



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Informe de experiencias profesionales y estudio de caso  
en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional  
Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú,  
Essalud : trastorno hiperactivo asociado a  
comportamiento negativista desafiante**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Psicología de la Clínica y de la Salud

**AUTOR**

**Rosa María Ortiz Iturrizaga**

LIMA – PERÚ  
2014

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy,  
por fortalecerme y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido  
soporte y compañía en mi vida.

A mi padre y maestro, Pedro, quien con su amor, paciencia y ejemplo  
me enseñó a afrontar retos y seguir adelante,  
quien siempre estuvo presente en los momentos de mis logros y frustraciones, que  
contribuyó a mi formación personal y profesional,  
y que ahora unido a mi madre, Rosa,  
permanecen inmensamente en mi corazón,  
gracias por cuidarme y guiarme desde el cielo.

A mis hijas, Giuliana y Lorena, esencia y razón de mi vida,  
el tesoro más grande que Dios me regaló y el motivo de mi existir,  
quienes me impulsan a luchar cada día con amor, alegría, optimismo y esperanza, esto  
es para ustedes,  
pues son sin duda lo más importante para mí,  
gracias por ser mis hijas, pero sin duda,  
gracias por permitirme ser su madre.

A mi esposo, José, por su respaldo y compañía.  
A mi hermana, Cecilia, quien creyó en mí y me dio ánimo  
para vencer las adversidades, y que a través de los años se convirtió  
en un ejemplo de decisión y fortaleza.

Gracias a mi asesora, Psicóloga Gloria Díaz Acosta,  
que con su dedicación, aporte y esmero  
me dirigió durante este trayecto.

## INDICE

### INTRODUCCION

### INFORMACION GENERAL

#### I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

1.1	Nombre del Hospital.....	8
1.2	Ubicación y Dirección.....	8
1.3	Características de la Infraestructura.....	8
1.4	Historia del Hospital.....	9
1.5	Historia del Servicio del Hospital.....	10

#### II. GESTION INSTITUCIONAL

2.1	Visión.....	14
2.2	Misión.....	14
2.3	Principios de la Seguridad Social.....	14

#### III. GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

3.1	Visión.....	16
3.2	Misión.....	16
3.3	Infraestructura del Servicio de Psicología.....	16
3.4	Horario de trabajo.....	16
3.5	Recursos Humanos.....	17
3.6	Estructura Funcional.....	18
3.7	Organización Funcional.....	18
3.8	Objetivos del Servicio de Psicología.....	21
3.9	Actividades del Servicio de Psicología.....	23
3.10	Estadística general 2012-2013.....	27

<b>IV. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO</b>	
4.1 Nombre.....	29
4.2 Ubicación.....	29
4.3 Descripción.....	30
4.4 Objetivos Generales.....	31
4.5 Objetivos Específicos.....	31
4.6 Descripción de las actividades Psicológicas.....	33
4.7 Instrumentos utilizados.....	38
4.8 Estadística Individual 2012. 2013.....	52
<b>CASO CLÍNICO.....</b>	<b>61</b>
<b>INFORME PSICOLÓGICO.....</b>	<b>66</b>
<b>INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA.....</b>	<b>74</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>104</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>110</b>

## INTRODUCCIÓN

El continuo crecimiento de la psicología clínica y de la salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física - salud mental se ha superado con el reconocimiento del componente bio-psico-social del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la "psique" y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la "salud mental". Otra significativa consecuencia ha sido la creciente importancia de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Así, algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, los trastornos cardio-vasculares, el SIDA, etc., tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. No es exagerado afirmar, además, que en muchos casos la intervención psicológica debe ser uno de los pivotes esenciales sobre el que se asiente cualquier política responsable en estos y otros muchos trastornos.

El estado de salud, es algo más que un estado equivalente a la ausencia de enfermedad. La salud es un estado de óptima adaptación, crecimiento y desarrollo; la enfermedad supone la pérdida de la adaptación, o bien una crisis del organismo humano en su intento de mantener un equilibrio adaptativo.

Los estímulos de tensión física, psicológica o social pueden afectar a las personas y determinar una alteración de su equilibrio y la aparición de un estado de malestar o enfermedad. En estos casos sus defensas psicológicas, así como, sus mecanismos de adaptación conductual o social, pueden ser necesarios para mantener dicha homeostasis.

La formación del psicólogo se orientaba a conocer a las personas mediante tests psicométricos, a describir y explicar al hombre desde enfoques subjetivos, mentalistas, de sentido común; pero había que esclarecer en cómo conceptualizar y en cómo definir el verdadero objeto de estudio, qué es el ser humano, cómo piensa, cómo siente, cómo se enferma, cuál es la esencia del comportamiento, el desempeño y la conducta, de los porqué, cómo, para qué y de eso que todo psicólogo tarde o temprano necesita saber para formarse como tal.

El presente trabajo, quiere por ello proyectar un modelo de trabajo integral del profesional psicólogo en nuestra institución.

## INFORMACIÓN GENERAL

- Nombres y Apellidos:

ROSA MARÍA ORTIZ ITURRIZAGA

- Lugar donde labora:

HOSPITAL NACIONAL “EDGARDO REBAGLIATI MARTINS”

- Años de experiencia en el hospital:

15 años

- Horario de trabajo:

- Lunes – Miércoles – Jueves – Viernes – Sábado: 08:00 a 14:00
- Martes: 12:00 a 18:00.

- Área donde desempeña funciones:

- Servicio de Neonatología – 2 “A”
- Neuropsicología Pediátrica – Consulta Externa.

## I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

### 1.1 Nombre del Hospital

HOSPITAL NACIONAL “EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

### 1.2 Ubicación y Dirección

Avenida Rebagliati s/n – Jesús María, Lima – Perú

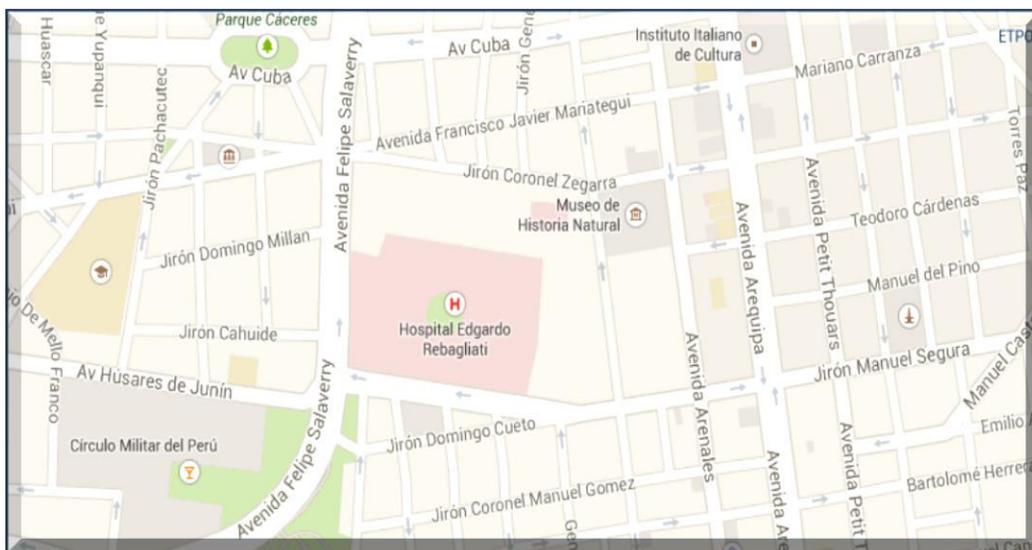


Imagen 1. Mapa de ubicación geográfica del HNERM

### 1.3 Características de la Infraestructura

El Hospital consta de un conjunto de edificios de 14 pisos, en el primero funcionan los consultorios de consulta externa y los otros son pisos de hospitalización de las diferentes especialidades médicas.

#### **1.4 Historia del Hospital**

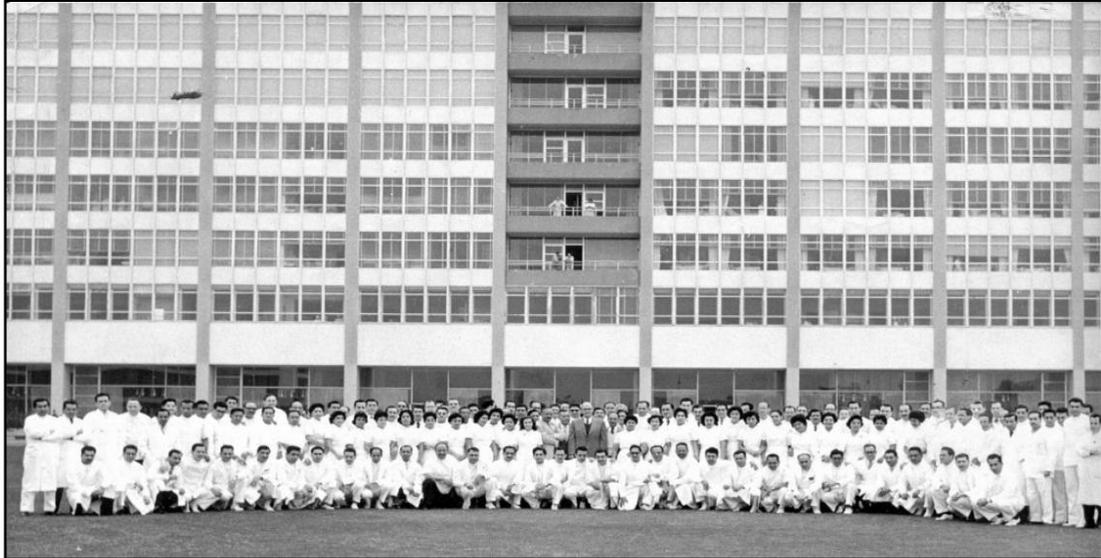
A principios de 1935, el doctor Edgardo Rebagliati, especialista en derecho laboral, fue encargado por el General Benavides para que hiciera un estudio integral de los diversos sistemas de Seguro Social que existían en el mundo, con incidencia especial en los aspectos asistenciales y de financiamiento, con el fin de optar fórmulas que descartaran los factores que habían hecho fracasar la valiosa conquista social en otros países.

Terminado el trabajo preparatorio, el 12 de agosto de 1936, se promulgó la ley que establecía el Seguro Social Obrero para cubrir riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Se procedió, luego, a la instalación de las oficinas de la Caja Nacional del Seguro Social con sus organismos administrativos y servicios técnicos, estadística, inspección, control y contabilidad, así como, los de dirección médica general y de los departamentos médicos de maternidad y lactancia, tuberculosis, paludismo, estadística de la natalidad, morbilidad y mortalidad obrera, central de farmacia y laboratorio. El Seguro Social Obrero se convertía, así, en una realidad de alto contenido de justicia social.

Luego, en los años 50, el Doctor Rebagliati, al mando de un grupo de destacados especialistas en derecho laboral, implementaría el Seguro Social del Empleado.

La historia del nosocomio se inicia el 3 de noviembre de 1958 durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado, cuando con un personal de 167 médicos y enfermeras se funda el Hospital del Empleado. Su primer director fue el galeno Guillermo Kaelin, cuyo nombre ahora lleva el auditorio principal.

En 1973, el Hospital del Empleado pasó a llamarse Edgardo Rebagliati Martins, en reconocimiento al periodista y abogado que logró crear el Seguro Social de Salud del Empleado. En el año 2008, el hospital fue declarado “Patrimonio Arquitectónico de la Seguridad Social del Perú”.



*Imagen 2. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins*

### **1.5 Historia del Servicio de Psicología del Hospital**

Entre los servicios que se brindan en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins se encuentra el Servicio de Psicología cuyas actividades se inician en el año 1962, con el ingreso al Hospital del Empleado de ese entonces, del Psicólogo Luis Estrada de Los Ríos, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología, quien fue fundador y promotor de la especialidad, no sólo en el hospital sino en el Perú, y que implementó la Unidad de Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992.

En el año 1963, ingresa a laborar en la Unidad de Psicología la Dra. Herlinda Chávez, quien también era docente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

En el quinquenio 1971-1975 ingresan destacados psicólogos: Eduardo Valdizán, Julio Santos, Elsa Rodríguez, Luz Flores y Zaida Valcárcel, las bachilleres Fina de Olarte y Teresa Pozo, incrementándose el personal de la Unidad de Psicología, así como, su productividad que comenzaba a ampliarse a otras áreas del Hospital como: a

Medicina Física y Rehabilitación e interviniendo en áreas de conflicto a nivel de personal.

Por el año 1980, los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, siendo necesario la contratación de nuevos psicólogos, es así que luego entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos.

El Dr. Luis Estrada con una visión de futuro a la creación de la Psicología Clínica y de la Salud, organiza el desplazamiento de los Psicólogos a diferentes Servicios del Hospital como: Neurología, Pediatría, Hemodiálisis, Medicina Preventiva, Obstetricia, Gastroenterología, Rehabilitación. Esta situación genera en 1986 la necesidad de la creación del Departamento de Psicología, terminando la dependencia estructural del Servicio de Psiquiatría, que era una añeja práctica hospitalaria.

En la Nueva Macro estructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, con 4 Servicios: Servicio de Psicología de Salud, Servicio de Neuropsicología, Servicio de Psicología de Rehabilitación y Servicio de Psicología de Madre-Niño.

En el año 1992, después de más de 30 años de labor en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, el Dr. Luis Estrada de los Ríos, reconocido ícono de la Psicología en el Perú, solicita su pase al retiro asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Psicóloga Gloria Díaz Acosta.

Posteriormente, la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades a fin que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental requerimiento que fue aceptado por las autoridades y el Departamento de Psicología es reestructurado, quedando 2 Servicios: El Servicio de Psicología Hospitalaria a cargo de la Psicóloga María del Carmen Torres y el Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Psicóloga Gloria Díaz Acosta.

En 1995, al convertirse la Dirección de Salud Mental en el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Psicología pasa a convertirse en el Servicio de Psicología permaneciendo bajo la jefatura de la Psicóloga Gloria Díaz Acosta.

Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos por la importancia, por el tipo de atención, por nivel de línea de carrera y el servicio que se otorga desde el año 1996 hasta la actualidad forma parte de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

El servicio está orientado a cubrir las necesidades institucionales (en el aspecto organizacional) y sobre todo a las necesidades de nuestra población objetivo que en un primer momento fueron los pacientes del HNERM, y en el último decenio es la necesidad de cubrir la demanda de una Red Asistencial que abarca un componente de promoción de la salud, la prevención y detección precoz de riesgos y el tratamiento con enfoque multidisciplinario y de rehabilitación integral de la persona. Además, tiende a la profundización, el perfeccionamiento y la actualización permanente de las competencias y el desarrollo del diagnóstico clínico, el tratamiento desde el enfoque terapéutico, la capacitación y la investigación respectiva.

En 1998, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Psicóloga Berenice de la Torre Sobrevilla cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral, asimismo, con la integración de mayor número de profesionales psicólogos las actividades de nuestro servicio se han ido expandiendo.

Los logros y espacios alcanzados son resultado del esfuerzo constante de los 36 psicólogos que vienen ampliando progresivamente su presencia en casi todas las especialidades médicas, por su desempeño y cumplimiento de sus funciones de manera eficiente en coordinación con la Jefatura del Servicio que fue asumida por el Psicólogo Jorge Landauro Quiñe en el año 2012 y, en la actualidad, por el Psicólogo Ramón Vera Cortegana.

Paralelamente a estos sucesos a partir del 20 de Mayo del 2008, se crea en el Departamento de Pediatría Clínica con los Servicios de Pediatría de Especializaciones Clínicas, entre los que se encuentran el Servicio de Endocrinología, Gastroenterología, Nefrología, Neumología, Neurología que inició su funcionamiento con los Drs. Pedro Ortiz, Hugo Días y José Hernández en el año de 1985, quienes eran neurólogos de adultos y que en la actualidad está a cargo de neurólogos pediatras, y otros servicios,

Pediatría General y el Servicio de Neonatología, el que está conformado por un sólido equipo multidisciplinario conformado por médicos intensivistas neonatales, personal de enfermería, psicología, nutrición, servicio social, fisioterapia, personal técnico de enfermería, personal de limpieza y vigilancia, que se orientan a brindar servicios de salud eficientes y de alto contenido humano a la población neonatal en estado crítico para permitir la recuperación de la salud en base al desarrollo de sus potencialidades.

