagnóstico Definitivo. – Recomendaciones. – Evaluación multiaxial y justificación de cada eje.
Segundo Filtro	6	– Justificación del diagnóstico definitivo según información recogida y Manual Diagnóstico utilizado.

Elaboración: Romero (2015)

Primero, en la recolección de datos solicite los informes completos de las prácticas clínicas a cada uno de los estudiantes de la modalidad a Distancia comprendidos en los periodos 2013 y 2014, luego organice las mismas según el año ya que algunas prácticas clínicas no correspondían a los periodos de la muestra, seguidamente procedí a establecerlas según los criterios de inclusión y exclusión, a continuación diseñamos las fases que servirán como filtro para obtener los resultados deseados.

Fase 1: En la primera fase, con una muestra de 155 historias clínicas, que cumplían con el criterio de actualidad y el formato establecido de una historia clínica, las mismas pasan al segundo filtro o fase.

Fase 2: En esta fase, el análisis fue mucho más riguroso, es decir, la lectura detallada de estas permitió descartar un gran número de casos, por la manera incorrecta de fundamentar cada uno de los pasos de una historia clínica, más aun de los diagnósticos.

Fase 3: Finalmente, el resultado de todo el análisis fue 6 historias clínicas que considere para el repositorio y actualización de criterios diagnósticos.

CAPITULO 3
RESULTADOS Y ANALISIS

A continuación en la tabla 10, presento el repositorio de los casos que cumplen con todos los criterios de inclusión explicados en la metodología y seguidamente en la tabla 11 presento el detalle de los resultados, con su respectivo centro de aplicación, el trastorno establecido según el DSM-IV y actualizado este diagnóstico al Manual DSM-V.

Tabla 10. Repositorio de casos.

Criterios	Caso 1 (ANEXO 2)	Caso 2 (ANEXO 3)
Datos de Identificación	Nombre: NN Edad: 8 años Instrucción: Primero de Básica Género: Masculino, Soltero Información brindada por: Ambos padres	Nombre: NN Edad: 17 años Instrucción: Primero de Bachillerato Género: Masculino, Soltero Información brindada por: Rector, Abuelos paternos
Motivo de consulta	Falta de estructuración de palabras, comunicación con señas, distracción, dificultad para realizar tareas y culminarlas.	Poco respeto por la autoridad, miente, no obedece.
Historia de la enfermedad	Se cayó de cabeza a los 9 años Estudio de un EEG y terapia posibles problemas del lenguaje, volvió a terapia a los 5 años	Ingreso a ese colegio hace 2 años NN considera son bromas las mentiras que infunde.
Psicoanamnesis personal y familiar	Desarrollo normal hasta el año y medio	Divorcio de los padres. Vive con sus abuelos paternos. Malas amistades.
Evaluación de funciones	Presento dificultades en los siguientes criterios: Conocimiento corporal, dominio lateral, percepción visual, percepción auditiva. En la evaluación se percibe cansancio excesivo	Poco gusto por su antiguo colegio debido a “mucha hipocresía”, extraña a sus antiguos compañeros, mala relación con sus padres por divorcio, principalmente con su padre, disgustos por dinero.

Diagnóstico presuntivo	Retardo en sus funciones básicas	Trastorno negativista desafiante
Pruebas Aplicadas	Test de Funciones Básicas	TAT
Diagnóstico diferencial	F70.9 Retraso Mental de gravedad no especificada [317]	F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]
Diagnóstico definitivo	F70.9 Retraso Mental de gravedad no especificada [317]	F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]
Recomendaciones	<p>Estudio de evaluación con especialista para que se consulte el diagnostico expuesto y de esta manera planificar el correcto tratamiento que se le debe dar a NN en la casa, en la escuela y en los lugares en donde se desenvuelve NN es decir para que se le brinde tratamiento multidisciplinario</p> <p>A los padres: Evitar el castigo físico y la censura en público, estimular su lenguaje con ejercicios de repetición y reforzar su memoria con juegos lúdicos</p>	Orientar a los abuelos para ayudar a NN, dentro de la institución brindarle más confianza a NN y desarrollar espacios extra clases para mantener a NN en actividades que le permitan desarrollar sus fortalezas y así fortalecer su estado de ánimo y desechar sus malas conductas
Pronóstico	Pronóstico favorable para NN	El pronóstico es muy favorable.
Evaluación multiaxial y justificación de cada eje	<p>EJE I: Z03.2 No hay diagnostico</p> <p>EJE II: F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada, F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo</p> <p>EJE III: Ninguna</p> <p>EJE IV: Grupo = Enseñanza, económicos, psicosociales.</p>	<p>EJE I: F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]</p> <p>EJE II: R46.8 Diagnostico aplazado</p> <p>EJE III: Ninguna</p> <p>EJE IV: Grupo = primario, económico</p> <p>EJE V: Puntuación = 72, Periodos de tiempo = Actualidad</p>

	EJE V: Puntuación= 75, Periodo de tiempo=Actual	
Criterios según el DSM-IV	<p>F70.9 Retraso Mental de gravedad no especificada [317]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criterio A: Limitación en su comunicación, en habilidades escolares. (Deficiencia en sus funciones básicas) - Criterio B: Edad De inicio antes de los 18 años (8años) 	<p>F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criterio A: negarse a cumplir las demandas de los padres, discutiendo con compañeros y adultos. - Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas - Ser rencoroso o vengativo - Deterioro en la actividad académica. - El trastorno de manifiesta más en el ámbito familiar.
Criterios	Caso 3 (ANEXO 4)	Caso 4 (ANEXO 5)
Datos de Identificación	<p>Nombre: NN</p> <p>Edad: 29 años</p> <p>Instrucción: Superior</p> <p>Género: Femenino, soltera</p> <p>Información Brindada por: Paciente</p>	<p>Nombres: NN</p> <p>Edad: 22 años</p> <p>Sexo: Femenino</p> <p>Instrucción: Hasta el primer año de universidad, casada</p> <p>Información brindada por: Paciente</p>
Motivo de consulta	Paciente en remisión por consumo de drogas, expresa temor a recaer, angustia por maltrato en centro de rehabilitación.	Paciente no controla su ira, cambia de ánimo con facilidad, es violenta con sus hijos.
Historia de la enfermedad	Novio de NN consumía drogas, la golpeaba para que ella consuma durante 1 años Familia de NN la enviaron al centro de rehabilitación	NN se casó hace 4 años, y comenta que desde el inicio de su matrimonio siente que no puede controlar su ira.
Psicoanamnesis personal y familiar	Padres se separan cuando NN tenía 12 años, a los 14 ingresos al coro de su iglesia. A los 20 años dejó el	NN proviene de una hogar disfuncional, sus padres se separaron por motivos de trabajo, su esposo tiene

	<p>coro porque entro a la universidad y empezó a trabajar.</p>	<p>antecedentes de alcoholismo pero actualmente no ha recaído en el alcohol, tiene un hijo de 4 años</p>
<p>Evaluación de funciones</p>	<p>Área cognitiva: Al momento de la evaluación la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio, y persona, está consiente, y muy atenta y dispuesta a recibir ayuda.</p> <p>Área afectiva: Se puede observar tristeza. Tiene mucho temor a recaer. Hay mucho llanto sobre todo al recordar la separación de sus padres y su temor a recaer en las drogas. Se siente sola, distantes de sus padres y de sus hermanos.</p> <p>Área interpersonal: Es bastante comunicativa. Se muestra muy colaboradora al responder las preguntas de la evaluación.</p> <p>Área Conductual: Se muestra muy tranquila, aunque si es visible su preocupación ante la posibilidad de una recaída.</p>	<p>Al momento de la evaluación, la paciente se muestra comunicativa, nerviosa, orientada, consiente y preocupada por el problema que causado su actitud desenfrenada de la ira, menciona que desea superar su dificultad con el carácter, se evidencia conflictos por abandono de su madre carencia de afecto sufrido en su hogar materno, anhelos académicos frustrados, no existe un plan de vida a futura, al momento muestra una relación poco afectiva y distante con todos los miembros de la familia de la casa paterna, refiere que si está contenta de su matrimonio.</p>
<p>Diagnostico presuntivo</p>	<p>Crisis de Angustia como consecuencia del proceso desintoxicación y abstinencia</p>	<p>-</p>
<p>Resultados de las pruebas psicológicas</p>	<p>Test Proyectivo CAP (Casa – Árbol – Persona). TAT (Test de Apercepción Temática)</p>	<p>- Cuestionario investigativo de la Personalidad CIP - Aplicación del Test proyectivo HTP - Aplicación del Test de la Depresión de Hamilton - Aplicación del Test de Ansiedad de Hamilton</p>