Cabe resaltar que la plana de Psicólogos por su motivación de Servicio a los Asegurados, no han escatimado esfuerzos para capacitarse en Maestría, Doctorado y Segunda Especialidad.

El Servicio de Psicología e

s un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Médico y cumple funciones de atención psicológica altamente calificada y especializada en aspectos de evaluación diagnóstico y tratamiento tanto a nivel clínico como laboral, contribuyendo de este modo en proporcionar servicios de salud integrales y así cumplir con los objetivos institucionales.

En la actualidad desarrollamos nuestras actividades en más de 30 de los Servicios Médicos del Hospital. La demanda que atendemos se da a través de interconsultas en Consulta Externa y atención directa e interconsultas en los servicios de Hospitalización, Áreas Críticas y Emergencia. Participamos en los proceso de selección de personal y en los programas de mejoramiento del Clima Organizacional de la Institución.

La población que atiende el Servicio de Psicología está constituida por la población asegurada de la Red Asistencial Rebagliati, proveniente del Hospital II Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Uldarico Roca, Hospital Carlos Alcántara, Policlínico Pablo Bermúdez, Policlínico Chequeos Larco, Policlínico Chincha, Policlínico Próceres, Policlínico Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y Centro Médico Mala.



## II. GESTION INSTITUCIONAL

### 2.1 Visión

*“Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.*

### 2.2 Misión

*“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.*

### 2.3 Principios de la Seguridad Social

La Seguridad Social Integral se basa en los siguientes principios:

#### ✓ **Universalidad**

Es la garantía de protección para todas las personas amparadas por esta Ley, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida.

#### ✓ **Solidaridad**

Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema.

#### ✓ **Integralidad**

Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del Sistema.

✓ **Unidad**

Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo.

✓ **Participación**

Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el Sistema de Seguridad Social Integral.

✓ **Autofinanciamiento**

Es el funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible.

✓ **Eficiencia**

Es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta Ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente.

### **III. GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA**

#### **3.1 Visión**

*“Ser una servicio líder en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.*

#### **3.2 Misión**

*“Somos un servicio que brinda atención psicológica con calidad y eficiencia ofreciendo adecuados servicios asistenciales preventivo promocionales, y recuperativos que persigue el bienestar emocional de los asegurados para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida”*

#### **3.3 Infraestructura del Servicio de Psicología**

El servicio de Psicología del HNERM, se encuentra ubicado en el primer piso del Edificio principal que tiene una edificación de material noble, distribuida en 3 espacios, 1 ambiente destinado a la Jefatura del área, la secretaria y 1 sala de psicoterapia para la ejecución de talleres y terapia de grupo o terapias familiares.

Adicionalmente, se cuentan con 6 consultorios para la atención ambulatoria (adultos, adolescentes, niños) ubicados en el primer piso en el área de Salud Mental, Rehabilitación y Pediatría destinados para la consulta externa.

#### **3.4 Horarios de Trabajo**

La atención psicológica se da en dos turnos de lunes a sábado de 8:00 a 14:00 y de 14:00 a 20:00.

### 3.5 Recursos Humanos

NEUROLOGÍA - NEUROCIRUGÍA	02 PSICÓLOGOS
MEDICINA INTERNA	01 PSICOLOGO
CARDIOLOGÍA – CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	01 PSICOLOGO
NEFROLOGÍA – UNIDAD DE TRASPLANTE	01 PSICOLOGO
TRAUMATOLOGÍA (9 A – B - C)	01 PSICOLOGO
ONCOLOGÍA - HEMATOLOGÍA	01 PSICOLOGO
ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA Y MAMARIA	01 PSICOLOGO
UCIN – UCI 7B	02 PSICOLOGOS
GASTROENTEROLOGÍA – TRASPLANTE HÍGADO	01 PSICOLOGO
OBSTETRICIA (5 A- B –C)	01 PSICOLOGO
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	01 PSICOLOGO
NEONATOLOGÍA (2 A)	01 PSICOLOGO
UCI (2C)	01 PSICOLOGO
REHABILITACIÓN ADULTOS	03 PSICOLOGOS
REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA	01 PSICOLOGO
EMERGENCIA PEDIÁTRICA	01 PSICOLOGO
ONCO-HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	01 PSICOLOGO
CLÍNICA PEDIÁTRICA Y ESPECIALIZADA	01 PSICOLOGO
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	01 PSICOLOGO
SALUD MENTAL (Hospitalización, Programas, Adolescentes)	08 PSICOLOGOS
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL – SALUD MENTAL	03 PSICOLOGOS
HOSPITALIZACIÓN PARCIAL - FARMACODEPENDENCIA	02 PSICOLOGOS
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	01 PSICOLOGO
<b>TOTAL</b>	<b>37 PSICOLOGOS</b>

*Cuadro 1. Relación de profesionales psicólogos por servicio*

### 3.6 Estructura Funcional

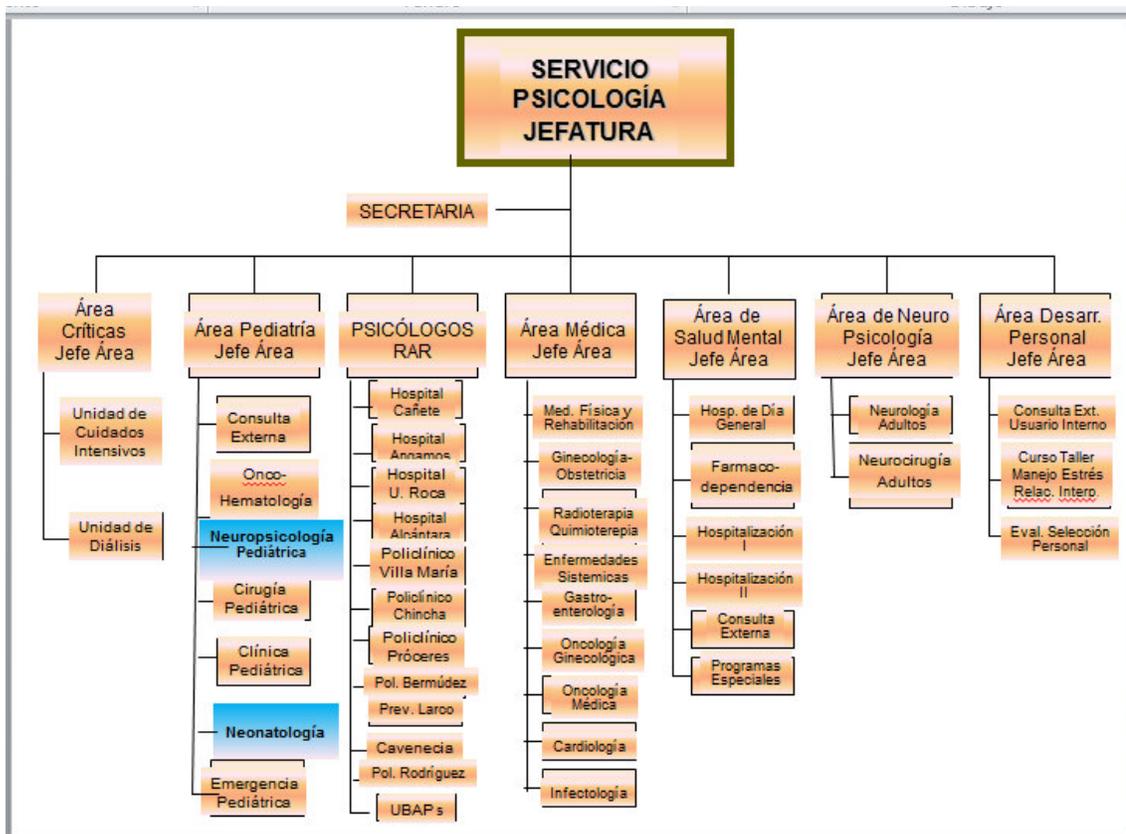


Figura 1. Flujograma de la estructura funcional del Servicio de psicología

### 3.7 Organización Funcional

La creación de la Seguridad Social en el Perú fue resultado de la confluencia de dos procesos:

- Por un lado, hubo una fuerte corriente internacional de promoción de las primeras experiencias de seguros sociales en Europa, proceso que se aceleró luego de la Primera Guerra Mundial y la ocurrencia de la Gran Depresión de 1929. El papel destacado de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), creada como consecuencia de la Conferencia de Paz de Versalles (1919), y que tiene como órgano supremo a la Conferencia Internacional del Trabajo, que

promovió (en el período de 1919 a 1935) la implantación de sistemas de seguros sociales en el hemisferio occidental.

- Por otro lado, en el plano nacional, los movimientos sindicales y políticos emergentes durante la década del veinte introdujeron en la agenda pública la necesidad de contar con sistemas de protección social en el país, demanda que fue recogida en la Constitución Política del Perú de 1933.

En virtud de ello, el gobierno peruano, durante el año 1935, envió a Edgardo Rebagliati y Guillermo Almenara a estudiar la organización de los programas de seguridad social en Argentina, Chile y Uruguay.

El 12 de agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N.º 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, brindaba prestaciones de “asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicio de farmacia y subsidios en dinero” (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción), así como, pensiones de invalidez y vejez.

El 10 de febrero de 1941 inició sus actividades el primer hospital de la Caja Nacional del Seguro Social, con el nombre de Hospital Mixto y Policlínico de Lima, y fue su primer director el Dr. Guillermo Almenara Irigoyen, cuyo nombre lleva el hospital a partir de 1981. El 19 de noviembre de 1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N.º 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado, con la misma cobertura de prestaciones que el Seguro Obrero.

El 6 de noviembre de 1973 mediante el Decreto Ley N.º 20212 se creó el Seguro Social del Perú, que fusionaba los ex - seguros sociales Obrero y del Empleado en un único organismo administrativo, posteriormente incorporando las prestaciones preventivo-promocionales, la educación sanitaria y las prestaciones económicas.

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social. En esta norma se establece que el IPSS “...es una institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público

interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable”. En la década de los 90, el Estado, a través del Decreto Ley N.º 25897, crea el Sistema Privado de Pensiones y, posteriormente, el 6 de diciembre de 1992, crea por Decreto Legislativo la Oficina de Normalización Previsional, como entidad encargada de administrar todos los regímenes de pensiones, quedando el IPSS solamente a cargo de las prestaciones de salud, las prestaciones sociales y las prestaciones económicas.

El 30 de enero de 1999 se promulga la Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que precisa sus funciones, organización, administración y prestaciones. Respecto a las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), la ley establece que son de prevención, promoción, rehabilitación y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, así como, programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca EsSalud dentro del régimen de libre contratación. Con la Ley N.º 27056, se termina de configurar el marco normativo que rige actualmente a la institución

El Seguro Social de Salud, EsSalud, está comprometido con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud.

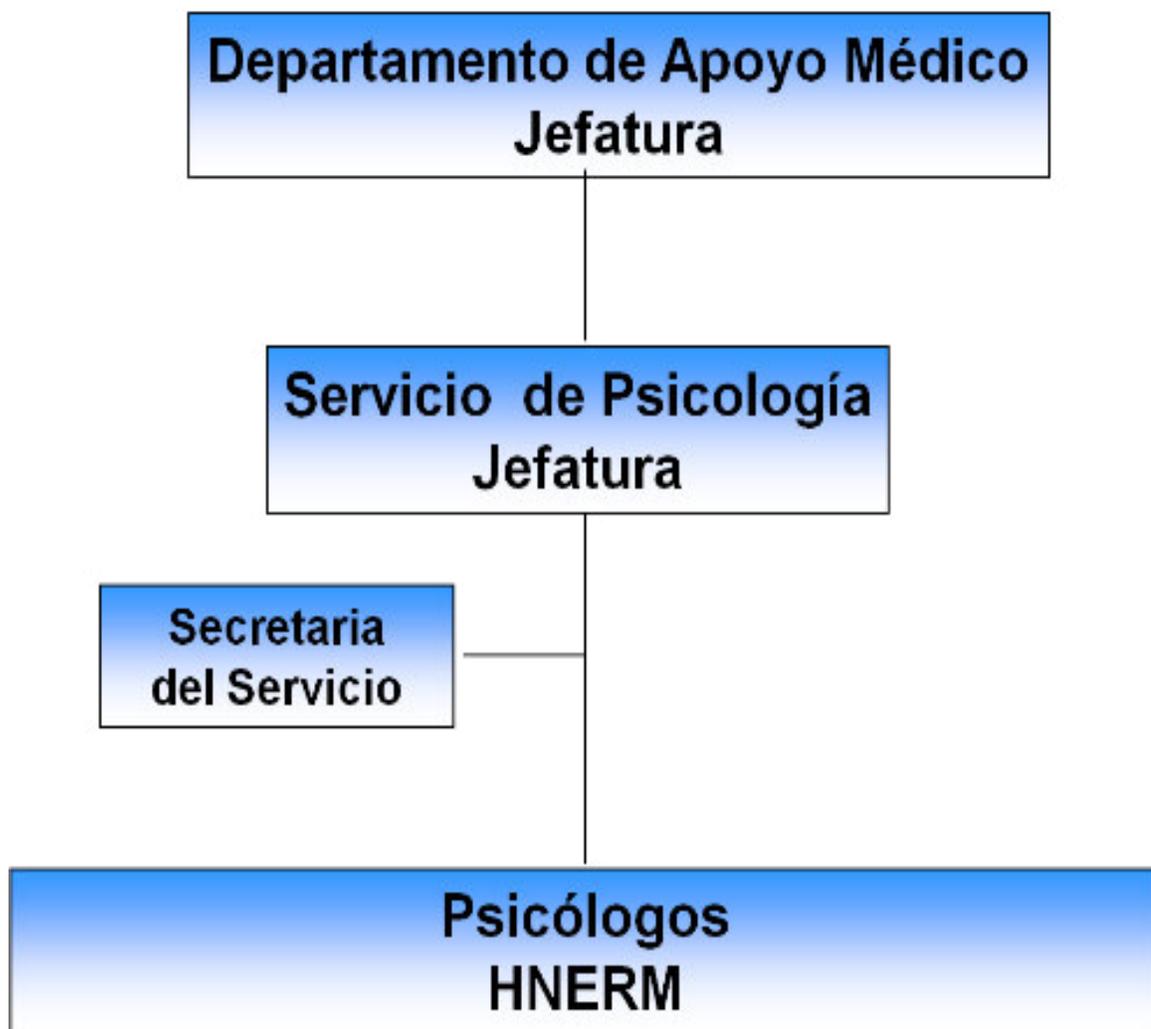
Cuenta con hospitales generales, policlínicos y establecimientos especializados de salud, ubicados estratégicamente a lo largo y ancho del Perú, a fin de satisfacer la gran demanda de salud existente entre la población asegurada y no asegurada. Así como Centros del Adulto Mayor (CAM) y Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERP).

El Seguro Social del Perú, desde sus inicios, ha desempeñado un rol innovador en el ámbito sectorial, dinamizando las acciones del Estado y de los diversos actores del mundo laboral a fin de contribuir a lograr la salud y bienestar de la población. En una perspectiva histórica, el Seguro Social ha sido protagonista de diversos procesos de

crecimiento que le han dado su actual dimensión y desarrollo, como una institución líder en el campo de la salud.

La expansión de EsSalud implica la creación de nueva infraestructura y servicios, como también la modernización que le permita estar a la altura de los retos que impone esta etapa de desarrollo del país.

**Líneas de autoridad:** Jefe de Servicio – Coordinadores de Área - Psicólogos - Internos. Cuenta con el apoyo de una Secretaria y un personal Técnico Administrativo.



*Figura 2. Organigrama del Servicio de Psicología*

### **3.8 Objetivos del Servicio de Psicología**

#### ***Objetivo general***

- Desarrollar las actividades de atención psicológica y los procedimientos de evaluación y diagnóstico, así como, psicoterapéuticos tanto en consulta ambulatoria como en hospitalización, basados en los principios de la Psicología a efecto optimizar capacidades y habilidades, adaptarse a los procesos de enfermedad, contribuir al proceso de recuperación y rehabilitación y fortalecer a la familia.

#### ***Objetivos específicos***

- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren que son remitidos de los diferentes servicios médicos.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.
- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.
- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como, apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes y la dirigir la supervisión y evaluación del internado de Psicología.

- Realizar actividades de prevención, promoción de salud psicosocial intra y extra hospitalarios en coordinación con los servicios del hospital y los centros asistenciales de menor nivel de atención.
- Incrementar conocimientos sobre actuales investigaciones de enfoques psicoterapéuticos, exposiciones de casos psicológicos, técnicas de evaluación e intervención mediante Jornadas de Capacitación Interna y Capacitación Externa realizados de manera intra y extra-mural.
- Realizar investigación en temáticas basadas en las problemáticas que presenta la población asegurada.
- Desarrollar los conceptos teóricos-prácticos necesarios para utilizar adecuadamente los procedimientos de intervención psicológica en el área clínica: evaluación, diagnóstico y tratamiento que contribuyan a alcanzar un nivel óptimo y competitivo en la formación profesional de los internos del centro.

### **3.9 Actividades del Servicio de Psicología**

- **Atención Ambulatoria:** Es el conjunto de actividades psicológicas que se realizan ambulatoriamente en consulta externa, consulta de personal, salud ocupacional, apoyo descentralizado, consulta de prevención/recuperación, domiciliaria a pacientes que provienen por solicitud del médico, directa, interconsulta o referencia. Tiene por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.

*Unidad de Medida* : *Atención*

- **Atención en hospitalización:** Conjunto de actividades y procedimientos psicológicos brindados al paciente en los servicios de hospitalización en áreas críticas y no críticas durante el internamiento. Tiene por finalidad determinar el

riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.

*Unidad de Medida* : *Atención*

- **Procedimientos Diagnósticos:** Son los exámenes para determinar el riesgo, daño en la esfera psicológica o establecer perfiles psicológicos. El procedimiento comprende la evaluación psicológica que consiste en el uso de tests o pruebas psicológicas y neuropsicológicas.

*Unidad de Medida* : *Prueba*

- **Procedimientos Terapéuticos:** Son actividades de recuperación, rehabilitación que aplica el psicólogo usando procedimientos terapéuticos multimodales según el caso, lo que a su vez genera un cambio en la actitud y conducta del paciente. Se aplica como: terapia individual, terapia de pareja, terapia de familia y terapia grupal. Incluye terapia de lenguaje, terapia de aprendizaje, terapia de atención-concentración, entre otros.

- **Terapia Psicológica Individual:** Procedimiento terapéutico realizado por el Psicólogo con la atención focalizada en una sola persona, tiene como objetivo el establecimiento cognitivo, emocional y comportamental del individuo, a fin que pueda integrarse a las áreas afectadas. Este tipo de terapia es multimodal. Incluye Terapia de Aprendizaje, Terapia de Lenguaje y Terapia del Desarrollo Psicomotor.

*Unidad de Medida* : *Sesión*

- **Terapia Familiar:** Procedimiento especializado realizado por el Psicólogo que tiene por finalidad potenciar los recursos de la familia con el objetivo de cambiar el sistema relacional.

*Unidad de Medida* : *Sesión*

- **Terapia Psicológica de Pareja:** Procedimiento especializado realizado por el Psicólogo que tiene como unidad de análisis a la pareja y que concentra sus esfuerzos en modificar las interacciones de la pareja conyugal.

*Unidad de Medida* : *Sesión*

- **Terapia Psicológica Grupal:** Procedimiento terapéutico realizado por el profesional Psicólogo basado en la relación interpersonal que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano y las intervenciones del terapeuta, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno y la superación del conflicto.

*Unidad de Medida* : *Sesión*

- **Terapia Psicológica Grupal en Hospital de Día:** Son procedimientos psicoterapéuticos intensivos y especializados que realiza el profesional Psicólogo bajo la modalidad de Hospitalización Parcial. Dirigido a un grupo de pacientes (máximo 15 pacientes) que asiste diariamente durante 45 días. El que tiene como objetivo su tratamiento y recuperación.

*Unidad de Medida* : *Sesión*

- **Procedimientos Preventivos Promocionales:** Son actividades que se aplican a la población en riesgo y son de naturaleza multimodal. Estas prestaciones se brindan a través de Campañas, Consejería (individual o familiar), Charlas y Psicoprofilaxis (Talleres Psicológicos).

- **Campaña de Promoción de la salud:** Estrategia de Comunicación masiva entre el psicólogo y los usuarios asegurados y no asegurados, usando los procedimientos de detección (evaluación) y terapias grupales, con la finalidad de identificar factores de riesgo.

- **Consejería.** Estrategia de comunicación, información, acompañamiento y escucha entre el Psicólogo y él o los usuarios, que se aplica como metodología de prevención y apoyo en salud.

*Unidad de Medida* : *Sesión*

- **Charla de Salud:** Actividad educativa grupal que puede ser ofrecida dentro o fuera del centro asistencial sobre un tema específico con o sin demostración, cuyo objetivo es la información, sensibilización y motivación de las personas respecto al autocuidado de la salud en su contexto familiar, comunitario y ambiental, de acuerdo a los ejes temáticos de la cartera de servicios de salud de complejidad creciente.

*Unidad de Medida* : *Charla*

- **Psicoprofilaxis Psicológica:** Actividad que realiza el profesional Psicólogo en los diferentes niveles de atención, dirigida a los pacientes, familiares o acompañantes (en grupos de 15 personas) aplicando técnicas participativas y vivenciales, en aspectos de prevención, manejo de complicaciones y daños prevalentes. La actividad psicológica está dirigida a incorporar esquemas psicológicos saludables para afrontamiento de problemática de vida.

*Unidad de Medida* : *Charla*

- **Educación Sanitaria:** Técnica de promoción de la salud aplicada por el profesional Psicólogo para fines de información, sensibilización y fomento del autocuidado de la salud que se realiza en forma individual o grupal, intra o extramuro, incluye capacitación a trabajadores de la salud.

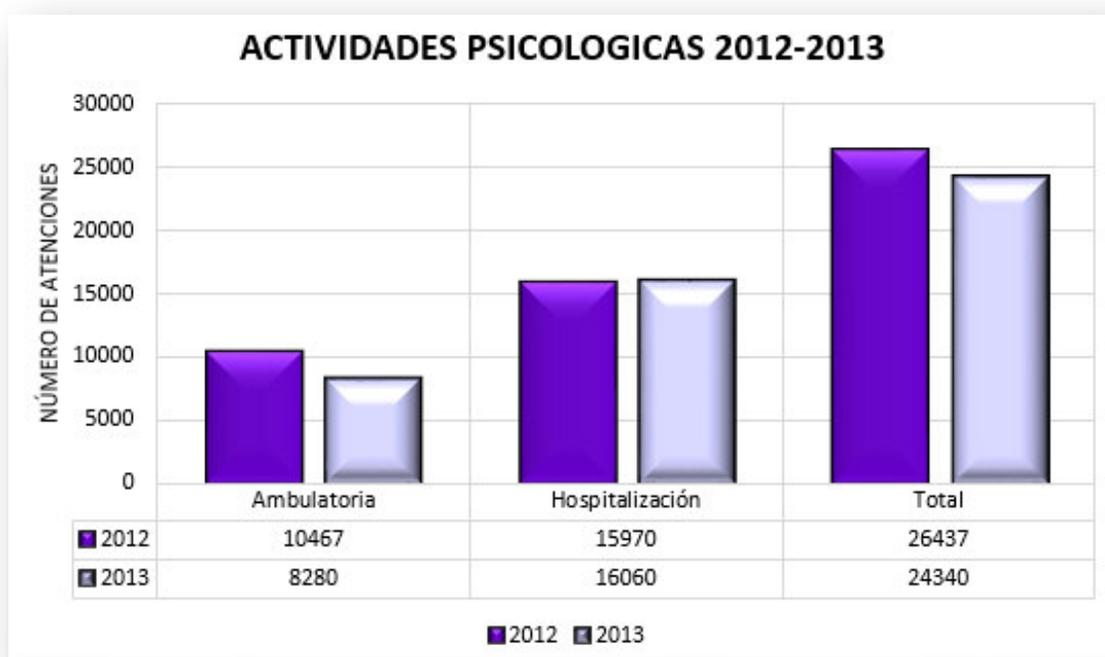
*Unidad de Medida* : *Sesión*

- **Informe Psicológico:** Documento técnico que realiza el Psicólogo en el que sintetiza los resultados de la entrevista, anamnesis psicológica y los procedimientos psicológicos (de diagnóstico, o de tratamiento y/o recuperación).

*Unidad de Medida* : *Informe*

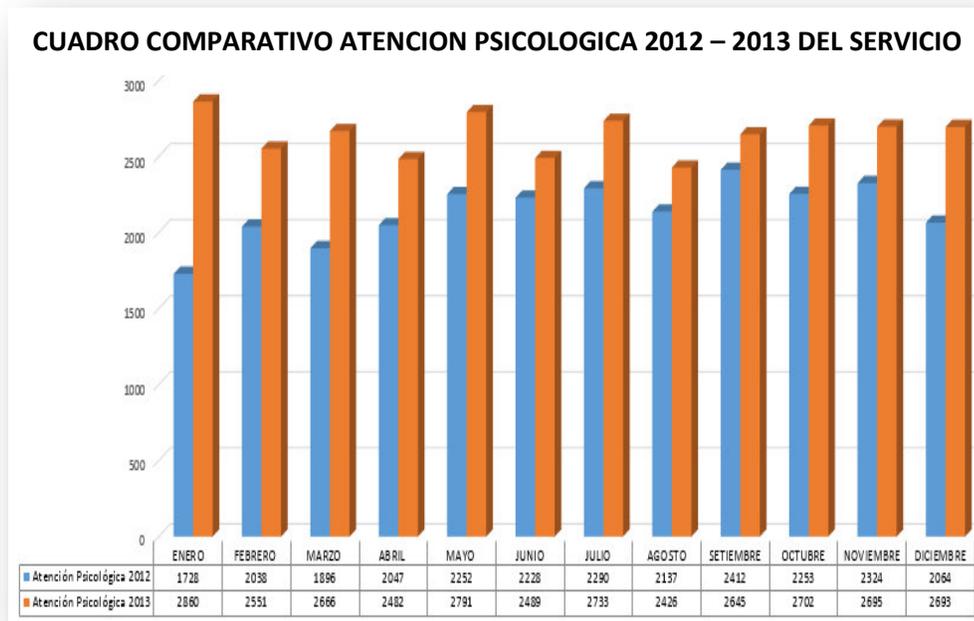
### 3.10 Estadística General 2012-2013

Las estadísticas generales se representaran en gráficos comparativos de las actividades del Servicio de Psicología entre ambos años.



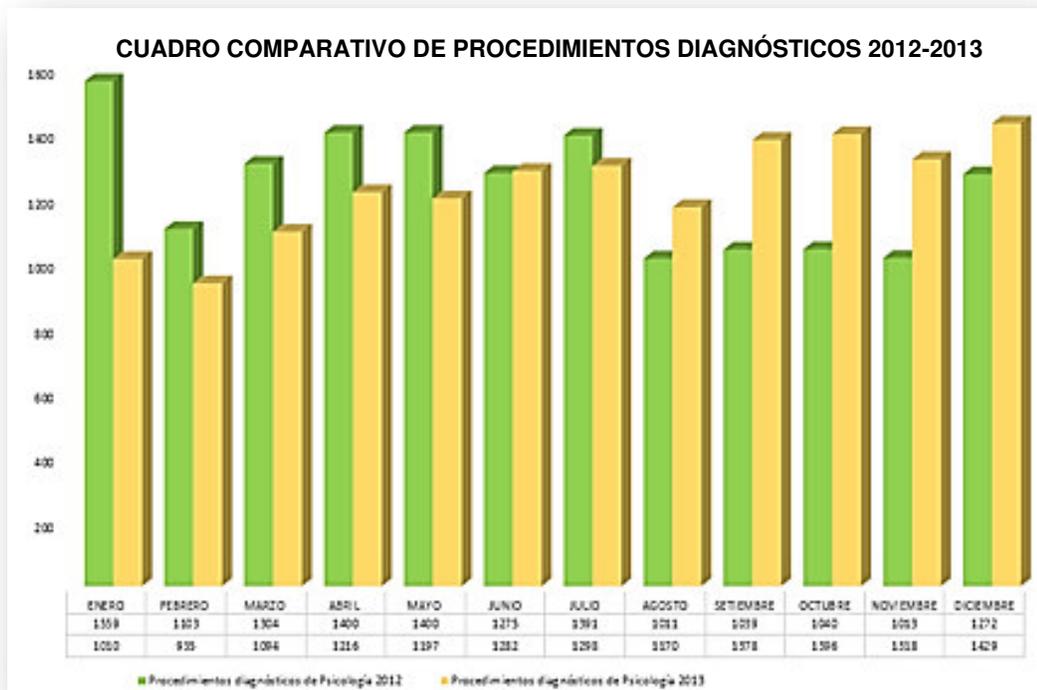
*Gráfico 3. Estadística General de las Actividades del Servicio 2012-2013*

- Nota: las actividades psicológicas están separadas en dos grandes grupos. Se hace la comparación de número de pacientes atendidos en cada actividad por año.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



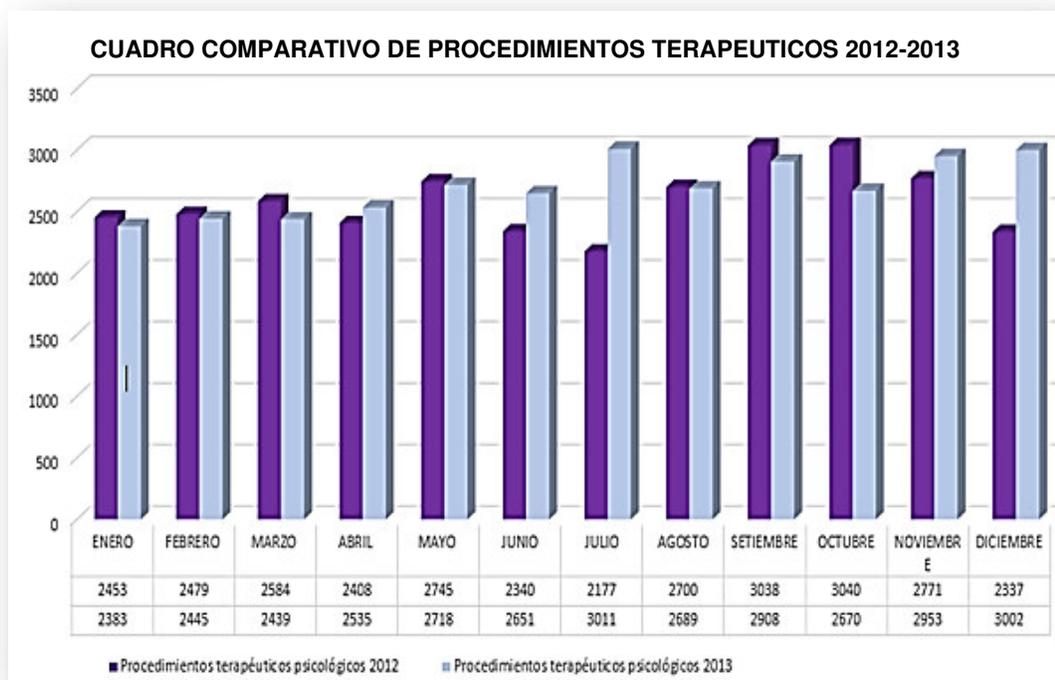
*Gráfico 4. Estadística General de Atenciones Psicológicas del Servicio 2012 - 2013*

- Nota: comparación de la cantidad de atenciones psicológicas clasificadas por meses entre los dos últimos años culminados.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



*Gráfico 5. Actividades de Procedimientos Diagnósticos del Servicio de Psicología 2012-2013*

- Nota: comparación de la cantidad de procedimientos psicológicos clasificados por meses entre los dos últimos años culminados.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



*Gráfico 6. Actividades de Procedimientos Terapéuticos del Servicio de Psicología 2012-2013*

- Nota: comparación de la cantidad de procedimientos terapéuticos clasificados por meses entre los dos últimos años culminados.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



Gráfico 7. Actividades Preventivo-Promocionales del Servicio de Psicología 2012-2013

- Nota: comparación de la cantidad de actividades preventivo-promocionales realizadas entre ambos años clasificados mensualmente.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

#### IV. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

##### 4.1 Nombre

- ✓ Servicio de Neonatología
- ✓ Unidad de Neuropsicología Pediátrica

## **4.2 Horario de trabajo**

Lunes, miércoles, jueves, viernes y sábado de 08:00 a 14:00

Martes de 12:00 a 18:00

## **4.3 Descripción del área**

La Unidad de Psicología Pediátrica está orientada a cubrir las necesidades institucionales, y sobre todo, a las necesidades de nuestra población objetivo que en un primer momento fueron los pacientes del HNERM y en el último quinquenio conlleva la necesidad de cubrir la demanda de una Red Asistencial que abarca un componente de promoción-prevención de la salud, detección de riesgos, diagnóstico y tratamiento con enfoque multidisciplinario y de rehabilitación integral de las personas.