Diagnóstico diferencial	F60.7 Trastorno de la Personalidad por dependencia. [301.6] F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83]	Trastorno Especifico de la Personalidad (F60) Trastornos Mixtos de la Personalidad (F61.0)
Diagnóstico definitivo	F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83]	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (F60.30)
Recomendaciones	Terapia individual para acompañar a la apaciente en el periodo de abstinencia. Brindar ayuda a la familia con un programa en donde se les explique el cómo podrían sobrellevar y ayudar a NN	Realizar actividades deportivas al aire libre Fortalecer el vínculo afectivo con el núcleo familiar de origen y propio.
Pronostico	El favorable.	Pronóstico Favorable.
Evaluación multiaxial y justificación de cada eje	EJE I: Z03.2 Ninguno EJE II: F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83] EJE III: Enfermedades del sistema respiratorio EJE IV: Grupo primar = Perturbación familiar por separación. EJE V: Puntuación = 65, Periodo de tiempo = Actual	Eje I: Z03.2 Ninguno Eje II. F60.30 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad De Tipo Impulsivo Eje III: Ninguna Eje IV: Problemas Relativos al grupo familiares= con su madre por abandono, padre alcohólico, Problemas relativos al Ambiente: vivir sola, adaptación a la transición, De soltera a ser casada, de estudiante a madre. Problemas de vivienda=viven en la casa de los suegros. Problemas económicos= el ingreso diario de su esposo no es suficiente para mantenerse todos. Problemas laborales=la paciente es desempleada, no

		consigue Una plaza de empleo. Eje V: Puntuación= 70, Periodo de tiempo= Actual
Criterios según el DSM-IV	F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83] - Criterio 1: Intenso temor al abandono cuando se produce cambios en los planes. - Criterio 2: Relaciones inestables e intensas. - Criterio 3: Cambios bruscos en las aspiraciones profesionales. - Criterio 4: Impulsividad en áreas peligrosas para ellos mismos. - Criterio 5: Automutilación. - Criterio 6: Inestabilidad afectiva.	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (F60.30) - Inestabilidad emocional. - Ausencia de control de impulsos. - Explosiones de violencia. - Personalidad explosiva y agresiva.
Criterios	Caso 5 (ANEXO 6)	Caso 6 (ANEXO 7)
Datos de Identificación	Nombre: NN Edad: 11 años Sexo: Femenino Instrucción: Séptimo año de Educación Básica, Soltera Información brindada por: Tía (Madre Adoptiva)	NOMBRE: NN EDAD: 12 años INSTRUCCIÓN: Tercero de Básica GÉNERO: Femenino, Soltera INFORMACIÓN BRINDADA POR: Tía materna
Motivo de consulta	NN con comportamiento inadecuado en la escuela, se burla y pelea con sus compañeros, no obedece a sus maestros y se fuga de clases.	NN sufre abandono de sus padres, maltrato físico y verbal, NN llora sin motivos y se esconde, existencia de posible abuso sexual por parte del padre.
Historia de la	La madre de NN comenta no ha presentado algún	No se pudo realizar la entrevista con los padres, pero la tía

enfermedad	cambio en la conducta en su hogar, refiere que es muy obediente y hace los mandados. Pero los maestros le han manifestado que NN ha cambiado desde el inicio de este año escolar.	comenta que desde hace 4 meses la niña presenta estos comportamientos, se la encontró en un terreno cercano a la casa llorando y temblando, ella recalca que sus padres han descuidado a NN en todo los sentidos.
Psicoanamnesis personal y familiar	La historia familia de NN es muy disfuncional, su familia vivía en Colombia en un lugar controlado por la guerrilla, sus padres fallecieron en un ataque en su casa, NN presencio todo, pero no le hicieron, desde ese entonces, su tía es quien la adopto.	NN proviene de una familia nuclear, tiene un hermano mayor de 18 años quien es independiente, hace 3 años su hermana de 12 años falleció por causas desconocidas y NN es la tercera hija de la familia. La tía sostiene el nulo interés que tienen los padres con NN.
Evaluación de funciones	<p>Área Cognitiva: Al momento de la evaluación la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona.</p> <p>Área Afectiva: La paciente está muy contenta y se muestra muy cordial, evidencia curiosidad por saber de qué se trata la consulta psicológica.</p> <p>Área interpersonal: Se muestra muy conversadora y muy colaboradora durante la evaluación.</p> <p>Área Conductual: Se muestra un poco inquieta, se mueve bastante sin levantarse de su asiento. Se distrae con lo que sucede alrededor pero sin desconectarse de la entrevista que estamos desarrollando.</p>	NN con voz entre cortada menciona “mi mamá toma bastante trago y también mi papa... siempre me pegan porque no he cocinado nada... también me baña mi mama en agua fría... y me voy a la escuela con el uniforme mojado...” Luego de una pausa y alguna lagrima menciona: “en mi escuela me dicen sucia y apestas por eso no me llevo contigo...”
Diagnostico presuntivo	Negligencia de la Infancia. T 74.0	Estrés post traumático

		Trastorno de Ansiedad no Especificada Trastorno de Ansiedad Generalizado
Resultados de las pruebas psicológicas	Aplicación del Test de Roberto y Rosita. Aplicación del Test CAP (Casa – Árbol - Persona).	Test de la Familia. HTP. Test de persona bajo la lluvia.
Diagnóstico diferencial	Problemas paterno-filiales Z 63.1 <i>la atención clínica es el niño</i> Trastorno de ansiedad por separación F 93.0 Negligencia de la infancia T 74.0	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02] F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático [309.81] F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]
Diagnóstico definitivo	Negligencia de la infancia T 74.0	F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]
Recomendaciones	A la madre: Prestar más atención a NN, fortalecer los lazos con diálogos salidas, ir a la institución y aclarar el tema del bullying a NN. En la escuela: desarrollar actividades de grupo para que los alumnos se conozcan más y evitar burlas o discusiones entre ellos.	Solicitar ayuda legal para que se compruebe la posible violación, y tomar medidas pertinentes. Estimular su desarrollo.
Pronostico	Pronóstico favorable	Pronóstico favorable
Evaluación multiaxial y justificación de cada eje	EJE I: T 74.0 Negligencia de la infancia EJE II: Ninguno EJE III: Ninguna EJE IV: Grupo primario= Fallecimiento de un familia Problemas relativos al ambiente social= Discriminación EJE V:Puntuación:=80, Periodo de tiempo= Actualidad	EJE I: Motivo de consulta F41.9 Trastorno de Ansiedad no especificada [300.00] EJE II: F70.9 Retraso mental leve [317] EJE III: Ninguna EJE IV: Grupo= Económico, vivienda y psicosociales EJE V: Puntuación= 60, Periodo de tiempo= Actual

Criterios según el DSM-IV	Negligencia de la infancia T 74.0 - El objeto de atención clínica es el niño, por el descuido que se le ha dado.	F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00] - Síntomas de ansiedad y de depresión aunque no cumplen los criterios de ansiedad o de depresión.
----------------------------------	---	---

Elaboración: Romero (2015)

Tabla 11. Trastornos actualizados según el Manual DSM-V

CASO	Centro	Trastorno según el Manual DSM-4	Trastorno según el Manual DSM-5
CASO 1	Unidad Educativa Israel No. 2 Quito	F70.9 Retraso Mental de gravedad no especificada [317]	319 Desarrollo intelectual no especificado (F79)
CASO 2	Unidad Educativa Israel No. 2 Quito	F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]	V61.20 problemas de relación entre padres e hijos (Z62.820)
CASO 3	Centro de Atención Ambulatoria del IESS.	F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83]	301.83 Trastorno límite de la personalidad. (F60.3)
CASO 4	Hospital San Luis Otavalo	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (F60.30)	301.89 Trastorno de la personalidad especificado
CASO 5	Centro de Atención Ambulatoria del IESS.	Negligencia de la infancia T74.0	(F60.89) 995.52 Negligencia infantil confirmada (T74.02XA)
CASO 6	Unidad Educativa Israel No. 2 Quito	F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]	Se mantiene

Elaboración: Romero (2015)

ANÁLISIS

En el resultado se evidencia el escaso rendimiento que hay en estas prácticas, con casi 4% de validez aproximadamente, se demuestra que los criterios diagnósticos no están correctamente definidos, pues están mal fundamentados, ya sea por el uso de un solo test, o por la escasa información relevante, de igual manera, se evidencia que el formato determinado para realizar una historia clínica no es cumplido a cabalidad, las características del mismo no se evidencia en la mayoría de los trabajos, es así como el resultado obtenido deja muchas cosas a considerar para mejorar el manejo de las prácticas a futuro, tales cosas se las plantea en las recomendaciones de esta investigación.

CAPITULO 4
DISCUSIÓN

Antes de empezar a discutir, es necesario traer a flote la diferencia que tiene en sí el estudio de casos y este trabajo de fin de titulación. Una de esas primeras diferencias es que, el estudio de casos va direccionado a las características o criterios considerados a la hora de emitir un diagnóstico, es decir su importancia recae en el diagnóstico mismo, en contestar preguntas como: ¿Cuántas personas tienen depresión? O a su vez ¿Cuántas mujeres u hombres están dentro del diagnóstico definitivo obtenido? mostrando así un análisis estadístico al momento de contestar estas preguntas, ahora bien, el siguiente tema de investigación, contesta preguntas distintas, por ejemplo: ¿Cómo llegaron a obtener el siguiente diagnóstico? o ¿El diagnóstico definitivo de trastorno bipolar, que consta en las prácticas, se estableció correctamente tal como lo señala el DSM-IV o CIE-10? permitiendo así, hacer un análisis descriptivo de los resultados obtenidos, mas no un análisis estadístico o numérico.

Por otra parte, el estudio de casos es una fuente facilitadora de información de un fenómeno (Davison y Neale, 1994), y en psicología detalla características de un trastorno. Partiendo de esto, creo que en la actualidad es factible un estudio de casos con personas especializadas en evaluación y diagnóstico, el enriquecimiento por esta información serviría de gran ayuda en el ámbito educativo, si bien es cierto el presente trabajo deja brechas entre la teoría y la realidad por el resultado obtenido y la mala interpretación de los estudiantes al momento de realizar sus historias clínicas, sin embargo algunos autores manifiestan que una de las desventajas de realizar un estudio de casos es que esto es una base muy pobre para publicar resultados de un caso (Corpeño, Rivera, Fonseca, 2012), tal vez por esta razón es muy escasa la información de publicaciones realizadas con este tipo de estudios, es más afirmo con esta investigación lo antes citado, aun así, este trabajo es factible a la hora de juzgar el desenvolvimiento de los estudiantes, y esto puede generar una puerta a nuevas formas de perfilar estas prácticas clínicas, lo menciono por el paupérrimo trabajo que evidencie, esto no es a modo de queja, por el contrario esto es con el fin de forjar nuevas estrategias dentro de la titulación de Psicología para que el alumno sea competente al momento de realizar sus prácticas clínicas.