Las perturbaciones emocionales, conductuales, cognitivas, del desarrollo y psicopatológicas como ya es conocido se relacionan internamente con el estado y la enfermedad física, por lo tanto, cuando se solicita la atención para un niño se deben contemplar con interés y respeto la naturaleza de sus necesidades, los sentimientos de sus padres, además de las actitudes y conceptos emocionales de los profesionales encargados del manejo de la situación.

Así, la intervención psicológica es de gran relevancia y tiene por finalidad ayudar al diagnóstico, al desarrollo, a evitar las secuelas de tipo emocional y de regresión o detenimiento de algunos procesos psicológicos o neuropsicológicos, asistiendo a los lactantes, infantes y niños a través de la evaluación, orientación y terapia psicológica, así como, en el apoyo a la familia.

Las actividades del psicólogo en Neonatología (Cuidados Intensivos e Intermedios) están dirigidas a intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario en la problemática de la madre, el padre y el bebé en esta etapa de crisis y vulnerabilidad. Su rol principal es ser facilitador del desarrollo de las personas que atraviesan una situación compleja como lo es un embarazo de riesgo, el nacimiento de un hijo prematuro, con malformaciones genéticas o físicas u enfermedades con complicaciones. Es en el escenario de atención de salud donde la experiencia de sufrimiento resulta más apremiante para los padres y en donde se le permite afrontar las demandas también apremiantes de alivio, de lograr la salud emocional y esperanza o ayudar en el proceso de duelo.

Asimismo, el campo de la Neuropsicología se ha hecho cada vez más patente la especialización del psicólogo, por dos razones principales, la primera: que el trabajo neurológico general demanda una dedicación a todos los problemas de afectación del sistema nervioso, y segundo que el trabajo psicológico demanda una dedicación a todos los problemas psicológicos que abundan en todos los campos de las especialidades médicas. Cada vez más es necesario que la neuropsicología pediátrica se dirija al estudio y terapia de desarrollo o restitución de los pacientes con trastornos psíquicos por lesiones o disfunciones cerebrales

#### **4.4 Objetivo General**

- Brindar atención psicológica, evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, basados en los principios de la Psicología Perinatal y Neuropsicología Pediátrica, a efecto optimizar las capacidades y habilidades del niño tanto para desarrollarse dentro de su entorno, adaptarse a sus problemáticas y fortalecer a la familia como núcleo base, de forma de incentivar su desarrollo sano, su crecimiento y su evolución dentro de nuestra sociedad.

#### **4.5 Objetivos Específicos**

- Realizar evaluación psicológica/neuropsicológica que abarque las disposiciones afectivas-emocionales, competencia intelectual, los procesos cognitivos (atención, memoria, perceptuales, espaciales, motrices), habilidades

lingüísticas, habilidades escolares, hábitos de estudio, nivel de desarrollo, las actitudes y motivaciones, aspectos conductuales y otras pertinentes en niños y púberes varones y mujeres de diferentes estratos socioeconómicos, según sea el motivo de consulta.

- Entrevistar a padres de familia, apoderados y/o tutores con el fin de obtener información acerca de la problemática actual del paciente, para la elaboración de la anamnesis o historia psicológica personal-familiar.
- Evaluar las de acuerdo al método clínico psicológico integral y psicodiagnóstico.
- Realizar la aplicación y corrección manual o virtual de los tests, protocolos, escalas psicológicas y/o neuropsicológicas a utilizar en la etapa de evaluación.
- Elaborar y entregar informes, además de brindar orientación a los padres y/o tutores acerca de los planes de intervención y/o derivación en casos que no competen como especialidad.
- Realizar la intervención terapéutica dentro de un marco teórico según la orientación psicológica, tales como Terapia Individual (desarrollo, fortalecimiento o restitución de habilidades), Terapia Familiar, Consejería Familiar, Escuela de Familia, Terapia Grupal (Psicorrelajación).
- Asistir a las reuniones de coordinación interna para el análisis de casos, revisión de informes y programación de actividades.
- Participar como profesional en el equipo interdisciplinario a fin de intercambiar opiniones respecto de la evaluación y orientación en función del plan de tratamiento del paciente.
- Participar en el programa de capacitación.
- Desarrollar charlas psico-educativas al personal.

## 4.6 Descripción de las Actividades Psicológicas

### 4.6.1 Metodología

- **Método:** El método del plan de trabajo utilizado para la intervención psicológica en niños atendidos en el Departamento de Pediatría, ser de tipo Descriptivo, Clínico y Estadístico.
- **Universo:** La población está conformada por todos aquellos pacientes desde recién nacidos (principalmente de Alto Riesgo) hasta 13 años y 11 meses y 29 días y a la familia, atendidos en el Departamento de Pediatría del HNERM de EsSalud.

### 4.6.2 Planteamiento de las actividades

#### a. Procedimientos Diagnósticos

- **Entrevista:** Es un proceso de conversación seria, siendo una de las primeras estrategias del contacto directo entre paciente y evaluador, siendo su principal fin el recoger datos, motivar e informar, al paciente, basada específicamente en la información verbal que remite éste, dependiendo del nivel de empatía y el adecuado rapport brindado en el clima de esta relación.  
*Con el paciente:* se da mayor realce a la empatía que se desarrolla en cada una de las sesiones, para que la información sostenida sea de mayor confiabilidad.  
*Con los informantes:* En el caso de niños es imprescindible trabajar la primera sesión con los padres y recabar datos importantes en su historia clínica psicológica (anamnesis).  
*Con otros familiares:* información relevante para el motivo de consulta. Cuando el paciente no es consciente del problema, se pide llamar a otros informantes, para que vierta información objetiva.
- **Observación:** Es la estrategia prioritaria que junto a la entrevista psicológica deben de permitir de forma objetiva y efectiva avizorar la problemática que

presenta el paciente durante las sesiones de evaluación; ya que el ambiente de observación solo se reducirá a las instalaciones del consultorio, se deberá de observar con mucho énfasis, desde indicadores generales, (tal como apariencia física, higiene personal, desarrollo maduracional según edad cronológica), así como indicadores de conducta, captados de manera verbal (expresión, comprensión verbal), como no verbal (movimientos lentos o agitados, sudoración, motivación, colaboración, interés /desinterés, etc.).

- **Plan de evaluación:** Es una herramienta de apoyo en paralelo que sirve para complementar las apreciaciones durante la entrevista y la observación y que además conllevarán a enunciar un juicio sobre el evaluado, siguiendo cada uno de los criterios establecidos anticipadamente. El objetivo principal de la evaluación es tomar una decisión bajo un determinado plan a fin de determinar un diagnóstico a futuro están conformadas por las pruebas psicológicas, las cuales varían de acuerdo a la temática a indagar.

Por tanto, se diseña un plan de evaluación basado en los datos recogidos en la entrevista y observación, ayudado por el motivo de consulta, a través de ellos se decide que instrumento o técnica se va a utilizar para poder corroborar las hipótesis planteadas en un inicio.

- **Administración de instrumentos.** Son acciones de apoyo que sirve para complementar las apreciaciones del psicólogo en la entrevista y en la observación y que además conllevarán a enunciar un juicio sobre el evaluado, siguiendo cada uno de los criterios establecidos anticipadamente, su objetivo es tomar una decisión bajo un contexto determinado, con el fin de arribar a un diagnóstico. Se hace uso de las pruebas, según sea el caso asignado, para poder confirmar o refutar las apreciaciones más no para emitir un diagnóstico definitivo del paciente en base a estas.

- **Calificación de las pruebas:** Se realiza el análisis cuantitativo de los resultados, que consiste en la calificación manual y computarizada de las pruebas administradas, así como, el análisis cualitativo dirigido a la interpretación de los resultados obtenidos de acuerdo a las normas

establecidas en cada uno de los instrumentos y de acuerdo a las características de los evaluados.

- **Análisis e interpretación de los resultados:** Se efectuará en base a los resultados considerando las normas que establezca cada instrumento.
- **Perfil:** Se elabora en base a los resultados encontrados, en el cual se ubicarán tanto sus posibilidades y limitaciones.

#### **b. Presunción Diagnóstica:**

Es un proceso secuencial de toma de decisiones que se inicia con la evaluación empleando diversas técnicas, clasificación y comparando al sujeto con la norma; con el fin de orientar y elevar las potencialidades del educando mediante un plan de intervención diseñado en base a sus fortalezas y debilidades, logrando así su ajuste personal y social.

El diagnóstico es realizado según las normas del CIE 10, observación, entrevista y técnicas de evaluación en base a los resultados de los protocolos, escalas, baterías, etc. utilizadas en las sesiones.

#### **c. Informe Psicológico:**

Sistematización de la información recogida durante el proceso de observación, entrevista y de evaluación psicológica, adjuntando los datos ya anteriormente especificados. Se toma en cuenta un modelo o estructura formal indicándose las conclusiones y recomendaciones.

#### **d. Intervención y Tratamiento:**

Elaboración de un Plan de Intervención Psicológica.

La intervención en Modificación de Conducta individual o grupal a realizar estará basada en el enfoque cognitivo conductual o intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el

comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias mal adaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas más adaptativas.

Principales características:

- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- Análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- Estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- Énfasis en la verificación empírica
- Duración breve.

Los componentes específicos del tratamiento vienen determinados por la formulación del problema, del centro de interés y la naturaleza del programa de intervención. Los tratamientos deben adaptarse a la medida de los problemas particulares y de las necesidades individuales.

- Formulación y psicoeducación
- Observación y registro de los pensamientos
- Identificación de distorsiones y déficit cognitivos
- Evaluación de pensamientos y desarrollo de procesos cognitivos alternativos.
- Aprendizaje de nuevas habilidades cognitivas
- Educación emocional
- Observación y registro de las emociones
- Autodominio emocional
- Establecimiento de objetivos y reprogramación de actividades.

- Exposición
  - Juego de roles, modelado y ensayo conductual.
  - Refuerzos y recompensas.
- **Terapia Grupal de Psicorrelajación a madres:** Las técnicas de relajación a menudo emplean técnicas propias de los programas de control del estrés y están vinculadas con la psicoterapia, la medicina psicosomática y el desarrollo personal. La relajación de la tensión muscular, el descenso de la presión arterial y una disminución del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria son algunos de sus beneficios en la salud. Cuando las madres, sobre todo las que amamantan se hallan estresadas el cuerpo naturalmente produce menos cantidad de leche, lo cual provoca mayor estrés. En el peor de los casos, se puede comenzar a complementar la lactancia con fórmula o abandonar la lactancia en su totalidad.
- **Asesorías a Padres sobre Manejo de Conducta en sus Hijos:** Complemento dentro del proceso terapéutico en modificación de conducta de los niños por medio del cual se enseña a los padres a manejar adecuadamente las conductas de sus hijos.
- Sensibilización y Análisis Funcional de la Conducta Problema
  - Establecimiento de Normas en casa
  - Incremento de conductas adaptativas
  - Disminución de conductas inadecuadas
  - Mantenimiento de conductas adecuadas
  - Entrenamiento en Habilidades Sociales
  - Desarrollo de la autoestima.
- **Orientación y Consejería:** Dirigido a padres que requieren pautas o recomendaciones para mejorar ciertas actitudes o conductas en los que no se evidencie problemas emocionales o de personalidad.

#### 4.7. Instrumentos utilizados

## **ÁREA INTELECTUAL**

### **➤ Escala de Inteligencia Preescolar y Primaria de Wechsler (WPPSI - III)**

- *Autor(es)* : David Wechsler.  
Adaptación: S. Corral, I. Fernández, D. Arribas, F. Sánchez y P. Santamaría (TEA Ediciones).
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : 30 a 50 minutos en función de la edad
- *Edad de Aplicación* : .Niños de 02 años 6 meses a 07 años 03 meses
- *Objetivo* : Medir la habilidad o funcionamiento intelectual en las áreas cognitivas verbal y manipulativa.

### **➤ Escala de Inteligencia para niños y adolescentes de Wechsler (WISC IV)**

- *Autor(es)* : D. Wechsler, A. Kauffman
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Variable, en torno a 02 horas
- *Edad de Aplicación* : Niños de 06 años a 16 años 11 meses
- *Objetivo* : Medir la habilidad o nivel intelectual en distintos aspectos cognitivos.

### **➤ Escala de Inteligencia de Stanford-Binet L – M**

- *Autor(es)* : A. Binet
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : 40 – 50 min.
- *Edad de Aplicación* : Niños de 02 a 18 años
- *Objetivo* : Evaluar la capacidad intelectual

➤ **Test de Factor “G” de Cattell**

- *Autor(es)* : R. B. Cattell y A. K. S. Cattell
- *Forma de Aplicación* : Individual o Colectiva
- *Duración* : 80 segundos el área de sustitución, 90 segundos el área de laberintos, 60 segundos el área de identificación, 2 minutos el área de semejanzas
- *Edad de Aplicación* : Niños entre 4 a 8 años y 6 meses
- *Objetivo* : Factor general de inteligencia

➤ **Test de Factor “G” de Cattell (Escala 2, Forma A)**

- *Autor(es)* : R. B. Cattell
- *Forma de Aplicación* : Individual o Colectiva
- *Duración* : 3 minutos el test 1, 4 minutos el test 2, 3 minutos el test 3 y 2 minutos con 30 segundos el test 4
- *Edad de Aplicación* : Niños entre 8 a 14 años
- *Objetivo* : El Coeficiente Intelectual

➤ **Test de Matrices Progresivas de Raven**

- *Autor(es)* : J. C. Raven
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 40 a 90 min.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos
- *Objetivo* : Medir la habilidad para hacer comparaciones de formas, razonar por analogías y organizar percepciones espaciales: Inteligencia No Verbal

**ÁREA DE DESARROLLO**

➤ **Escala de Desarrollo de Denver**

- *Autores* : Centro Médico de la Universidad de Colorado, Denver.
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : 10 a 20 minutos en promedio

- *Edad de Aplicación* : Niños de 1 mes a 6 años
- *Objetivo* : Tamizaje para detectar o confirmar posibles problemas de desarrollo y monitoreo de niños con riesgo de problemas de desarrollo (aspecto personal-social, motor fino adaptativo, lenguaje y motor grueso).

➤ **Escala de Desarrollo Psicomotor Brunet – Lezine**

- *Autor(es)* : O. Brunet, I. Lezine.
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Sin tiempo límite
- *Edad de Aplicación* : Niños de 0 a 30 meses
- *Objetivo* : Detectar en nivel de desarrollo psicomotor en los aspectos de control postural, coordinación visuomotora, lenguaje y socialización

➤ **Test de Desarrollo Psicomotriz (TEPSI)**

- *Autor(es)* : Haeusler, Marchand
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Sin tiempo límite
- *Edad de Aplicación* : Niños de 02 a 05 años
- *Objetivo* : Obtener el nivel de desarrollo en las áreas de coordinación, lenguaje y sociabilidad

➤ **Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses (EEDP)**

- *Autor(es)* : Rodríguez, Arancibia y Undurraga
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : 30 a 40 minutos
- *Edad de Aplicación* : Niños de 0 a 24 meses
- *Objetivo* : Evalúa el desarrollo psicomotor en cuatro áreas:

lenguaje, social, coordinación y motora.

➤ **Escalas Bayley de Desarrollo Infantil**

- *Autor(es)* : Laretta Bender
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Variable, 45 minutos aproximadamente
- *Edad de Aplicación* : Hasta los 02 años 06 meses
- *Objetivo* : Inteligencia y desarrollo.

➤ **Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas**

- *Autor(es)* : G.H. Roid, J. Sampers, G. Anderson, J. Erickson y P. Post Adaptación española Fernando Sánchez, Pablo Santamaría, Irene Fernández y David Arribas
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Entre 60 y 90 minutos
- *Edad de Aplicación* : Niños de 01 mes hasta 06 años 06 meses
- *Objetivo* : Desarrollo cognitivo, lenguaje, motor, socio-emocional y conducta adaptativa

➤ **Escalas McCARTHY de aptitudes y psicomotricidad para niños**

- *Autor(es)* : Dorothea McCarthy
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Con niños menores de 5 años es aproximadamente de 45 minutos, a partir de esa edad es de alrededor de 60 minutos
- *Edad de Aplicación* : Dos años y medio a ocho años y medio.
- *Objetivo* : Desarrollo cognitivo y psicomotor del niño.

## **ÁREA VISUOMOTRIZ**

### **➤ Test Guestáltico Visuomotor de Bender (B.G)**

- *Autor(es)* : Laretta Bender
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Variable, entre 15 a 30 minutos
- *Edad de Aplicación* : Niños(as) de 05 en adelante, cualquiera sea su inteligencia o el tipo de problema que presenten
- *Objetivo* : Diagnóstico de problemas de aprendizaje, perturbaciones emocionales y disfunciones neurológicas tanto en niños como en adultos.

### **➤ Prueba de organización perceptiva de Santucci**

- *Autor(es)* : H. Santucci
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Variable, entre 15 a 30 minutos
- *Edad de Aplicación* : Niños(as) de 04 años a 06 años 06 meses
- *Objetivo* : Detectar deficiencias en la percepción y reproducción gráfica.

## **ÁREA SOCIOEMOCIONAL Y PERSONALIDAD**

### **➤ Escala de Madurez Social de VINNELAND**

- *Autor(es)* : Edgard Doll
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : 20 minutos
- *Edad de Aplicación* : De 0 a 25 años
- *Objetivo* : Mide la madurez social del niño y joven, brindando un esquema para revisar el desarrollo de la historia vital

➤ **Test de Dibujo de la Figura Humana**

- *Autor(es)* : Elizabeth Münsterberg Koppitz
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : No hay tiempo límite.
- *Edad de Aplicación* : Niños (as) entre 05 y 12 años
- *Objetivo* : Evalúa el nivel de maduración (aspecto evolutivo) y el relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño (aspecto emocional).

➤ **Test de la Figura Humana de Karen MACHOVER**

- *Autor(es)* : Karen Machover
- *Forma de Aplicación* : Individual o Colectiva
- *Duración* : 15 minutos aprox.
- *Edad de Aplicación* : Niños, adolescentes y adultos
- *Objetivo* : Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.

➤ **Cuestionario de personalidad para niños Forma "A" (CPQ)**

- *Autor(es)* : R. Catell y Porter
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 30 min cada parte (2 partes)
- *Edad de Aplicación* : Niños entre 8 y 12 años
- *Objetivo* : Obtener indicadores de la personalidad.

➤ **Inventario de Cociente Emocional ICE de BarOn**

- *Autor(es)* : Reuven BarOn
- *Adaptación Peruana* : Nelly Ugarriza Chávez y Liz Pajares Del Águila
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Formas* : Completa y Abreviada
- *Duración* : Sin límite de tiempo
- *Edad de Aplicación* : Niños y Adolescentes entre los 07 y 18 años
- *Objetivo* : Evaluación de las habilidades emocionales y sociales.

➤ **Cuestionario Big Five (BFQ)**

- *Autor(es)* : G. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borgogni.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectivo
- *Duración* : 20 – 30 min.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos
- *Objetivo* : Evaluación de 5 dimensiones y 10 subdimensiones de la personalidad.

➤ **Cuestionario Caracterológico de Gastón Berger (CCGB)**

- *Autor(es)* : Gaston Berger
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectivo
- *Duración* : 20 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos
- *Objetivo* : Determinar los tipos de personalidad

➤ **Cuestionario de Personalidad para Adolescentes HSPQ de Cattell**

- *Autor(es)* : R. B. Cattell
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 40 – 50 min.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes 12 – 18 años
- *Objetivo* : Instrumento elaborado mediante investigación psicológica, con el fin de ofrecer, una visión muy

completa de la personalidad emocional actual.

➤ **Cuestionario de Personalidad de 16 factores de Cattell – 16PF 5**

- *Autor(es)* : R. B. Cattell
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 45 – 60 min.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos, desde los 18 años
- *Objetivo* : Instrumento de valoración objetiva, elaborado mediante investigación psicológica, con el fin de ofrecer, en el menor tiempo posible, una visión muy completa de la personalidad.

➤ **Inventario de Cociente Emocional ICE BARON**

- *Autor(es)* : Reuven BarOn
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 20 – 50 min.
- *Edad de Aplicación* : 16 años en adelante
- *Objetivo* : Evalúa la inteligencia emocional y está compuesto por cinco dimensiones: Intrapersonal, interpersonal, manejo de estrés, estado de ánimo, adaptabilidad o ajuste.

➤ **Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)**

- *Autor(es)* : Theodore Millon
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : De 20 a 30 minutos aprox.
- *Edad de Aplicación* : 18 años en adelante
- *Objetivo* : Permite medir dificultades emocionales, sea trastornos comportamentales primarios o síndromes clínicos.

➤ **Inventario de Depresión para niños CDI**

- *Autor(es)* : María Kovacs
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Sin límite de tiempo
- *Edad de Aplicación* : Niños y Adolescentes entre los 08 y 14 años
- *Objetivo* : Establecer rangos del síntoma depresivo que incluyen disturbios en el humor, capacidad hedónica, autovaloración y conducta interpersonal, así como depresión en contactos específicos.

➤ **Inventario de Depresión de Beck**

- *Autor(es)* : Beck, AT; Rushm AJ; Shaw, BF y Emery G
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 15 minutos como promedio
- *Edad de Aplicación* : Desde los 11 años de edad con instrucción mínima primaria completa
- *Objetivo* : Aspectos Cognoscitivos de la depresión, Aspectos conductuales de la depresión, aspectos fisiológicos de la depresión.

➤ **Test Zung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) - Escala de Automedición de Depresión (EAMD)**

- *Autor(es)* : Zung
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 10 minutos aproximadamente cada escala
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos
- *Objetivo* : Grado de ansiedad y Grado de depresión del sujeto

➤ **Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo Niños (IDAREN)**

- *Autor(es)* : Charles Spielberger
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 15 minutos
- *Edad de Aplicación* : De 9 a 15 años
- *Objetivo* : Autoevaluación de la ansiedad en niños y adolescentes como estado transitorio y como rasgo latente.

➤ **Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (IDARE)**

- *Autor(es)* : Charles Spielberger
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 15 minutos
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos, con nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.
- *Objetivo* : Detección de personas con predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. Asimismo para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad.

➤ **Test del Dibujo de la Familia**

- *Autor(es)* : L. Corman
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : 15 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Niños(as) a partir de los 05 años y adolescentes

- *Objetivo* : Test de personalidad y de la dinámica familiar que vivencia.

➤ **Escala de Actitudes Maternas de ROTH**

- *Autor(es)* : Robert Roth
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 20 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : A madres y padres
- *Objetivo* : Evalúa actitudes maternas de aceptación, sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo con los comportamientos de sus hijos.

➤ **Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III**

- *Autor(es)* : David Olson, Joyce Portner y Yoav Lavee.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 20 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos (a partir de los 16 años)
- *Objetivo* : Evalúa las áreas de cohesión y adaptabilidad en la familia

➤ **Escala de Clima Social en la Familia FES**

- *Autor(es)* : RH Moos, B. B. Moos y E. J. Trickett.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 30 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos (a partir de los 16 años)
- *Objetivo* : Mide la cohesión, expresividad, conflicto, intelectualidad, moralidad y organización en la familia.

➤ **Test de Apgar Familiar**

- *Autor(es)* : Diseñada por Smilkstein y validada en Chile (1987).  
RH Moos, B. B. Moos y E. J. Trickeet.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 10 minutos.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos (a partir de los 16 años)
- *Objetivo* : Valoración global de satisfacción con la vida familiar.

## **ÁREA CONDUCTUAL**

### ➤ **Escala Valorativa de la Conducta**

- *Autor(es)* : Servicios Psicológicos NEHRIDAM – California
- *Forma de Aplicación* : A los padres del niño
- *Duración* : Sin tiempo límite
- *Edad de Aplicación* : Niños y Adultos
- *Objetivo* : Evaluar diversos rasgos del comportamiento del individuo

### ➤ **Escala de Conners para padres y maestros – Revisada (S)**

- *Autor(es)* : C. Keith Conners, Ph. D.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 05 a 10 minutos
- *Edad de Aplicación* : padres y maestros de niños entre 03 y 17 años
- *Objetivo* : Despistaje y diagnóstico clínico de TDAH

### ➤ **Evaluación del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad**

- *Autor(es)* : Farré y J. Narbona
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : 30 a 40 minutos
- *Edad de Aplicación* : padres y maestros de niños entre 6 a 12 años
- *Objetivo* : Evaluación de los déficit de atención cuando son causados por hiperactividad

## **ÁREA HABILIDAD ESCOLAR**

### ➤ **Inventario de Hábitos de Estudio CASM–85 revisión 98**

- *Autor(es)* : Luis A. Vicuña Peri.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 15 a 20 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y adultos (a partir de los 13 años)
- *Objetivo* : Medición y diagnóstico de los hábitos de estudio de alumnos de Educación secundaria y de los primeros años de la universidad y/o institutos superiores.

### ➤ **Test de Análisis de la Lecto - Escritura (TALE)**

- *Autor(es)* : J. Toro y M. Cervera (España).
- *Forma de Aplicación* : Individual.
- *Duración* : Variable
- *Edad de Aplicación* : 6 años hasta los 10 años.
- *Objetivo* : Determinar los niveles generales y las características específicas de la lectura y la escritura en un determinado momento del proceso de adquisición.

### ➤ **Batería de Exploración de los Procesos Lectores Revisada (PROLEC –R)**

- *Autor(es)* : F. Cuetos, B. Rodríguez y otros (2000)
- *Forma de Aplicación* : Individual.
- *Duración* : 20 a 40 minutos aprox.
- *Edad de Aplicación* : 6 a 12 años (Primero a sexto grado de primaria)
- *Objetivo* : Evaluación de los procesos que intervienen en la comprensión de material escrito y detección de dificultades en la capacidad lectora.

## **ÁREA COGNITIVA**

### ➤ **Test de Copia y Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas (Rey)**

- *Autor(es)* : André Rey.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : Variable, pero limitado
- *Edad de Aplicación* : Niños a partir de 4 años y adultos
- *Objetivo* : Apreciación de posibles trastornos neurológicos relacionados con problemas de carácter perceptivo o motriz.  
Desarrollo y maduración de la actividad gráfica.

### ➤ **Test de Aptitudes Psicolingüísticas de Illinois**

- *Autor(es)* : Samuel A. Kirk, James J. Mc Carty- Adaptación TEA Ediciones S. A.
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Variable, 60 minutos aproximadamente
- *Edad de Aplicación* : Niños a partir de 02 años 06 mes a 10 años 06 meses
- *Objetivo* : Evaluación de funciones psicológicas implicadas en el proceso de comunicación, y consecuentemente, detección de problemas de Aprendizaje.

### ➤ **Registro Clínico Neuropsicológica**

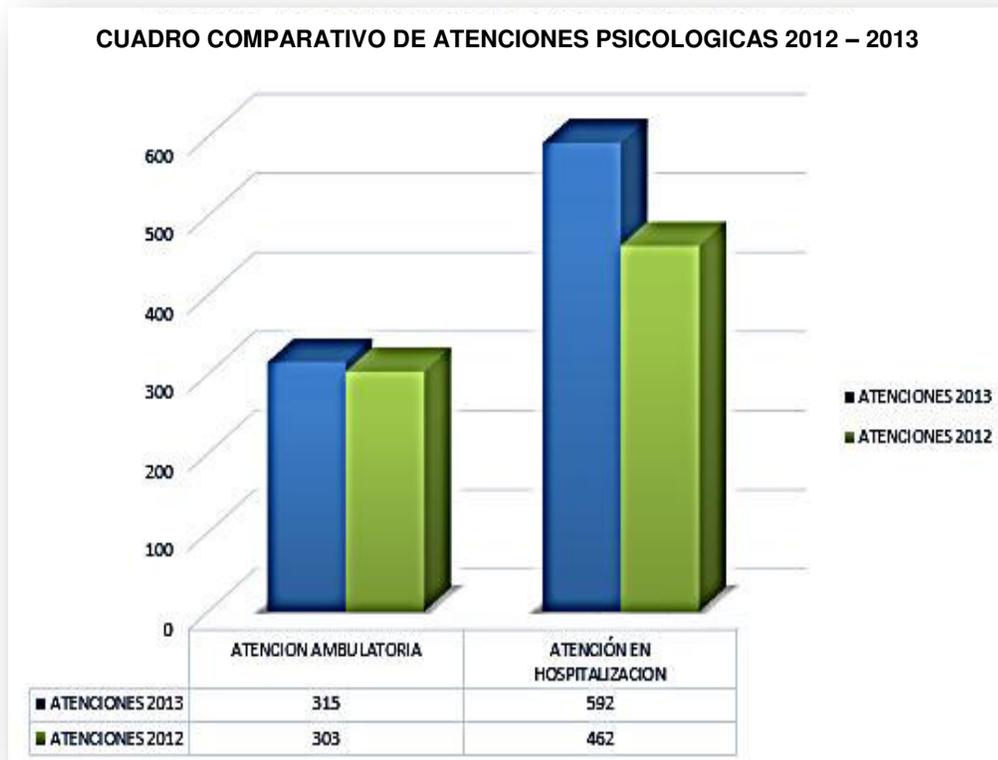
- *Autor(es)* : Pedro Ortiz Cabanillas
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Variable, 60 minutos aproximadamente
- *Edad de Aplicación* : Niños a partir de 02 años 06 mes hasta adultos
- *Objetivo* : Evaluación de habilidades cognitivas, afectivas y

conativas de la personalidad.