En suma, puntualizo lo antes mencionado con los resultados en este trabajo, para empezar, se evidencia la poca labor que los estudiantes realizan en este aspecto, puesto que, tras el proceso de recolección, revisión, organización y análisis, se evidencia aquello, destacando por su puesto el repositorio obtenido, sin embargo, al tener 3% de validez en el resultado, presumo el cómo se maneja este proceso, es decir con respecto al poco conocimiento que

disponen a la hora de realizar sus prácticas, las falencias que constate me permiten emitir hipótesis exploratorias de esto; como estudiante de psicología me siento en la obligación hacer conocer: virtudes y debilidades del desarrollo y formato de estas, a la vez incentivar a que el conocimiento del estudiante de pregrado sea completo para su desenvolvimiento, tanto para los de Modalidad Abierta como Presencial.

Primeramente, tres filtros se establecieron en la metodología de la investigación de igual manera se tomó en cuenta el formato de una historia ya preestablecido en la guía didáctica, sin embargo muchos estudiantes no cumplen con el formato establecido, acentuando 155 historias clínicas como muestra.

Ya en el filtro 1 se redujo el número de historias válidas de 155 a 20 historias clínicas, esto se debe a la revisión íntegra que se realizó, si bien es cierto cuentan con las características del formato preestablecido pero muchas presentan falencias de redacción y podría hasta suponer que muchos estudiantes no tenían claro cada uno de las partes que comprende una historia clínica, esto se evidenció en más de una ocasión al constatar el resultados de las pruebas aplicadas y de la evaluación de funciones; de igual manera, al establecer un diagnóstico diferencial se notó la carencia de información para contrastar el mismo.

A continuación, en el segundo filtro la redacción y capacidad analítica del alumno fue bastante desconcertante, ya que la muestra disminuyó aún más, la manera de conectar sus ideas para redactar es bastante pobre, la sintaxis y gramática deja mucho que desear, ciertamente se puede decir que estas falencias son individuales y corregibles, pero me es oportuno mencionar que estas falencias se podrían modificar con la práctica y la constancia.

Al final de la aplicación de los filtros establecidos, se pudo obtener solamente 6 casos que servirán para la implementación del repositorio de casos; el resultados obtenido es bastante favorable, aunque en un principio por prejujuamiento a simple vista, fui muy incisiva al pensar que la muestra pasaría los filtros sin muchos o ningún error, pero a la hora de evidenciar la realidad, caí en la mínima sorpresa de que las practicas no son desarrolla correctamente, ya mencione anteriormente algunas de las falencias que encontré en ellas, de este modo me permito emitir una serie de supuestos para que a bien cumplir forjarían y fomentarían el desarrollo formativo de los estudiantes de la Titulación de psicología, una de las maneras de hacerlo es devengando pautas que coadyuven a esta formación partiendo de las falencias que se ha encontrado en este trabajo de investigación.

A pesar de las limitaciones que se encontró, es bueno destacar que en este periodo de la muestra, los alumnos de la U.T.P.L. no disponen de convenio institucional, sin embargo cuentan con centros favorables que cumplen ciertas características para cumplir con las prácticas, características como: asesoramiento de un psicólogo, pacientes disponibles con problemas reales, correctas instalaciones para realizar la evaluación, materiales, y por su puesto apertura para que se realice estas prácticas como lo señala la guía del estudiante, es por esta razón que doy énfasis en aquello con el fin de promover la importancia de las Prácticas Clínicas, para que se efectúen desde los ciclos inferiores, tanto en la Modalidad Abierta como Presencial, aprovechando la acogida que diversas instituciones brindan, de esta manera el estudiante de pregrado contará con capacidades totalmente fortalecidas para desarrollar estas prácticas, aventajando su desarrollo profesional y estoy segura que replanteando el manejo de estas prácticas con la importancia que se merece, traerá muchos beneficios.

CONCLUSIONES

El análisis y estudio de casos, permitió profundizar y comprender la forma y manejo de las prácticas clínicas, permitiendo destacar aquellos centros de prácticas que a mi punto de vista son muy favorables para desarrollar una correcta práctica clínica.

El modelo de práctica no cuenta con el diagnóstico multiaxial para contrastar la información y obtener un correcto diagnóstico, lo cual complica la obtención de un repositorio extenso.

Los estudiantes prestan poca atención a lo solicitado en la práctica, cometen errores mayormente en la evaluación de funciones, diagnóstico presuntivo, diferencial y por consiguiente en el definitivo, de igual manera existe las recomendaciones y pronóstico no está acorde al ámbito psicológico sino más bien al ámbito general.

El manejo del Manual DSM-V es aún poco utilizado, los cambios que este presenta podría confundir y dificultar un poco el diagnóstico.

RECOMENDACIONES

Proponer en la titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja que estas Prácticas Clínicas se realicen también en la modalidad presencial.

Establecer un formato idóneo y general de Historia Clínica, para que el estudiante se forme según el mismo.

Brindar cursos formativos o seminarios en donde los estudiantes fortalezcan sus competencia para poder realizar sus prácticas clínicas.

De acuerdo al gran porcentaje de Historias Clínicas mal realizadas, se propone una revisión más exhaustiva por parte de los docentes, pues son ellos los que califican el desenvolvimiento del alumno en estas prácticas.

Finalmente, Incentivar a realizar análisis de casos mucho más extensos, para conocer a fondo, el manejo de las prácticas clínicas, ya que esto es de vital importancia para el estudiante de psicología.

BIBLIOGRAFÍA

- Anastasi, A., y Urbina, S. (1998). *Tests psicològics*. Mèxico: Prentice Hall.
- Ardila, R. (2004). A psicologia latinoamericana: el primer medio siglo. *Interamerican Journal of Psychology*, 317-322.
- Buela, G., y Sierra, J. (2002). Normas para la redaccion de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*.
- Camacho, J. (2006). *Fundacion Foro*. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo15.pdf>
- Carrobles, J. (1989). *Análisis y modificación de la conducta*. Madrid: Uned.
- Coan, R. (1968). Dimensions of Psychological Theory. *American Psychologist*, 15-40.
- Consejo General de la Psicología de España. (21 de Mayo de 2015). *Infocop online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4578#inicio.
- Corpeño, P., Nicole, R., y Fonseca, S. (Septiembre de 2012). *prezi.com*. Recuperado de <https://prezi.com/gghyto2wer68/estudio-de-casos-en-psicologia/#>
- Cronbach, J. (1990). *Psychological testing*. Nueva York: Harper & Row.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de psicologia clinica*. Mèxico: Pearson Education.
- Davison, G., y Neale, J. (1994). *Abnormal psychology*. New York: Wiley.
- Fernàndez-Alvarez, H., Bregman, C., Garcia, F., y Sherb, E. (1996). *Investigación en psicoterapia. Procesos y resultados*. Santiago: Sociedad para la exploracion de la psicoterapia.
- Fernàndez-Ballesteros, R. (1983). *Aproximación histórica al psicodiagnòstico*. Madrid: Uned.
- Fernàndez-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicològica*. Madrid: Piramide.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2011). *Evaluacion psicologica: Conceptos, mètodos y estudio de casos*. Madrid: Piràmide.

- Fernandez-Ballesteros, R., De Bruyn, E., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., Westhoff, K., y Zaccagnini, J. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): una propuesta a discusión papeles del psicólogo. *Papeles del Psicólogo* , 58-70.
- Geocities. (Octubre de 2009). [geocities.org/](http://www.geocities.org/). Recuperado de <http://www.geocities.org/espanol/gmberrio/definicionesdepsicologiaclinica.htm>
- Gilgun, J. (1994). A case for case studies in social work research. *Social work*, 371-380.
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Bastidas, M. D. (2010). Metodología de la investigación. Mexico: McGrawHill.
- Jimenez, V. (s.f.). www.scielo.iics.una.py. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014, Recuperado de <http://sciELO.iics.una.py/pdf/riics/v8n1/v8n1a09.pdf>
- Kazdin, A. (1980). *Research desing in clinical pscychology* . Nueva York : Harper and Row.
- Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marx, M., y Hillix, H. (1976). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos*. Buenos Aires : Paidós.
- Metraux, G., y Crouzet, F. (1963). *The evolution of science* . New York : The American Library .
- Mikulic, I. (13 de agosto de 2007). La evaluación psicológica y análisis ecoevaluativo. *Modulo I, Catedra I* (págs. 4-37). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f1.pdf
- Muñiz, M. (2010). *Estudio de casos en la investigación cualitativa (Estudios de Posgrado)*. Nueva Leon: Facultad de Psicología.
- Noronha, A. (1999). *Avaliacao psicológica segundo psicólogos: uso e problemas com enfase nos testes*. Sao Paulo: Pontificia Universidade Catolica de Campinas.
- Nunes, M., Garcia, C., y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 139-161.
- Oblitas, L. (2014). *¿Como hacer psicoterapia exitosa?* Bogota: PsicomEditores.

Panaia, M. (2014). El aporte de las técnicas bibliográficas a la construcción de teoría. *Espacio Abierto* .

Puig, R. (s.f.). *Biblioteca Virtual Universidad de Turabo*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014. Recuperado de http://bibliotecavirtualut.suagm.edu/Publicaciones_profesores/Rosita%20Puig/EI%20Estudio%20de%20Casos%20en%20la%20Investigaci3n%20Cualitativa.pdf

Salvatore, C. (2001). *Fundamentos de la Psicología Clínica*. México : Person Education.