➤ **Test de Retención Visual de Benton**

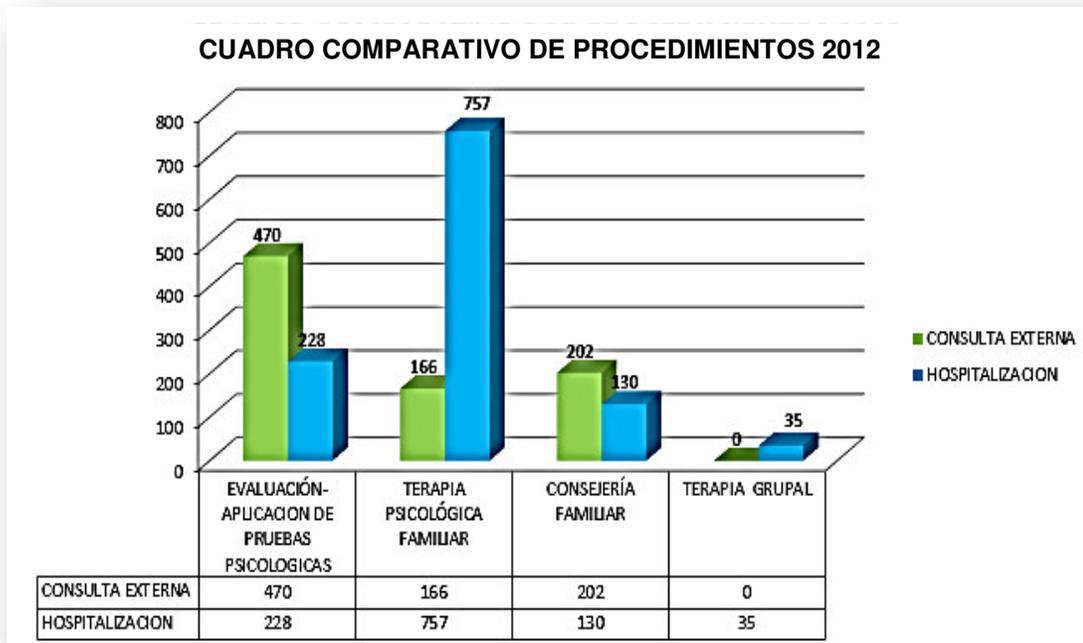
- *Autor(es)* : Arthur Benton
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Variable, para cada forma, 5 minutos aproximadamente.
- *Edad de Aplicación* : Niños a partir de 08 años
- *Objetivo* : Examen de la percepción visual y las actividades visoconstructoras. Diagnóstico de anomalías en el área de la patología cerebral y evaluación del nivel pre-mórbido de la inteligencia afectada por algún defecto orgánico.

#### 4.8 Estadística Individual 2012-2013



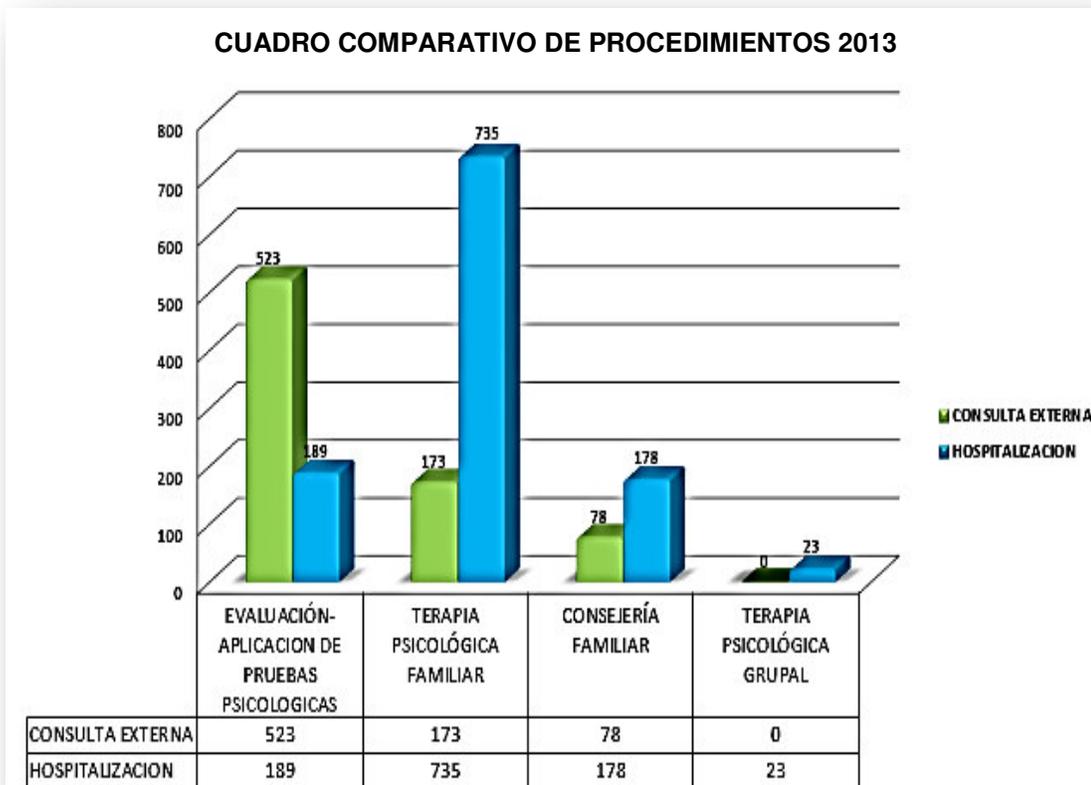
*Gráfico 8. Actividades de la Psicóloga Rosa Ortiz 2012 -2013*

- Nota: comparación de la cantidad de atenciones ambulatorias y hospitalarias realizadas por la psicóloga Rosa Ortiz entre los años 2012 y 2013.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



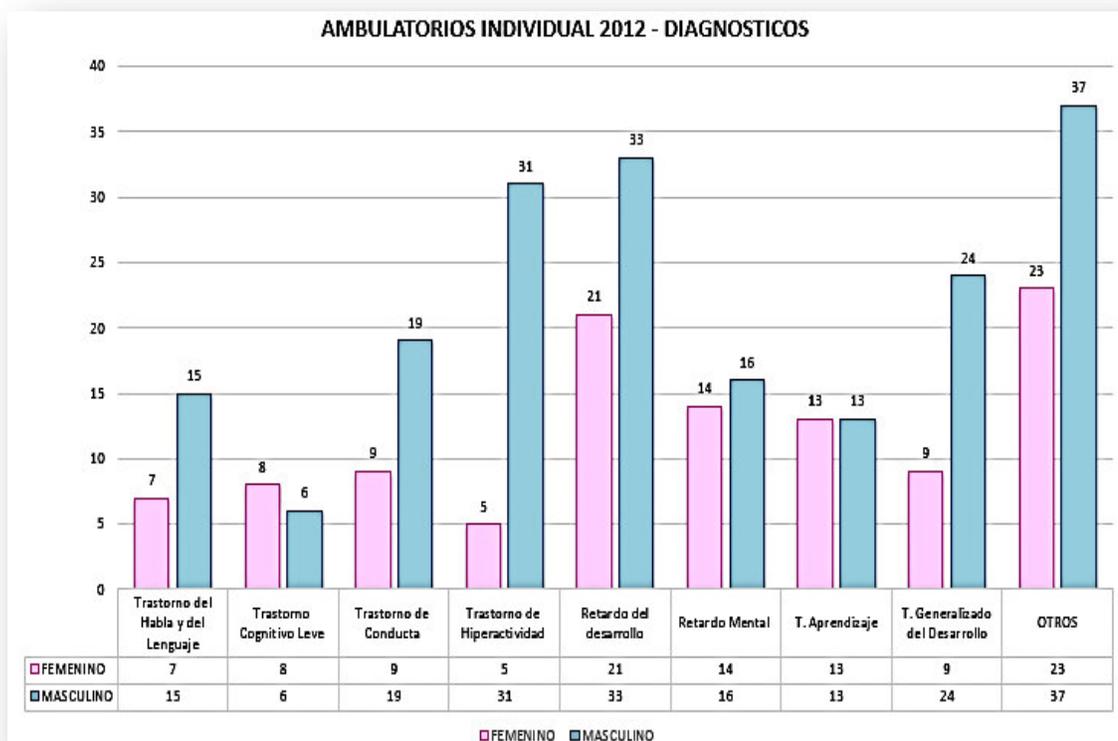
*Grafico 9. Actividades de la Psicóloga Rosa Ortiz 2012*

- Nota: comparación de la cantidad de atenciones en consulta externa y hospitalaria realizadas por la psicóloga Rosa Ortiz en el año 2012.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



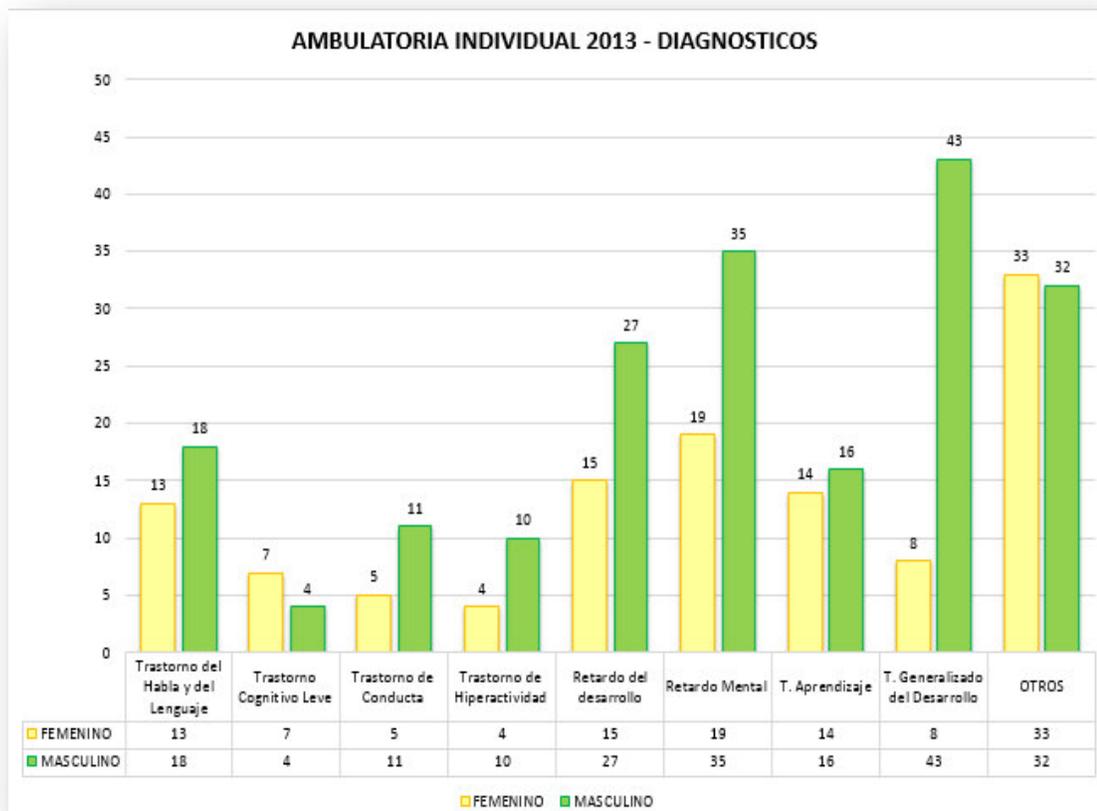
*Grafico 10. Actividades de la Psicóloga Rosa Ortiz 2013*

- Nota: comparación de la cantidad de atenciones en consulta externa y hospitalaria realizadas por la psicóloga Rosa Ortiz en el año 2013.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



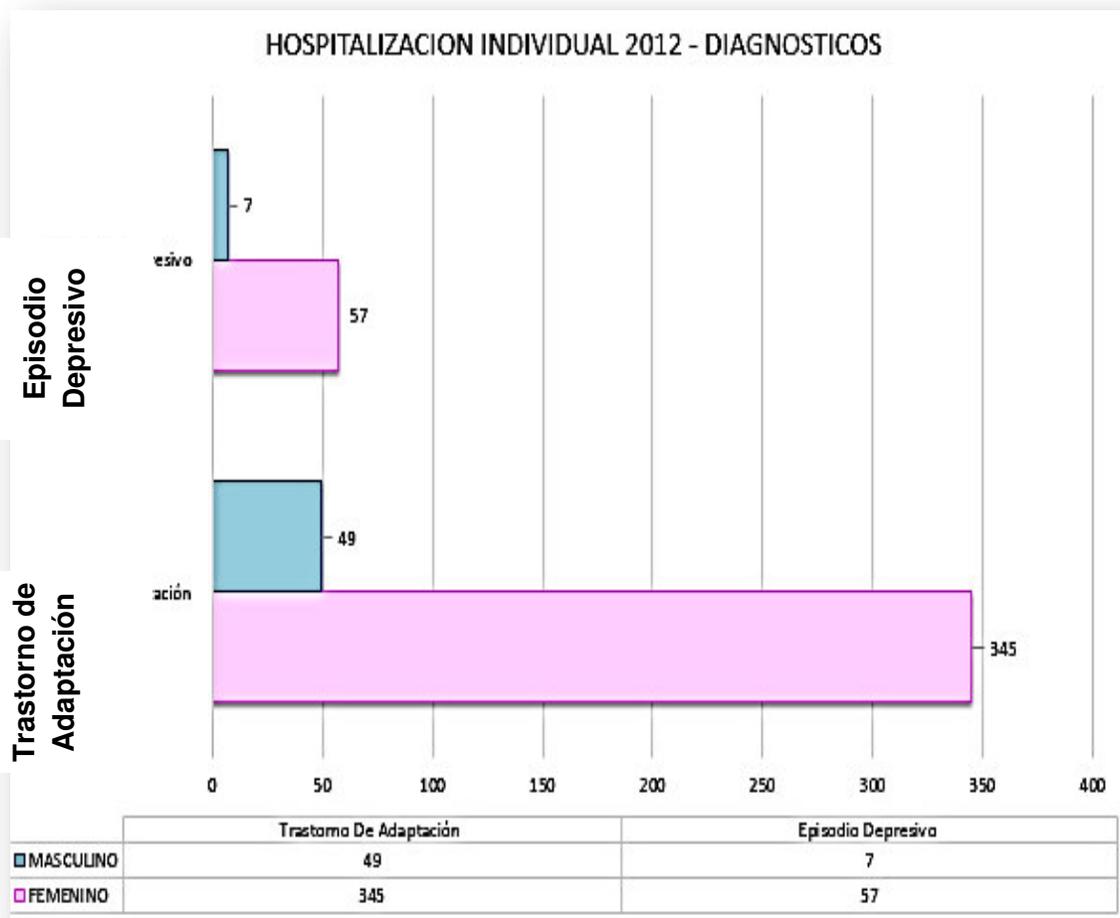
*Grafico 11. Diagnósticos realizados en atención ambulatoria por la Psicóloga Rosa Ortiz por género 2012*

- Nota: comparación de la cantidad diagnósticos en consulta ambulatoria entre géneros femenino y masculino realizadas por la psicóloga Rosa Ortiz en el año 2012.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



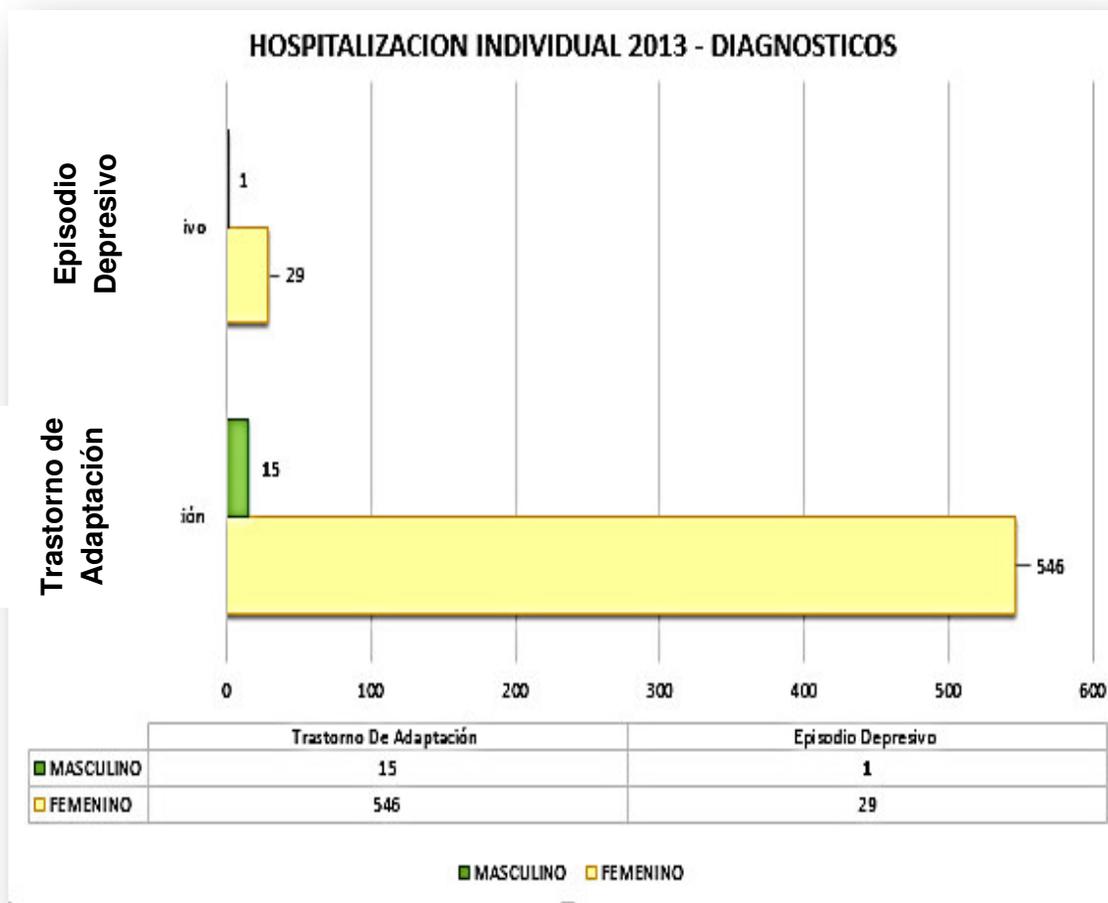
*Grafico 12. Diagnósticos realizados en atención ambulatoria por la Psicóloga Rosa Ortiz por género 2013*

- Nota: comparación de la cantidad diagnósticos en consulta ambulatoria entre géneros femenino y masculino realizadas por la psicóloga Rosa Ortiz en el año 2013.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



*Grafico 13. Diagnósticos realizados en hospitalización por la Psicóloga Rosa Ortiz por género 2013*

- Nota: comparación de la cantidad diagnósticos más frecuentes en hospitalización entre géneros femenino y masculino realizadas por la psicóloga Rosa Ortiz en el año 2012.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins



*Grafico 14. Diagnósticos realizados en hospitalización por la Psicóloga Rosa Ortiz por género 2013*

- Nota: comparación de la cantidad diagnósticos más frecuentes en hospitalización entre géneros femenino y masculino realizadas por la psicóloga Rosa Ortiz en el año 2013.
- Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

## CASO CLÍNICO

### ANAMNESIS

#### I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombre	:	M.A.S.C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Breña, 05 de Marzo de 2004
Edad Actual	:	08 años 07 meses
Escolaridad	:	Tercer grado
Informante	:	Madre
Evaluado por	:	Ps. Rosa Ortiz Iturrizaga
Fecha	:	Octubre 2013

#### II. MOTIVO DE CONSULTA

Examinada derivada de Consultorio Externo del Servicio de Neurología Pediátrica para descartar posible Trastorno de Déficit de Atención, precisando el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento.

#### III. HISTORIA PERSONAL

##### 3.1 Historia evolutiva pre-natal, peri-natal y post-natal:

Es producto del primer embarazo, fue planificado y aceptado. Madre asistió a control pre-natal para la evolución, denotándose complicaciones durante el embarazo, fue diagnosticado como embarazo de riesgo, tuvo una amenaza de aborto en el primer mes de gestación, por lo que necesitó reposo absoluto, durante este periodo también tuvo anemia.

El estado emocional-psicológico de la madre debido a la amenaza de aborto y las condiciones del embarazo fue de tensión y preocupación, durante este tiempo tuvo una relación conflictiva con su pareja.

El tiempo de gestación fue de 40 semanas. Fue parto eutócico, en el que no se identifican alteraciones en su transcurso, la bebé se encontró en posición fetal cefálica y flexionada, el parto tuvo lugar por vía vaginal. Hubo llanto inmediato al nacer. Tuvo una puntuación de Apgar de 9-9, es decir, que nació en muy buenas condiciones de salud, tuvo una frecuencia cardíaca normal, su respiración tuvo un ritmo adecuado por minuto, la respuesta ante estímulos reflejó gestos pausados, sin embargo, en su tono muscular se observó movimientos espontáneos y el color de pies y manos fue de un tono rosado. Se precisó un peso de 3150 gramos y una talla de 51 cm. A la madre y bebé se les dio un alta conjunta. Recibió lactancia materna durante 15 días, posteriormente, lactancia artificial hasta los 02 años.

### **3.2 Desarrollo de habilidades motrices:**

Su desarrollo motor empezó con el control cefálico a 01 mes. Tuvo control torácico a los 07 meses. Logró pararse a los 11 meses y empezó a caminar al 01 año 01 mes.

Recibió Terapia Física por Hiperlaxitud e Inmadurez motora, la terapia incluyó ejercicios básicos de fortalecimiento, estos estuvieron diseñados para aumentar la fuerza muscular y disminuir la flexibilidad de las articulaciones, incluyó técnicas de protección de articulaciones que ayudaron a evitar la hiperextensión de las mismas. Posteriormente, le indicaron usar zapatos ortopédicos y twister para una mejora, se caía hasta los 03 años al correr y al saltar cuando realizaba actividades.

En cuanto a su motricidad fina, desde pequeña mostró torpeza manual, se le dificultaba hacer actividades de su edad, como cortar, pegar, o llevar cosas, posteriormente, problemas en la coordinación motora. Tiene lateralidad diestra.

### **3.3 Desarrollo del lenguaje personal:**

Su desarrollo de lenguaje empezó con el silabeo a los 06 meses. Sus primeras palabras las comenzó a emitir a los 10 meses. Su vocabulario con el tiempo adquirió un desarrollo apropiado para su edad cronológica.

Estructuraba frases al 01 año 01 mes, y oraciones a los 02 años. Tiene una comprensión de indicaciones y tareas apropiada, así como, un lenguaje hablado correcto, sin dificultades en la pronunciación.

### **3.4 Hábitos e intereses:**

Niña presenta temor hacia los perros y a los fantasmas.

Presenta un sueño regular, sin embargo, presenta inquietud al dormir, en algunas ocasiones pesadillas y somniloquio.

Tiene apetito variable, selecciona algunos alimentos de su preferencia de acuerdo a su estado anímico.

Controla esfínter vesical a los 02 años y anal a los 02 años y 03 meses.

### **3.5. Desarrollo de las habilidades emocionales, afectivas y sociales:**

Los datos que proporciona la madre son compatibles con ansiedad incrementada desde la infancia, con una disposición emocional con tendencia que oscila entre la alegría y la irritabilidad, así mismo, respuestas orientadas a la impulsividad y a la dificultad de utilizar experiencias previas. En cuanto al contacto afectivo con sus padres se ha evidenciado mayor cercanía con figura materna quien a su vez ha asumido el rol correctivo. La niña desde pequeña manifiesta haber observado la separación afectiva entre los padres, a pesar de que vivían juntos. Es extrovertida, tiene capacidad de interacción social, pero se le dificulta ser parte de un equipo. Participa en actividades lúdicas, más en ocasiones sigue parcialmente las reglas del juego colectivo o es inoportuna con los demás. Conforme pasa el tiempo en el día se torna más inquieta (principalmente, al mediodía en el que no recibe la dosis correspondiente de medicamento).

Preferencia por actividades de movimiento constante, pero también gusta de la música, la danza y el dibujo.

Realiza actividades de casa a insistencia y bajo supervisión de la madre.

### **3.6. Comportamiento sexual:**

Madre refiere que su comportamiento, su vestimenta y su expresión gestual reflejan una adecuada identificación con su rol.

La información que le proporciona la familia y el colegio está en relación a su edad y vivencias personales.

No presencia de manierismos o estereotipias.

### **3.7. Escolaridad:**

Niña acude a Cuna - Jardín de 01 a 03 años, cuidadoras referían que era inquieta la mayor parte de tiempo. Realizó Educación Inicial de 03 a 05 años, logró adaptarse con facilidad y cumplió con objetivos, excepto culminó habilidades motrices en proceso de desarrollo. En cuanto a su comportamiento, existían quejas por su inquietud y desobediencia.

Las profesoras le tenían que llamar la atención varias veces para que obedezca, había recreos que no se le permitía salir como castigo, no terminaba muchas veces con su tarea. Se integraba con sus compañeros, era bastante sociable e interactuaba con ellos, sin embargo los lideraba para hacer travesuras, los incitaba a salir del salón.

En Primer grado, su rendimiento era inconstante, se dedicaba más al juego, *“a veces como si estuviera en otro planeta”*, solo quería salir al recreo, las quejas de las profesoras eran más frecuentes, *“le seguían llamando la atención repetidamente para que obedezca o deje de hacer travesuras”*, le quitaba las cosas a sus compañeros, les escondía sus materiales, conversaba en clase, se levantaba de su asiento y con ello generaba desorden fastidiando a sus compañeros, no copiaba ni hacía las tareas.

En Segundo grado su desempeño fue también variable, sin embargo, prosiguió con un mejor aprendizaje de la lecto-escritura. Seguían llamándole la atención y generaba desorden, profesora citó a madre *“para conversar acerca de la conducta de la niña durante el colegio”*.

En Tercer grado se le trasladó de colegio a uno en el que se trabaja en grupo, es más personalizado y tiene polidocencia, *“pero a pesar de que está contenta se le hace difícil entender a varios profesores”*. Ha logrado adaptarse paulatinamente, pero a partir del mediodía está inquieta (no toma medicación indicada a esa hora), quiere terminar la clase, salir a jugar, profesores dan quejas que fácilmente se distrae y no obedece, no atiende lo que se dice en clase o las tareas que se mandan durante el colegio por conversar con sus compañeros, actualmente tiene apoyo de profesora particular para ayudarla a desarrollar tareas.

## **IV. HISTORIA MÉDICA**

Ha recibido todas las vacunas a la edad y la dosis recomendada. Tuvo de pequeña varicela.

Presenta episodios de asma, los cuales se relacionan con mayor frecuencia en los meses con menor temperatura, algunas veces ha requerido nebulizaciones en ambiente hospitalario.

En el colegio, efectúa deporte, pero tiende a agitarse cuando corre.

Recibe tratamiento farmacológico con Metilfenidato, *“para que este calmada durante el día”*, según manifiesta la madre. Se le hizo un electroencefalograma con resultado normal. Ha tenido accidentes tipo caídas frecuentes sin pérdida de conciencia.

## V. HISTORIA SOCIOFAMILIAR

La familia es de clase media, tiene un nivel socio-económico adecuado, se abastecen todas sus necesidades, está conformada por madre, abuela materna y niña. Los padres están separados totalmente a inicios del año 2013, madre refiere que *“nunca fuimos unidos, vivíamos en la misma casa, pero no teníamos ninguna relación”*. Viven en San Miguel, zona residencial con las comodidades necesarias, en casa de material noble.

La madre es quien organiza el hogar, establece las normas y atiende la mayor parte del tiempo a la niña, sin embargo, ella permanece al cuidado de abuela mientras la madre trabaja, *“no obedece sus órdenes, no le hace caso y se descontrola cuando está con ella”*.

Madre tiene 55 años, posee un nivel de instrucción superior, labora como obstetriz en un Centro de Salud, se describe como tranquila, afectuosa, tolerante, refiere que *“ahora le pongo más límites porque quiere imponerse, soy más estricta con ella, antes quería que todo se le hiciera”*. Utiliza ciertos castigos para mejorar conducta poco apropiadas, por ejemplo, la reprende o le priva de lo que le gusta. En cuanto a su salud ha sido diagnosticada con Espondilopatía Reumática seropositiva.

Padre tiene 65 años, ha obtenido un nivel de instrucción secundaria completa, trabaja como supervisor de una empresa de transportes, madre lo describe como un hombre de carácter fuerte, *“se molestaba cuando hace travesuras”*, es bastante exigente, imperativo y poco tolerante. En cuanto a los castigos solo la reprendía.

La abuela materna tiene 82 años, a ella niña no la obedece, tiende a desautorizar a madre.



## INFORME PSICOLÓGICO

### I. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombre	:	M.A.S.C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	:	Breña, 05 de Marzo de 2004
Edad Actual	:	08 años 07 meses
Escolaridad	:	Tercer grado
Informante	:	Madre
Evaluado por	:	Ps. Rosa Ortiz Iturrizaga
Fecha	:	Octubre 2013

### II. MOTIVO DE CONSULTA

Examinada derivada de Consultorio Externo del Servicio de Neurología Pediátrica para descartar probable Trastorno de Déficit de Atención, precisando el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento.

### III. OBSERVACIÓN GENERAL

Niña de estatura promedio, contextura delgada, cráneo normocéfalo, tez trigueña, rostro ovalado, cabello ondulado y ojos marrones, nariz recta y boca mediana. Usa prendas de vestir adecuadas a la estación y a su edad cronológica mostrando cuidado en su higiene y arreglo personal.

Se muestra afable, lúcida en el transcurso de todas las sesiones, lo que le permite mostrar interés en el desarrollo de la entrevista y la aplicación de las pruebas administradas, sin embargo, tiende a interrumpir su atención con estímulos de su entorno o comentarios respecto a sucesos de su experiencia personal. Mantiene un diálogo espontáneo, sin dificultades para iniciar una conversación, con lenguaje claro, se explaya para proporcionar detalles.

Se le observa sonriente, distraída con estímulos o ruidos externos, inquieta durante las sesiones de evaluación, con movimientos rápidos en su desplazamiento y

en los movimientos que acompañan su discurso, por momentos demuestra entusiasmo en tareas fáciles, en otras sigue indicaciones a insistencia necesitando refuerzo verbal o manifiesta cansancio o desgano buscando eludir el trabajo conversando o sonriendo, pero logra culminar los objetivos propuestos para cada sesión.

Cabe señalar que presenta empatía y una actitud de apertura en el transcurso de la ejecución de las pruebas.

#### **IV. PROBLEMA ACTUAL**

Niña acude a consulta en compañía de su madre, quien refiere que desde pequeña ha sido muy inquieta, actualmente está con medicación (Metilfenidato) toma dosis en las mañanas, pero en colegio a partir del mediodía se vuelve a poner inquieta, “en casa ya nos hemos acostumbrado”, no termina lo que empieza, no se le permite algunas actitudes cuando se está en casa porque “sino hace lo que quiere”, necesita estar bajo supervisión, se aburre rápidamente y busca hacer otra cosa, interrumpe a los demás, es distraída, pero si le interesa algo se concentra, por ejemplo: si ve un video nuevo (30 minutos), pero si se le llama parece que no escucha cuando se le da una orden, si se le sube la voz dice “ya me están gritando”, no está tranquila en un lugar.

Tiende a ser desobediente, hay que repetirle las cosas, en un tiempo era más agresiva, ahora sigue siendo impulsiva, irritable, cuando se le pone normas se molesta y responde como retando a la autoridad. Tiende a mentir, se levanta molesta, dentro de un grupo lo lidera, inquieta a otros niños, “ellos hacen lo que ella quiere”, está en nuevo colegio en el que los trabajos son en equipo, la van cambiando de grupo para los talleres y ella se ha acostumbrado más a ello, está con notas bajas en los cursos, según profesores fácilmente se distrae, pero trabaja en grupo, su tutora dice que no tiene motivación para el estudio, antes tenía muchas tareas y como que se saturó, ahora como que rechaza las tareas, está desaprobada en algunas evaluaciones de los cursos básicos y podría perder el año.

Si acepta hacer las tareas es con apoyo de profesora particular, por sí sola no asume la responsabilidad y para que la ayude a organizarse, siempre prioriza el juego más cuando está sola, se molesta cuando hay que sentarse a hacer tareas, lo hace para salir del paso, antes hasta entregaba los exámenes sin llenarlos para salir al

recreo, ahora a veces desarrolla muy rápido los exámenes porque es apurada, puede no comprender por no leer detenidamente, a pesar que ha repasado, por ejemplo: si tiene que sumar resta, o cuando tiene que multiplicar suma, desarrolla, pero no de forma correcta.