Santacreus, J. (2011). *Protocolos de intervención clínica en psicología*. Obtenido de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf.

Servicio de Información sobre Discapacidad. (1999-2015). *Sid.usal.es*. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.11-5035/cap1.pdf>

Skinner, B. (1957). The experimental analysis of behavior. *American Scientist*, 343-371.

Stoecker, R. (1991). Evaluating and rethinking the case study. *Sociological Review*, 88-112.

Suarez, R., y Villalobos, J. (2010). *Saber.ula.ve*. Recuperado el 13 de Noviembre de 2014, Recuperado de http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32488/1/tesis_cualitativa2010.pdf

Superintendencia de servicios de salud. (s.f.). Recuperado de http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf

Vaca, S. (2013). *Guía didáctica de práctica clínica*. Loja: Ediloja.

Valles, M. (s.f.). Técnicas cualitativas de investigación social . Recuperado el 13 de Noviembre de 2014. Recuperado de http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-4072/%7B0156537F-94C8-43CF-B91A-6ABB5550C70F%7D/2013/S2/IT_Valles_Tecnicas_cualitativas.pdf

Vivanco, M. (2011). *Práctica clínica*. Recuperado de <http://es.slideshare.net/videoconferencias/psicologa-clinica-1bimestre-oct-2011-feb-2012>

Walker, R. (2002). Case study, case records and multimedia. *Cambridge Journal of Education*, 109-127.

Yin, R. (1989). *Case study research: Design and methods*. Newbury: Sage Publications.

Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. Newbury: Sage Publications.

ANEXOS

Anexo 1

Formato de Historia Clínica

DATOS DE IDENTIFICACION
MOTIVO DE CONSULTA
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD
ANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR
EVALUACION DE FUNCIONES
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO
RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLOGICAS
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
DIAGNOSTICO DEFINITIVO
RECOMENDACIONES
PRONOSTICO
DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

Anexo 2

CASO 1

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: NN

Edad: 8 años

Instrucción: Primero de Básica

Género: Masculino, Soltero

Información brindada por: Padre y madre

MOTIVO DE CONSULTA: La profesora solicita evaluación ya que el niño no estructura palabras, la mayor parte del tiempo se comunica con señales, además tiene dificultad para realizar las tareas en clases, se distrae fácilmente, no termina los trabajos incluso se duerme.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Los padres de NN mencionan que a los 9 meses se cayó de cabeza por este motivo se le realizó un EEG, y se inició terapia de lenguaje, según los padres fue positiva para el desarrollo de su comunicación. Además a los 5 años recibió terapia por un año.

PSICOANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR:

Prenatal; Sin complicaciones prenatal

Embarazo; Sin complicaciones

Desarrollo; Sus primeros pasos fueron al año y medio; sus primeras palabras al año y medio, sin razón aparente dejó de hablar después del año y medio aproximadamente, le realizaron exámenes de audiometría y EEG sin ninguna lesión ni daño fisiológico.

EVALUACIÓN DE FUNCIONES

El niño ha obtenido los siguientes criterios:

Conocimiento corporal; Niños de 8 años o más deben superar toda la prueba

No supero, no identifica el tronco, la muñeca el pecho, la cadera, los glúteos, órganos sexuales y el talón.

Dominancia lateral; No identifico el ojo izquierdo con el derecho, lo mismo que el oído. Si supero la prueba cuando se le pidió que identifique la mano y el pie ya sea izquierdo como derecho.

Lateralidad; Supero, identifica bien en su cuerpo la mano derecha, izquierda y su ojo izquierdo.

Direccionalidad; Supero, identifica bien adelante, atrás, más cerca, más lejos, arriba, abajo.

Orientación temporal; Supero, identifica fechas, mañana tarde y noche.

Percepción visual; En los colores no tuvo problemas, en las formas de las figuras, agrupación y constancia fallo todas las preguntas.

Percepción auditiva; Discriminación supero la mitad. En memoria y ritmo fallo todas las preguntas.

Pre- requisitos aritméticos; fallo en la comprensión de los conceptos aritméticos, clasificación y ordenamiento de figuras.

Al finalizar el test el niño se encontraba cansado, es evidente su déficit en las funciones como la percepción visual, auditiva y aritmética. Además se notó su retardo en la expresión, es mínima como un niño de 3 años aproximadamente, aunque desde un inicio mostró tranquilidad, alegría y estaba dispuesto a colaborar.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Por los antecedentes que se describen en la historia familiar y la anamnesis se puede tratar de un **retardo en sus funciones básicas**, con mayor deterioro en el área de lenguaje.

RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

Teste de Funciones Básicas: ---

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Como no existe un cuadro distinto en lo criterios de evaluación. Todo el cuadro sintomático nos indica que se trata de un déficit en el desarrollo.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: F70.9 Retraso mental, de gravedad no especificado [“317]

RECOMENDACIONES: El trabajo con NN es a corto, mediano y largo plazo y requiere de mucha paciencia por parte de los padres.

- Gestionar el apoyo de una especialista para diagnosticar el déficit de NN, para constatar la evolución de su problema, con el fin de realizar un trabajo multidisciplinario entre el especialista, la institución educativa y el entorno familiar/social en caso de ser necesario de acuerdo a la severidad del mismo.

- Se recomienda trabajar la autoestima y autovaloración de NN, felicitarlo por su esfuerzo por más mínimo que este sea.

- Evitar en lo máximo el castigo físico y la censura en público, se debe tratar de

reflexionar y llegar a acuerdos mutuos.

- Trabajar en el aula con un programa extracurricular con un especialista en psicopedagogía con tareas que estén de acuerdo a sus propias destrezas y habilidades.

- Estimular su lenguaje con ejercicios como repetir frases, trabalenguas sencillos y cantar.

- Reforzar su memoria con juegos lúdicos y estimular su motricidad fina.

PRONOSTICO: El objetivo del programa dentro del aula, será desarrollar al máximo el potencial de NN de esta manera si NN, es tratado oportunamente y estimulado con la ayuda de profesionales puede llegar a tener una vida productiva, y aprender a desempeñarse por sí solo. Caso contrario el necesitara un ambiente estructurado para lograr insertarse en la sociedad y desarrollar su autonomía, de esta manera el pronóstico para NN es bastante favorable, puesto que se contará con ayuda interdisciplinaria que fortalecerá su desarrollo.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL Y JUSTIFICACIÓN DE CADA EJE

EJE I Trastornos clínicos/otros problemas que pueden ser objeto de atención

Z03.2 No hay diagnostico

EJE II Trastorno de Personalidad/ Retraso Mental

Motivo de la consulta: Retraso Mental, de gravedad no especificado

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada.

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo.

Justificación.- Cumple con los criterios diagnósticos de retraso mental, se determina el nivel exacto del CI con apoyo de una especialista en neuro- pedagogía. En el segundo diagnostico también cumple con los síntomas.

EJE III Enfermedades Médicas

Ninguna

EJE IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Grupo: Enseñanza, económicos, psicosociales

Justificación.- La institución educativa no cuenta con recursos humanos, pedagógicos ni ambientales para el desarrollo de estudiantes con necesidades educativas especiales. Los padres de DG tienen una economía básica que cubre sus necesidades primarias; no tienen fondos disponibles para invertir en un programa extracurricular con especialistas en psico- rehabilitación pedagógica. Se les recomendó que busquen instituciones del estado que brinden este servicio por ejemplo INNFA, la

distancia es un problema para que ellos puedan acudir a esta institución. No existen instituciones públicas que presenten ayuda para estos casos cerca de la zona donde viven.

Especifica: Ambiente escolar inadecuado, economía insuficiente, ausencia de servicios sociales públicos.

EJE V Escala de Evaluación de Actividad Global

Puntuación: 75

Periodo de tiempo: Actual

Justificación.- Existe una ligera alteración en las relaciones sociales y su nivel de rendimiento es diferente pero no significativo pese a su trastorno mental de gravedad no especificada.

Anexo 3

CASO 2

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: NN

Edad: 17 años.

Instrucción: Primero de Bachillerato

Género: Masculino, Soltero

Información brindada por: Rector, Abuelos paternos

MOTIVO DE CONSULTA: El rector acude al DOVE, Departamento de Orientación Vocacional Estudiantil porque NN manifiesta poco respeto por las autoridades de la institución, inclusive ha difundido calumnias acerca de la reputación del Rector y su esposa en su barrio.

Se solicitó a los representantes de NN a la institución para aclarar la situación; obviamente pidieron disculpas por la conducta disruptiva de su representado; y solicitaron ayuda psicológica para su nieto. Ellos también han notado que la conducta de NN está cambiando a raíz de que tiene nuevos “amigos” en el barrio; tiene miedo de que estos estén influyendo de forma negativa en NN.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: NN ingreso a la institución hace 2 años; siempre fue un chico extrovertido y muy sociable, parte de sus rasgos de personalidad primarios son: muy eufórico, intenso, falta de autocontrol. Tiene una incapacidad para detenerse hablar, y confunde entre una ofensa y una broma. De hecho en el colegio es conocido como el “chismógrafo”; por su mala fama para promover chismes. Varias veces se ha conversado con el chico sobre este problema y lo perjudicial que es para su reputación dentro de la institución; enfatizando el tema de autocontrol y prudencia. LC acepta los consejos de forma madura; no ha reaccionado violentamente ni tampoco ha negado su problema. Por un tiempo se calma pero lamentablemente vuelve a recaer con consecuencias cada vez más críticas dentro de la institución, como el que dio con el rector.

PSICOANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR:

Informantes los abuelos paternos del menor

NN proviene de un hogar con padre y madre, están divorciados hace más de 6 años, él ocupa el segundo lugar. Al comienzo vivía con su madre pero ella se fue a trabajar en

el Oriente; pese a que los abuelos le insistieron que no abandone a su hijo, el padre se alejó de ellos desde su separación con la madre, ahora vive también en el Oriente con otro compromiso.

Con respecto a sus amigos el abuelo menciona que son chicos de mala reputación; de más edad que NN y el tiempo que pasa con ellos preocupa al abuelo; inclusive hay días que no llega a dormir.

EVALUACIÓN DE FUNCIONES:

El abuelo durante la entrevista se muestra muy preocupado por la conducta de su nieto; señala como el culpable directo al padre por su abandono emocional y económico. Informa que la relación entre padre e hijo es cada vez más profunda, el alejamiento entre los dos es irreparable. Menciona que NN no desea ni hablar por teléfono con su padre porque cada vez que hablan se dicen groserías y nunca terminan la conversación, el abuelo a tratado de intervenir para calmar el ambiente tenso; pero su hijo el padre de NN también se encuentra molesto y no desea saber nada de su hijo.

El abuelo informa que NN tenía mejor relación con su madre, pero ella también se ha descuidado desde que se fue al Oriente, las pocas veces que llama a su hijo también discuten por asuntos económicos, los únicos que emocionalmente y efectivamente tiene a su lado son sus abuelos.

NN estudiaba en un colegio religioso, con mayoría de estudiantes de mujeres, NN manifiesta que no le gustaba ese colegio porque había mucha "hipocresía" pero si extraña a sus amigas del antiguo colegio.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

Por los antecedentes que se describen en la historia familiar y anamnesis: tengo solo una hipótesis:

Trastorno negativo desafiante: Los síntomas de este trastorno son: conflictos frecuentes con los padres, profesores y compañeros. Puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el hijo pongan de manifiesto lo peor de cada uno. El TND es más prevalente en familias donde el cuidado de los hijos queda perturbado por la sucesión de distintos cuidadores o en familias en que las prácticas son duras incoherentes y negligentes.

RESULTADO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

- TAT en los resultados de la aplicación, encontramos las siguientes actitudes, rasgos, conflictos, frustraciones, ansiedades y defensas en relación con las diversas áreas de

exploración

Área familiar

Magnitud de la influencia del paciente en el escenario familiar:

Escasa, el sujeto no se identifica con él y no se somete a su autoridad, se rebela. La influencia afectiva de los padres es mínima e indiferente, sobre todo el resentimiento que se manifiesta frecuentemente durante el test, el sujeto ha rechazado a sus padres (especialmente al padre), por haberlo abandonado, y culpa a ellos la aparición de conflictos y frustraciones en la actualidad.

Es necesario recalcar que el sujeto requiere apoyo afectivo urgente, debido a su resentimiento parental.

Área de las relaciones sociales

Dimensión de la conducta antisocial.

El sometimiento, inferioridad e inseguridad que manifiesta el sujeto como resultado de su antecedente familiar se está manifestando en agresividad. Él está consciente de las consecuencias de su conducta antisocial, todavía emergen de su inconsciente sentimiento de culpa por errores cometidos. Demuestra que ha violado normas suficientes como para sufrir remordimiento o culpa.

Se manifiesta depresión en algunas historias sombrías, perseverancia acerca del pecado y la moralidad. La ausencia de figuras de apego/afecto es de considerable importancia y podría agravarse en conductas disociales, si no es apoyado a tiempo por un psicoterapeuta.

Área del trabajo

No aparece en muchas historias la esfera del trabajo. Se manifiesta tendencias de inseguridad, incapacidad y poco esfuerzo hacia el trabajo; es fundamental que el sujeto desarrolle capacidades y responsabilidades laborales para su buen desempeño laboral. El análisis del TAT nos permite identificar conflictos intra-psíquicos, consecuencias del abandono de sus padres, especialmente del padre a temprana edad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Existen pocos elementos de juicio que me permiten diferenciar posibles trastornos con similares criterios.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]

RECOMENDACIONES:

- Programa psicoterapéutico con un/una profesional, puesto que existen conflictos reprimidos que el sujeto mantiene y perjudica a su desarrollo emocional.

- Orientación a los abuelos de NN, con el fin de supervisarlo en cómo ayudar a NN y de igual manera para que sean ellos quienes supervisen la evolución de NN.
- Como institución educativa, brindar espacios donde NN pueda mantenerse en actividades e su interés, así mismo prestar atención y brindar apoyo emocional con elogios mientras gana confianza para desarrollas mejor sus emociones.

PRONOSTICO: Con apoyo profesional el sujeto superando sus conflictos, y ya que aún presenta emociones consientes y de remordimiento diría que NN tiene un pronóstico muy favorable, y con un programa familiar, se podrá evitar cualquier detonación negativa para la situación de NN.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL Y JUSTIFICACIÓN DE CADA EJE

EJE I Trastornos clínicos/otros problemas que pueden ser objeto de atención

F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]

Justificación.- Los criterios de este trastorno son: conflictos frecuentes con los padres profesores y compañeros, puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el hijo pongan de manifiesto lo peor de cada uno, es más prevalente en familias donde el cuidado de los hijos queda perturbado por las sucesión de distintos cuidadores en la familia en que las prácticas son duras incoherentes y negligente. El análisis de TAT permitió identificar conflictos intra-psíquicos significativos para este diagnóstico.

EJE II Trastorno de Personalidad/ Retraso Mental

R46.8 Diagnostico aplazado.

Justificación.- Seguimos observando permanentemente la conducta del sujeto para volver a evaluar la condición del sujeto.

EJE III Enfermedades Médicas

Ninguna

EJE IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Grupo: primario, económico.

Justificación.- Padres divorciados, adonado. Los padres del sujeto no cumplen con la sustentación económica, los abuelos tienen que cubrir las necesidades económicas primarias como educación, vestido y alimentación.

EJE V Escala de Evaluación de Actividad Global

Puntuación: 72

Periodos de tiempo: Actualidad

Justificación.- Alguna dificultad en la actividad socio-familiar.

Anexo 4

CASO 3

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: NN

Edad: 29 años

Instrucción: Superior

Género: Femenino, soltera

Información Brindada por: Paciente

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente refiere haber salido desde hace cinco días de un Centro de Rehabilitación para consumidores de alcohol y drogas. Afirma que le faltaban 4 meses para cumplir el tratamiento dentro del Centro, pero ella pidió a su madre que le permitiera salir de aquel lugar con la condición que recibirá ayuda psicológica para superar su problema de adicción. La paciente expresa mucho temor a recaer, siente angustia, pero al mismo tiempo dice que no quiere volver al centro porque allí les hacen sufrir mucho, ha recibido maltrato y nunca más quisiera volver a ese lugar.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Paciente afirma que hace aproximadamente cinco años atrás, conoció a un joven con el cual, a los dos meses de conocerlo se hicieron enamorados. Este joven aparentemente era normal, fumaba cigarrillos de vez en cuando, pero conforme fue transcurriendo el tiempo la relación se fue volviendo muy tormentosa, el muchacho era muy violento, al punto que aun él llegó a golpearla. Hace un año y medio atrás, ella comprobó que su enamorado consumía drogas, a pesar de aquello continuaron con la relación, luego él empezó a drogarse frente de ella y le ofrecía droga a ella para que consumiera, hasta que ella terminó aceptando, y desde hace once meses consume marihuana (también ha consumido cocaína, pero en pocas ocasiones), pero en ella el problema de adicción se agudizó más rápidamente que en su enamorado. La familia de ella pronto se dio cuenta de su problema de adicción, y esa fue la razón por la que hace cuatro meses la internaron en aquel centro de rehabilitación.

PSICOANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR:

- **Prenatal:** La paciente comenta que según ella tiene entendido, su nacimiento fue debidamente planificado.

- **Natal:** Ella nació de parto normal y fue atendida en el Hospital de la ciudad. No hubo ninguna complicación durante su alumbramiento.
- **Infantil:** La paciente refiere que según su madre ella siempre fue una niña muy “pilas”, muy despierta, que ella desde pequeña manipulaba a su hermanita mayor. Era traviesa, tenía mucha aptitud por el baile y el canto. A los 6 años fue a primer grado, allí se adaptó rápidamente al ambiente de la escuela.
- **Adolescencia y Juventud temprana:** durante su adolescencia ella experimentó una situación que marcó su vida: la separación de sus padres. Ella tenía 12 años cuando su mamá se separó de su padre porque era mujeriego y maltratador. Ella guarda resentimientos hacia sus padres por este triste acontecimiento. Durante el periodo más crítico de la separación, su madre se relacionó con una iglesia evangélica, allí encontraron ayuda espiritual para afrontar aquella crisis. La paciente, cuando tenía 14 años de edad entró al coro de la iglesia y se involucró de lleno en esta actividad, lo que fue muy importante para mitigar su dolor.

Cuando la paciente cumplió 20 años, empezó a trabajar, y luego ingresó a la universidad, distanciándose así de su iglesia, y asociándose con nuevas personas y fue allí precisamente donde conoció a su enamorado. Una vez que inició la relación sentimental con su enamorado, él se convirtió en su apoyo, pero al mismo tiempo en su verdugo, ya que aquel chico tenía muchos problemas personales y a causa de esto él la hizo sufrir mucho, la maltrató física y psicológicamente. En varias ocasiones él le dijo que terminaran la relación, sin embargo ella se humillaba y le rogaba que no la dejara. Ella reconoce que en muchas ocasiones fue ella quien provocó los problemas. Cuando ella empezó a consumir drogas, esto rápidamente afectó su desempeño en todo sentido. Empezó a tener problemas en su hogar. Reprobó varias materias en la universidad, e incluso el último semestre antes de ser internada, ya no pudo continuar estudiando pese a que estaba cursando el décimo ciclo de su carrera. La desesperación por consumir drogas, trastornó tanto su comportamiento que aun en las madrugadas salía a la calle a buscar la droga para aplacar la ansiedad.

EVALUACIÓN DE FUNCIONES:

Área cognitiva: Al momento de la evaluación la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio, y persona, está consiente, y muy atenta y dispuesta a recibir ayuda.

Área afectiva: Se puede observar tristeza. Tiene mucho temor a recaer. Hay mucho llanto sobre todo al recordar la separación de sus padres y su temor a recaer en las drogas. Se siente sola, distantes de sus padres y de sus hermanos.

Área interpersonal: Es bastante comunicativa. Se muestra muy colaboradora al

responder las preguntas de la evaluación.

Área Conductual: Se muestra muy tranquila, aunque si es visible su preocupación ante la posibilidad de una recaída.

RESULTADO DE LAS PRUEBA PSICOLOGICAS:

- Síntesis del Test Proyectivo CAP (Casa – Árbol – Persona).

Luego de aplicarle a la paciente el Test Proyectivo CAP, y una vez realizado el respectivo análisis en base a los resultados del mismo, se obtuvo el siguiente resumen interpretativo:

Angustia y ansiedad fuertes.

Necesidad obsesiva por controlar el medio familiar.

Hipersensibilidad hacia el hogar y la situación familiar.

Sentimientos ambivalentes.

Uso de fantasías para evitar la realidad.

Fijación en la infancia o en la adolescencia.

Simpatía forzada y búsqueda de aprobación.

Inmadurez y poco control de impulsos.

Indecisión por deseos de independencia.

Abandono no resuelto.

- Síntesis del TAT (Test de Apercepción Temática)

De acuerdo a los resultados obtenidos, luego de aplicarle a la paciente el TAT (Test de Apercepción Temática) hemos obtenido la siguiente síntesis:

La paciente presenta signos de ansiedad y angustia, propios de personas que han abusado del consumo de drogas. Se hacen muy notorios además, conflictos internos en la paciente; tales como, sentimientos de culpa, abatimiento, rechazo social, carencia de afecto y reconocimiento, abandono filial, necesidad de atención y ausencia significativa en la relación paterno-familiar.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

En base a la información recabada hasta esta instancia, todo apunta a que la paciente no ha podido superar la separación de sus padres, sumado a esto el distanciamiento con los demás miembros de su familia, y debido a esto se halló inmersa en un estado de depresión y soledad, lo que la hizo vulnerable al consumo de drogas. Al parecer en el momento actual la paciente se encuentra experimentando una **Crisis de Angustia como consecuencia del proceso desintoxicación y abstinencia** en el que actualmente se encuentra.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

F60.7 Trastorno de la Personalidad por dependencia. [301.6]

F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83]

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83]

RECOMENDACIONES:

Se requiere urgentemente psicoterapia individual con el fin de acompañar a la paciente en este periodo crítico por superar su problema de adicción.

La familia con la que vive la paciente también necesita ayuda psicológica con el fin de complementar el programa de ayuda, y alcanzar mayor eficacia en el tratamiento con la paciente.

Es necesario tener un acercamiento hacia el padre y los hermanos de la paciente, con el fin de puedan brindarle apoyo y sostén, para fortalecer las deficiencias creadas por el abandono que ha experimentado.

PRONOSTICO: Aun cuando en la actualidad existe un peligro latente de una recaída en el problema de la adicción; no obstante se avizora un panorama de restitución no solo de la paciente, sino también de su ambiente familiar. La actitud mostrada por la paciente es muy favorable para lograr el éxito deseado en el programa de ayuda que se le brindará.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL Y JUSTIFICACIÓN DE CADA EJE**EJE I Trastornos clínicos/otros problemas que pueden ser objeto de atención**

Z03.2

Justificación: La paciente no presenta ningún trastorno del eje I.

EJE II Trastorno de Personalidad/ Retraso Mental

F60.31 Trastorno límite de la personalidad. [301.83]

Justificación: La paciente muestra un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad.

Evidencia frenéticos esfuerzos por evitar un abandono real o imaginario.

La paciente se muestra muy sensible a las circunstancias ambientales.

Muestra temor e intolerancia a estar sola, y necesidad de estar acompañada de otras personas.

Presenta patrón de relaciones inestables e intensas.

EJE III Enfermedades Médicas

Enfermedades del sistema respiratorio.

Justificación: La paciente presenta problemas respiratorios. Tiene flema en los pulmones y actualmente está recibiendo tratamiento médico.

EJE IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Grupo primar: Perturbación familiar por separación.

Justificación: La paciente da evidencias de perturbación familiar por separación.

Tanto en el CAP como en el TAT se puede evidenciar esta perturbación.

Los sentimientos de abandono tienen su origen a raíz de la separación de sus padres.

La paciente guarda resentimiento hacia sus padres por la separación de ellos.

EJE V Escala de Evaluación de Actividad Global

Puntuación: 65

Periodo de tiempo: Actual

Justificación: En la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) le asignó una puntuación de 65, debido a que presenta síntomas moderados de crisis de angustia ocasionales, ansiedad moderada, y conflictos moderados con su reducido grupo de amigos.

Anexo 5

CASO 4

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: NN

Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Instrucción: Hasta el primer año de universidad

Género: Femenino, Casada

Información brindada por: Paciente

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente que acude sola, manifestando que tiene problemas con su carácter por cuanto no puede controlar su enojo y su estado de ánimo varía frecuentemente. Menciona que su carácter empezó a ser variable y cambiante cuando ella se casó y salió a vivir en casa aparte con su esposo, la misma que ocurrió hace cuatro años atrás. Manifiesta que hay momento en que no puede controlar su ira y reacción violentamente, maltratando a su hijo o discutiendo con su esposo, vivió el abandono de su madre en su adolescencia. La relación con su padre fue y es poco afectiva y distante.

Nació de un embarazo planificado, durante la gestación no hubo ninguna complicación, nacida de parto natural a término. No refiere cuando empezó el: gateo, habla, caminar, destete, y control del esfínter.

El desarrollo durante la niñez fue normal, hasta la adolescencia, tuvo su primera relación sexual a los 17 años, procreó su primer hijo a los 18 años de edad, y a raíz de su embarazo se casó con el padre del niño su esposo actual.

En el área social, su círculo de amistad es muy reducido, la mayor parte de su tiempo pasa sola en casa.

Status socioeconómico: proviene de un nivel socioeconómico medio bajo. Cuenta solo con los ingresos del trabajo de su esposo.

PSICOANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR

Proviene de un hogar disfuncional, padres separados por motivos de trabajo.

Su padre, de 43 años de ocupación artesano, elabora artículos de cuero reside en Cotacachi, con antecedentes de alcoholismo frecuente y actualmente consumidor diario del alcohol, con rasgos de personalidad agresiva y poco afectiva y distante con la

familia.

Su madre, de 44 años de edad, de ocupación cajera en un súper mercado reside en Europa España.

Tiene dos hermanos, uno de 20 años de edad y el otro de 17 años, la paciente ocupa el primer lugar en el orden de nacimiento, manifiesta que cuando ellos eran pequeños se llevaban bien, pero ahora la relación es distante y hostil, por cuanto ellos empezaron a consumir drogas y alcohol a causa del viaje de su madre a España.

Su esposo de 25 años de edad de ocupación Taxista reside en Otavalo.

Con antecedentes de alcoholismo frecuente, fue internado a los 20 años de edad en un centro de rehabilitación para adictos, a los 22 años fue intervenido quirúrgicamente de la vesícula, actualmente se encuentra en buenas condiciones desde salud.

La paciente tiene un hijo de 4 años de edad, actualmente se encuentra en el pre kínder.

EVALUACION DE FUNCIONES

Al momento de la evaluación, la paciente se muestra comunicativa, nerviosa, orientada, consiente y preocupada por el problema que causado su actitud desenfrenada de la ira, menciona que desea superar su dificultad con el carácter, se evidencia conflictos por abandono de su madre carencia de afecto sufrido en su hogar materno, anhelos académicos frustrados, no existe un plan de vida a futura, al momento muestra una relación poco afectiva y distante con todos los miembros de la familia de la casa paterna, refiere que si está contenta de su matrimonio.

RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

- Cuestionario investigativo de la Personalidad CIP

Presenta una personalidad, no satisfactoria, una relación familiar de origen inadecuada, una relación social no satisfactoria, una relación sexual no satisfactoria, un comportamiento patológico bueno, en general presenta una conducta inadecuada.

- Aplicación del Test proyectivo HTP

Presenta una personalidad impaciente, débil, dependiente e infantil, con una fuerte necesidad de compensar la inseguridad interna, muestra una sexualidad identificada correctamente y un yo consciente, con un comportamiento irritable, agresiva, áspero, y conflictiva, con manifestaciones acentuadas de realizarse intelectualmente.

- Aplicación del Test de la Depresión de Hamilton

Presenta una depresión moderada.

- Aplicación del Test de Ansiedad de Hamilton

Presenta ansiedad psíquica de alto grado y una ansiedad somática leve.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SEGÚN EL CIE 10

Trastorno Especifico de la Personalidad (F60)

Trastornos Mixtos de la Personalidad (F61.0)

DIAGNOSTICO FINAL

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo (F60.30)

RECOMENDACIONES

Requiere psicoterapia individual y familiar.

Terapias de conducta.

Fortalecer el vínculo afectivo con el núcleo familiar de origen y propio.

Trabajar en un plan de vida a futuro.

Mejorar las relaciones sociales.

Realizar actividades deportivas al aire libre.

Continuar con el tratamiento psicológico.

PRONOSTICO

Las personas con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo, requieren tener bastantes oportunidades de entrenar la paciencia y tolerancia, son personas que pueden deprimirse con mucha facilidad.

Sin embargo, quiero ser optimista, en pensar que pronto la paciente logrará una modificación de su conducta, conforme va cambiando su modo de percibir la realidad.

EVALUACION MULTIAXIAL Y JUSTIFICACION DE CADA EJE (DSM-IV)

Eje I. Trastornos clínicos/ otros problemas que pueden ser objeto de atención.

Ninguno

Eje II. Trastorno de Personalidad

F60.30 Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad De Tipo Impulsivo.

Justificación: Los reactivos aplicados demostraron que la paciente presenta Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad de Tipo Impulsivo.

Eje III. Enfermedades Médicas

Ninguna

Eje IV. Problemas Psicosociales y Ambientales

Problemas Relativos al grupo familiares: con su madre por abandono, padre alcohólico,

Problemas relativos al Ambiente: vivir sola, adaptación a la transición, de soltera a ser casada, de estudiante a madre.

Problemas de vivienda: viven en la casa de los suegros.

Problemas económicos: el ingreso diario de su esposo no es suficiente para mantenerse todos.

Problemas laborales: la paciente es desempleada, no consigue Una plaza de empleo.

Justificación: La paciente si presento problemas de índole familiar, social, laboral, vivienda y económico, razón por el que fueron mencionados en este Eje.

Eje V. Escala de evaluación de la actividad global

Puntuación: 70

Periodo de tiempo: Actual

Justificación: En cuanto a la actividad global, considero que corresponde a un 70, equivalente a síntomas leves (por Ej. humor depresivo, agresivo e insomnio ligero) dificultada en la relación con su familia de origen, cabe destacar que presenta problemas de carácter variable.

Anexo 5

CASO 5

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: NN

Edad: 11 años

Instrucción: Séptimo año de Educación Básica, Soltera

Sexo: Femenino

Información brindada por: Tía (Madre Adoptiva).

MOTIVO DE CONSULTA: Refiere la madre de la paciente, ella acude en busca de ayuda psicológica por una petición que le hicieron en la Unidad Educativa donde la paciente estudia. La madre comenta que una semana atrás le mandaron llamar de la escuela para informarle que la niña está teniendo un comportamiento inadecuado tanto con los maestros como con los profesores. Los maestros dicen que la niña no tiene problemas con su rendimiento académico, de hecho ella está entre las mejores alumnas de su curso, pero es muy inquieta, se la pasa conversando con los demás niños, se burla de los compañeros, y últimamente no obedece ni siquiera a los maestros, al punto que se ha salido del aula (supuestamente al baño) sin la autorización del maestro, y esta la razón por la que le dijeron que algo está pasando con la niña, que debía hacerla tratar con un psicólogo.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: De acuerdo a lo que informa la madre, esta es la primera vez que los maestros han puesto quejas en este sentido. Afirma que la niña siempre ha sido alegre y conversadora, pero nunca había sido desobediente con los maestros, que ella obedecía apenas alguien le llamaba la atención. También dice la madre que realmente en la casa no ha presentado un comportamiento extraño, que es como cualquier otra niña. Según lo que le han dicho los maestros a la madre, el comportamiento de la niña ha empezado a cambiar desde el inicio de este nuevo año escolar (desde el 2 de mayo). Al hablar con la niña, ella dice que no es cierto nada de lo que sus maestros dicen, y que el maestro que mandó llamar a su madre es porque no la quiere a ella, porque hay otros niños que también molestan y a ellos no les dice nada.

PSICOANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR:

- **Prenatal:** La niña fue concebida en condiciones normales, dentro de una familia legalmente constituida. Se desconoce de algún inconveniente en este sentido.
- **Natal:** No tiene información de ninguna complicación durante su alumbramiento.
- **Infantil:** Fue la primera y única hija que tuvieron sus padres. Hasta los dos años de edad la niña creció normalmente, pero cuando había cumplido dos años la niña tuvo una experiencia muy triste y dolorosa. Sus padres Vivian en Colombia, en un sector controlado por la guerrilla de las FARC, y según nos cuenta la madre (quien realmente no es la madre biológica, sino su tía y quien la adoptó como su hija desde aquel acontecimiento) de manera inexplicable un día entraron a la casa personas desconocidas y acribillaron a balazos a los padres de la niña. La niña presencié todo, pero como ella era pequeña, no recuerda, y probablemente no comprendió en aquel momento lo sucedido.

Su tía (quien ahora es su madre) que vivía cerca del lugar de la tragedia, se enteró y fue a ver lo sucedido y encontró a la niña llorando, porque estaba sola, pero a la niña no le habían hecho daño. La niña permaneció sola aproximadamente unos 20 minutos. Después de esta situación horrorosa, la tía de la niña y el hermano mayor de la niña decidieron venir a Ecuador trayendo a la niña, porque sabían que sus vidas corrían peligro.

Al preguntarle a la niña sobre el ambiente de la escuela donde ella estudia, informó que ella no quiere seguir estudiando allí, porque sus compañeros (en particular uno) la molestan diciéndole “colombina refugiada” “narcotraficante”, entre otras cosas. También la niña refiere que durante los últimos 3 meses, su mamá ha hecho amistad con una vecina que tiene dos hijos de la edad de ella, y que su mamá solo pasa en casa de esa vecina y dice que a esos niños los trata con mucha más paciencia que a ella. Comenta q su mamá no la maltrata, pero no pasa tiempo con ella.

EVALUACIÓN DE FUNCIONES:

Área Cognitiva: Al momento de la evaluación la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona.

Área Afectiva: La paciente está muy contenta y se muestra muy cordial, evidencia curiosidad por saber de qué se trata la consulta psicológica.

Área interpersonal: Se muestra muy conversadora y muy colaboradora durante la evaluación.

Área Conductual: Se muestra un poco inquieta, se mueve bastante sin levantarse de su asiento. Se distrae con lo que sucede alrededor pero sin desconectarse de la

entrevista que estamos desarrollando.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

En base a los elementos de juicio que hasta ahora tenemos con respecto a la paciente, resulta probable pensar que no existe un trastorno de conducta como tal en la paciente, probablemente el descuido que siente por su madre durante este último tiempo, provoca ciertas actitudes de disgusto se perciben en la niña en deseos de no asistir a la escuela. En este caso el diagnóstico presuntivo sería Negligencia de la Infancia. T 74.0.

RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

- Aplicación del Test de Roberto y Rosita

De acuerdo a la interpretación de los resultados del Test de Roberto Y Rosita, se puede notar que existe falta de atención en el hogar por parte de la madre, y esto también se lo puede notar por la incomodidad que siente la niña en la escuela y su madre no se ha percatado de las necesidades y acontecimientos que NN está pasando en la escuela con alguno de sus compañeros. El cambio notable en el comportamiento de la paciente, es una forma de llamar la atención de su madre para que se preocupe más por su hija.

- Aplicación del Test CAP (Casa – Árbol - Persona)

Al analizar los resultados del CAP podemos notar que la niña manifiesta inmadurez considerando su edad, además se está desarrollando en ella sentimientos de inferioridad, lo cual puede estar asociado a la falta de protección e interés que ella percibe de su madre. Se puede notar también cierto nivel de ansiedad por las actividades que la niña debe realizar en la casa. Por otra parte pueden también notarse varios aspectos positivos importantes en la paciente. Muestra fuerza, vitalidad, capacidad de decisión, aspiraciones altas y capacidad de adaptación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Problemas paterno-filiales Z 63.1 *la atención clínica es el niño*

Trastorno de ansiedad por separación F 93.0

Negligencia de la infancia T 74.0

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Negligencia de la infancia T 74.0

Recomendación:

Resulta muy oportuna que tanto NN como su madre reciban psicoterapia para corregir las deficiencias actuales en la relación madre-hija.

Es necesario que cuanto antes la madre de la paciente se acerque a la Institución Educativa donde estudia la niña, para poner en conocimiento de los maestros y autoridades el maltrato psicológico que está recibiendo ella por parte de ciertos compañeritos de clase.

Es importante que la madre de la paciente pueda dedicarle un poco más de tiempo de calidad a su hija, procurando que ella no tenga que quedarse sola en la casa.

PRONOSTICO: Con la terapia adecuada y oportuna que reciba tanto la paciente como su madre se avizora un pronóstico muy favorable, considerando además que el problema aún no se ha agudizado y tomando en cuenta que la paciente muestra seguridad y firmeza. La actitud de la madre también es adecuada y sin duda será determinante para el éxito del proceso psicoterapéutico.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL Y JUSTIFICACIÓN DE CADA EJE**EJE I Trastornos clínicos/otros problemas que pueden ser objeto de atención**

T 74.0 Negligencia de la infancia

Justificación: Los síntomas que manifiesta la paciente, no son el resultado de algún trastorno personal, sino que más bien son reacciones que presenta la niña por la desatención que últimamente ha experimentado.

EJE II Trastorno de Personalidad/ Retraso Mental

Ninguno

Justificación: La paciente no presenta ningún trastorno en este eje.

EJE III Enfermedades Médicas

Ninguna

Justificación: La paciente no presenta ningún trastorno del eje III

EJE IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Grupo primario: Fallecimiento de un miembro de la familia.

Problemas relativos al ambiente social: Discriminación.

Justificación: La paciente evidencia secuelas por el fallecimiento de su papá y su mamá.

La paciente ha sido víctima de discriminación racial por parte de sus compañeros de escuela.

EJE V Escala de Evaluación de Actividad Global

Puntuación: 80

Periodo de tiempo: Actualidad

Justificación: En la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) se le asignó una puntuación de 80, debido a que presenta síntomas mínimos los cuales son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales.

Anexo 7

CASO 6

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: NN

EDAD: 12 años.

INSTRUCCIÓN: Tercero de Básica

GÉNERO: Femenino, Soltera

INFORMACIÓN BRINDADA POR: Tía materna

MOTIVO DE CONSULTA: La tía de NN informa a la institución que los padres abandonan frecuentemente a NN, la maltratan física y emocionalmente; incluso sospecha que el padre ha abusado de la menor. También informa que NN se esconde y no habla nada, la encontraron temblando y llorando a escondidas en un terreno que tiene la casa en varias ocasiones.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Se intentó realizar una entrevista con los padres de NN, pero fue muy difícil contactarlos ya que los números telefónicos registrados en secretaria no correspondían a los padres.

Dice la tía de NN los padres de la niña tienen problemas con alcoholismo, negligencia y violencia intrafamiliar. Según la tía hace 4 meses la encontraron temblando y escondida en un terreno cerca de la casa. No dice nada, tiene miedo no saben por qué y llora intensamente, a la tía le consta que el padre le castigaba exageradamente. Recalcó que los padres descuidaron a su hija en todo sentido.

PSICOANAMNESIS PERSONAL Y FAMILIAR:

Lamentablemente no se pudo obtener información del desarrollo pre-natal, parto, psico-emocional y familiar de NN, porque la tía recuerda poco o nada sobre estos datos.

Pero informan la tía de la menor que, NN proviene de una hogar con padre, madre, un hermano de 18 años independiente del hogar, hace 3 años la segunda hermana falleció a los 12 años por causa desconocida y NN es la tercera hija.

La madre la mantenía en visible estado de desnutrición, descuido personal, desaseo, despreocupación total por los estudios de la niña, además la golpea tan fuerte que le deja moretones y sangrados en el cuerpo de la niña; baños a la madrugada con agua fría, encierros constantes mientras los padres se embriagan.

Finalmente la tía informa que NN ingresó de más edad a la escuela.

La tía se encuentra gestionando la Tenencia Legal de la menor, por presuntos maltratos físicos y psicológicos por parte de los padres. En una institución pública se le realizó un test de CI que mencionaba: “Su edad cronológica de 13 años no corresponde a su edad mental de 8 años. CI correspondiente a Retardo Mental Leve. Con estimulación adecuada la menor puede lograr elevar sus capacidades intelectuales, sin que se espere de ella un máximo de rendimiento a niveles normales”

EVALUACIÓN DE FUNCIONES:

Ficha socio familiar.

La niña con voz entrecortada menciona “mi mamá toma bastante trago y también mi papa... siempre me pegan porque no he cocinado nada... también me baña mi mama en agua fría... y me voy a la escuela con el uniforme mojado... ” Luego de una pausa y alguna lagrima menciona: “en mi escuela me dicen sucia y apestas por eso no me llevo contigo...”

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Por los antecedentes que se describen en la historia familiar y la anamnesis; hay varias hipótesis:

Sospecha de abuso sexual, si se confirma podría tratarse de un Trastorno por Estrés Postraumático.

Trastornos de Ansiedad no Especificada.

Trastorno de Ansiedad Generalizada.

RESULTADO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

- Test de la Familia

No hay sentido de pertenencia.

Ausencia paterna y materna (no dibujo a ninguno de ellos).

Emociones reprimidas y bloqueos afectivos.

Desconfianza y desvaloración (no se dibuja ella).

Miedo a la autoridad (dibuja a su tío de 13 años ya su tía).

Baja autoestima.

- HTP

Árbol.- Inestabilidad emocional (el árbol no tiene tronco).

Demasiada fantasía para su edad cronológica (la copa ocupa todo la hoja).

Incapacidad para establecer vínculos afectivos, desconfianza (no existen ramas).

Inestabilidad, inseguridad, no se identifica con una realidad (el árbol no tiene piso).

Casa.- Aislamiento como defensa dominante (casa-techo muy grande y pobre en detalles).

Evitación del contacto social (puertas muy pequeñas y ventanas con cortinas).
Anhelo de expresar y tener confianza con alguien. Ante la pregunta ¿Qué es lo que necesita la casa? R=Puestas.

Persona.- Demasiada intelectualización imaginativa (cabeza muy grande).

Aislamiento como defensa (cabello como casquete).

Agresividad (mentón muy acentuado).

Represión intensa (pobre en el contenido).

- Test de la persona bajo la lluvia

Desvalorización, timidez, inseguridad (dibujo pequeño).

Presión, amenaza de figuras parentales (nube).

Angustia (Gotas de lluvia como lágrimas).

Falta de defensa, desprotegida (ausencia de paraguas).

Rasgos paranoides, agresividad (ojos y cejas muy marcados).

Desaliento, abatimiento, falta de ilusión, tristeza, resignación, falta de confianza en sí mismo, inseguridad (sin pies).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Existen algunos síntomas que son generales como el miedo, evitación y activación excesiva, con frecuencia, intensidad y duración anormal. Se determina una patología en la respuesta de ansiedad inadecuada ante las demandas externas.

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada [300.02] 6 meses de ansiedad excesiva y preocupación con síntomas asociados, lo que deberíamos comprobar si aparece exclusivamente durante un estado de ánimo depresivo o psicótico.

F43.1 Trastorno de Estrés Postraumático [309.81] Si cumple los siguientes síntomas: acontecimiento traumático grave, ansiedad por más de un mes, evitación excesiva de los estímulos asociados al acontecimiento traumático. El problema aquí es descubrir si hubo un acontecimiento traumático como puede ser una violación, según sospechas de la tía.

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00] Y el tercer diagnóstico diferencial será que los síntomas de miedo, ansiedad o evitación son clínicamente significativos pero no cumple los criterios para los trastornos anteriormente citados.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

RECOMENDACIONES:

- La menor debe ser estimulada y apoyada en su desarrollo intelectual, físico, emocional y mental, para lo cual es necesario direccionar a un profesional en el ramo que ayude íntegramente y trabaje con su entorno familia.
- Si las condiciones económicas de la familia se lo permiten buscar apoyo psicopedagogía extracurricular. Caso contrario implementar un programa de ayuda provisional en el aula de clases con la/las docentes a cargo de GL hasta que el distrito zonal tome cartas en este caso y direcciones hacia un centro especializado del estado
- Finalmente brindar orientación a los adultos responsables de GL enfatizando el estímulo para que se sienta amada, respetada y acogida, sin llegar a sobreprotección sino al equilibrio de la disciplina bien rígida, estableciendo límites y consolidando logros positivos en su personalidad conflictuada.

PRONOSTICO:

NN ha sufrido un largo proceso de desamor y descuido por parte de sus padres; ha carecido de estimulación intelectual y afectiva; aso como el rechazo de sus compañeros de aula.

Si la institución apoya afectivamente; y los familiares cercanos contribuyen al restablecimiento psíquico de la menor; se observará el cambio de comportamiento que tiene NN dentro de la institución; poco a poco ira tomando confianza en sí mismo, generando estabilidad en su etapa diferente y positiva. Mirando siempre en el objetivo final su inserción social y cambio hacia una nueva personalidad, por tanto el pronóstico de NN es muy favorable si se cumple con las recomendaciones.

EVALUACIÓN MULTIAIXIALY JUSTIFICACIÓN DE CADA EJE**EJE I Trastornos clínicos/otros problemas que pueden ser objeto de atención****Motivo de consulta****F41.9 Trastorno de Ansiedad no especificada [300.00]**

Justificación: Los test nos permiten identificar síntomas clínicamente significativos como: inseguridad, timidez, falta de defensas, confianza en sí mismo, agresividad, aislamiento, desvaloración, emociones reprimidas, necesidad de encontrar a alguien de confianza. Aunque estos no reúnen los criterios suficientes para alcanzar las demandas de TAG Y TEPT. Sin embargo debo reconocer que el limite deferencial entre este diagnóstico y el TAG es muy sutil, definitivamente se necesitaría de un juicio clínico más agudo para emitir un diagnóstico más preciso.

EJE II Trastorno de Personalidad/ Retraso Mental**F70.9 Retraso mental leve [317]**

Justificación: Informe de exámenes realizados por institución pública.

EJE III Enfermedades Médicas

Ninguna

EJE IV Problemas Psicosociales y Ambientales

Grupo: Económico, vivienda y psicosociales.

Justificación: La tía de GL tiene una economía mínima; no tiene fondos disponibles para invertir en un programa de intervención psicoterapéutica con especialista en psicoanálisis. Se les recomendó que busquen instituciones del estado que brinden este servicio. Por el momento vive con la tía pero en cualquier momento los padres harán uso de sus derechos y reclamarán la tenencia de su hija. Sería lamentable para el desarrollo emocional favorable de GL. la institución educativa se encuentra realizando trámites para que un visitador social del estado acuda a la vivienda y constate el maltrato psicológico, físico que continuamente está expuesto GL, y verifique la calidad de vida que tienen los padres alcohólicos.

Especificar: Economía insuficiente, falta de hogar, ausencia de servicios sociales.

EJE V Escala de Evaluación de Actividad Global

Puntuación: 60

Periodo de tiempo: Actual

Justificación: Afecto aplanado, crisis de angustia ocasionales, pocos amigos.