## **V. EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO**

Paciente de sexo femenino, edad aparente a la cronológica, de biotipo mesomorfo, con atuendo apropiado a su edad, se le observa aseada y ordenada. Constitución corporal íntegra, sin lesiones.

Expresión facial denota picardía, sus movimientos son activos, marcha normal, no movimientos estereotipados o temblor.

Tiene contacto apropiado con el entorno y consciencia de sí. Se le aprecia ansiosa, inquieta, por momentos dubitativa ante algunas preguntas, en otros realiza las tareas con cierto desgano.

Sus habilidades verbales expresivas y comprensivas se hallan conservadas, no evidenciándose fallas articulatorias, el volumen de su voz es moderado y su velocidad generalmente apropiada. Pensamiento coherente.

Se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Alerta, por momentos hipervigilante, con tendencia a la hipoprosexia. No presencia de alucinaciones, delusiones o ideas delirantes.

Muestra actitud de cooperación y responsabilidad fluctuante.

## **VI. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS**

- Entrevista semiestructurada
- Historia Clínica Psicológica
- Test de la Familia (Corman)
- Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV)
- Batería Clínica Neuropsicológica (Ortiz C., Pedro)
- Escala de Hiperactividad de Conners para padres y profesores
- Escala de Hiperactividad de Werry-Wiess-Peters
- Cuestionario de Problemas de Conducta de Conners (Hogar y Escuela)

## VII. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**Área cognitiva:** La evaluada presenta normalidad en los procesos sensoriales y perceptivos, así presenta una adecuada habilidad para discriminar visualmente imágenes y detalles esenciales, así como, auditivamente sonidos y táctilmente texturas.

Ha obtenido un Coeficiente Intelectual General de 101, y esta puntuación se clasifica como perteneciente al rango Promedio en comparación con el grupo de niños de su misma edad.

Presenta un curso del pensamiento normal aunque por momentos expresa variedad de ideas rápidamente, pero cumple con su objetivo, asimismo, buena capacidad para establecer analogías y relacionar conceptos.

Se evidencian dificultades marcadas en sus niveles de atención selectiva y sostenida, caracterizadas por tendencia a la distraibilidad ante estímulos irrelevantes y periodos breves de concentración en las tareas y actividades propuestas, lo cual además depende además de sus intereses y estado anímico. Velocidad de procesamiento se halla en un nivel promedio inferior, mas en esta capacidad caracterizada por explorar, ordenar y discriminar rápida y efectivamente información visual se aprecia un desempeño menor con fatiga pronta.

Su capacidad comunicativa expresiva es fluente, inteligible y espontánea, tono de voz moderado, con conversación interactiva y apropiado contenido semántico; se observa un desarrollo adecuado de su repertorio verbal en relación a su edad y grado académico. No se evidencian fallas fonológicas ni en la estructura sintáctica. Repite y nomina. Comprende órdenes secuenciales y relacionales.

Recuerda hechos personales. Se denota que el índice de su memoria operativa (corto plazo) es promedio inferior, lo cual implica procesos de atención, concentración, control mental y razonamiento de información auditiva. Su desempeño es adecuado ante tareas que requieren solo una memorización mecánica de datos sencillos, mas frente a tareas con datos más complejos que precisan de un mayor procesamiento de información, su rendimiento merma evidenciándose además fluctuaciones en sus capacidades de almacenamiento y consolidación de nueva información verbal (largo plazo) y semántica por la influencia de factores atencionales.

Su capacidad de organización y orientación espaciales se halla desarrollada de acuerdo a lo esperado para su edad. Reconoce partes de su esquema corporal e identifica derecha- izquierda.

Posee una capacidad promedio para interpretar y solucionar situaciones sociales, mas no lo realiza satisfactoriamente en su vida cotidiana.

Muestra una actividad motora espontánea incrementada moderadamente, así como, apropiada plasticidad y coordinación en la ejecución de acciones simbólicas y actos motores. En las pruebas gráficas presenta leves distorsiones y omisiones de ángulos.

En cuanto a sus habilidades escolares, se aprecia que su lectura es por momentos pausada, no respeta signos de puntuación, denotándose dificultades en la comprensión lectora de textos.

Tanto en su escritura espontánea como copia y dictado se observan errores ortográficos, sus trazos son irregulares e incompletos.

Efectúa operaciones de cálculo básicas y resuelve problemas aritméticos sencillos de acuerdo a su grado académico.

**Área afectiva:** Presenta sentimientos de intranquilidad, aprensividad y sensación de angustia, asimismo, cambios bruscos de humor, tendencia a la irritabilidad, limitada tolerancia a la frustración e hipersensibilidad. Muestra escaso autocontrol de emociones, volubilidad emocional, tendencia a la irritabilidad y reacciones hostiles en su entorno (familia y escuela). Bajo nivel de tolerancia a la frustración y susceptibilidad marcada por lo que asume comportamientos pueriles e inadecuados. Capacidad para expresar sus sentimientos de estima, cariño y tristeza.

La evaluada presenta indicadores significativos en lo que respecta a patrones dependientes y establecimiento de relaciones en las cuales se sobrevincula emocionalmente con alguna persona significativa de quien espera protección, aprobación y atención constante, en una relación que le brinde afecto y niveles altos de ansiedad en respuesta a una situación reciente que pone a prueba sus recursos personales.

Su grado de motivación, colaboración y deseo de logro son variables necesitando de refuerzo social continuo, lo que además tiene relación con sus predilecciones y humor prevalente.

Muestra dificultades para acatar órdenes y ceñirse a las normas de convivencia y disciplina, tanto en el entorno familiar como en otros contextos. Se torna desobediente u obedece a insistencia, obstinada, altamente exigente, desafiante con la autoridad y opositorista en diversos ambientes, bajo nivel de responsabilidad. Tiende al egocentrismo, al aburrimiento, a la mentira y a la manipulación de su entorno (especialmente, a madre) cuando sus demandas no son satisfechas o a fin de obtener sus requerimientos de manera inmediata, denotándose, por ende, dificultades para acatar normas de convivencia y disciplina.

Presenta dificultades para planificar u organizar tareas o actividades para las que se solicita mantener un esfuerzo prolongado, disgusto o renuencia por realizar actividades que requieren esfuerzo mental sostenido, para anticipar consecuencias necesitando guía individualizada, asimismo, insuficiente constancia y persistencia en sus actividades, las cuales interrumpe dejándolas inconclusas o no terminándolas a tiempo. No mide el peligro por lo que requiere supervisión constante.

**Área socio-familiar:** En su historia de vida familiar, se encuentran antecedentes de conflictos de pareja entre padres de larga data y relaciones familiares disfuncionales, ante los cuales la menor asume una actitud de aparente conformismo, pero con sentimientos de añoranza a la presencia de padre (separación definitiva), asimismo, estilos parentales autoritario por parte de la figura paterna, y tolerancia y permisividad de madre. En la actualidad, le otorga mayor representatividad a la figura materna, percibiendo relaciones afectivas distantes entre sus miembros, sobre todo lejanía entre padres, añorando la presencia de figura paterna en el hogar.

Si bien participa en actividades recreativas y lúdicas grupales, tiende a interferir en las actividades e importunar a los demás, denotándose dificultades para seguir instrucciones, trabajar en equipo y evitar problemas.

Paciente cuenta desde hace corto tiempo con redes de soporte familiar (familia materna) y social (escolar) que sirven de soporte.

## VIII. CONCLUSIONES

- Se evidencian indicadores de actividad motora aumentada, grado de ansiedad incrementado y dificultades en la atención selectiva y sostenida, lo que afecta situaciones propias y de su entorno.
- Evidencia una acentuación de rasgos de intranquilidad, impulsividad y escasa tolerancia a situaciones frustrantes, ya que busca obtener la aprobación y estima de los demás mediante actitudes de manipulación, principalmente a figura paterna.
- Capacidad intelectual Normal Promedio, con mayor desarrollo de sus habilidades manipulativas.
- La evaluada muestra dificultades en su desenvolvimiento en el ámbito social, en el cumplimiento de normas de convivencia y disciplina en diversos ámbitos.

## **IX. DIAGNÓSTICO**

1. Trastorno Hiperactivo asociado a Comportamiento Negativista - Desafiante (F90.1).
2. Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z63.2).

## **X. RECOMENDACIONES**

- Programa Cognitivo - Conductual.
- Mantener Terapia de Atención y Aprendizaje.
- Educación en Centro Escolar personalizado y apoyo psicopedagógico continuo.
- Favorecer el desarrollo de hábitos adecuados y organización de sus actividades con horarios establecidos que contribuyan a lograr su autonomía.
- Fomentar actividades de integración y participación dentro de ambientes favorables.
- Terapia Familiar a fin de fomentar la resolución de conflictos, la adecuación de roles, responsabilidades y patrones de crianza dentro del hogar, así como, reforzar vínculos paternos y fraternos.
- Re-evaluación neuropsicológica dentro de 06 meses.



## INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA EN NIÑOS CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el término actualmente usado para describir un desorden específico del desarrollo cuyos síntomas centrales son la desatención, hiperactividad e impulsividad, es un cuadro de elevada prevalencia en la población infantil.

Los niños con TDAH tienen una inteligencia normal con o sin déficits específicos en el aprendizaje, experimentan fracasos repetidos en la escuela por sus problemas académicos y conductuales, y esas dificultades repercuten en una baja autoestima, ansiedad, depresión y pobres actitudes hacia el aprendizaje. A raíz de esto, los niños pueden disminuir sus propios esfuerzos para tener éxito en la escuela, amenazando con esto aún más el desempeño académico lo cual genera de problemas crecientes en la vida, principalmente conductuales.

### I. Descripción clínica del trastorno

Los síntomas centrales del TDAH son la desatención, hiperactividad e impulsividad, los cuales son descritos como:

**a) Desatención:** Se caracteriza por dificultad para focalizar de forma deliberada y consciente su atención en una tarea o aprendizaje, pero pueden poner esfuerzo y atención automática a tareas que le son muy motivantes o los entretienen, así como, problemas para organizarse y comprender la secuencia de órdenes e instrucciones. Con frecuencia olvidos de actividades cotidianas.

**b) Hiperactividad:** Parecen siempre estar en movimiento, se paran de su asiento y caminan alrededor de su clase, mueven constantemente sus pies, cambian de postura o posición con frecuencia, se balancean cuando están sentados, tocan todo o golpean ruidosamente sus lápices, mientras realizan sus tareas.

**c) Impulsividad:** Incapacidad para demorar una respuesta a pesar de la anticipación de consecuencias negativas por la conducta, se muestran incapaces de controlar sus

reacciones inmediatas, pensar antes de actuar o no esperar su turno en los juegos o actividades, interrumpen la clase, responden sin esperar oír las preguntas o no terminan o presentan sus tareas, son más atrevidos que sus pares. La impulsividad cognitiva está caracterizada por un corto tiempo de reacción.

## **II. Causas**

- Genéticas
- Factores neuroquímicos
- Factores ambientales

## **III. Programa de intervención**

El postulado fundamental de la Terapia Cognitivo-Conductual es que los pensamientos (lo cognitivo no es necesariamente causal) ejercen una influencia en las emociones y la conducta, por lo que las personas responden al significado adjudicado a las situaciones más que a los eventos mismos y que determina estado anímico.

El objetivo central se entra en que se flexibilicen los modos patológicos del procesamiento de la información, ya que no padecemos por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones rígidas que de ellas hacemos.

El Tratamiento Cognitivo-Conductual en niños cuenta con estrategias encaminadas a paliar las dificultades relacionadas con la toma de decisiones, percepción de las emociones, etc., y las conductuales como tiempo fuera de tarea, ira incontrolada, desobediencia, comportamientos sociales negativos, etc.

Aunque el tratamiento se centre en las cogniciones y conductas no se debe desestimar o ignorar los modelos emocionales del niño. Un niño con TDAH puede tener serias dificultades en el reconocimiento, regulación y emisión de sus propias reacciones afectivas., por ello el entrenamiento debe incidir sobre la compleja estructura de los pensamientos, los sentimientos y las acciones.

Este tratamiento debe considerarse como una parte importante del tratamiento integral, ya que son importantes el entrenamiento de padres y profesores junto a las tutorías académicas, la administración de fármacos, etc.

El número de sesiones se adaptan a las características de la paciente, asimismo, el contenido de cada una de ellas.

### **Objetivo general**

- Fomentar el desarrollo de la activación de la información en el aprendizaje y ejecución de actividades y tareas, optimizar su desarrollo personal y su relación social mediante estrategias eficaces.

### **1. Objetivos específicos**

- Organizar su conducta de acuerdo a las normas, valores y principios desarrollados en el taller.
- Desarrollar la capacidad de atención y memoria recordando las instrucciones.
- Orientar a la familia en el conocimiento de los esquemas que contribuyan positivamente al trabajo desarrollado en el taller.
- Ayudar al niño a que sea más consciente de sus problemas utilizando autoinstrucciones en la solución de cualquier problema cotidiano.
- Entrenamiento en autocontrol emocional, corporal y relajación en diferentes actividades y tareas propuestas.
- Estimular la tolerancia a las tareas difíciles incrementando el esfuerzo atencional o atención sostenida.

### **2. Lugar**

El ámbito donde se llevará a cabo es el ambiente del Área de Neuropsicología Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins a fin de prevenir o recuperarse del fracaso escolar.

### **3. Metodología de trabajo**

El presente programa de intervención se llevará a cabo bajo la modalidad de atenciones individuales y de los padres (en este caso, principalmente, de la madre). La duración cada sesión es de 45 minutos, en ésta se espera favorecer la capacidad de aprendizaje de la paciente.

### **4. Estructura del programa de intervención**

Está estructurado en 8 sesiones con la niña que tienen como propósito el aprendizaje de estrategias para mejorar el autocontrol emocional y la atención.

Paralelamente, 5 sesiones con los padres con la finalidad de motivar, explicar las actividades y tareas, lograr la participación activa, así como, resolver las dudas que puedan surgir sobre las mismas.

La metodología que se sigue asume una concepción sistémica, es decir, afectiva, cognitiva, y principalmente conductual del desarrollo personal con especial énfasis en la estructura normativa de las acciones que se desarrollan en cada una de las actividades del taller.

### ***Intervención Psicoterapéutica en niña con TDAH***

#### ***a. Evaluación***

Se aplicará una evaluación cuantitativa y cualitativa de entrada y de salida, que permita conocer los indicadores iniciales, los avances de la paciente y las dificultades que se presenten efectuando inicialmente la entrevista clínica y el examen clínico integral con apoyo de la aplicación de pruebas psicológicas específicas.

Una vez elaborado el diagnóstico será recomendable informar a los padres y a la niña misma (contenidos acordes con su edad y sus capacidades), asimismo, se le explicará la necesidad de trabajar en conjunto, y en base a ello se define el marco de tratamiento.

Será primordial invitar a la niña a nominar al problema como una entidad externa contra la cual se ha de luchar a fin de promover desde el inicio ciertas actitudes y modos de participación claves: informando a la vez que se despatologiza, favoreciendo

el auto-distanciamiento (factor terapéutico clave en una terapia orientada a la auto-reflexión y la auto-observación), a la vez que se le motiva.

### **b. Conceptualización del caso**

Ésta provee el marco necesario para comprender al paciente acerca de:

- Modo en que la menor llegó a desarrollar su trastorno psicológico que abarca los aprendizajes y experiencias tempranas que contribuyen a sus problemas actuales.
- Los factores que contribuyeron a que sus problemas no se hayan resuelto.
- Creencias y pensamientos acerca de sí misma y de los demás.

### **c. Psicoeducación**

Se le proporcionará a la paciente y a sus padres una breve explicación acerca de:

- El Trastorno : Causas  
Frecuencia en la población  
Características de la sintomatología
- El Tratamiento : Alternativas disponibles  
Criterios de elección  
Aspectos básicos  
Técnicas específicas  
Duración estimada

Es importante, además, debido a que están implicados otros miembros de la familia (en el caso de la paciente la abuela y tíos maternos), escuela, otros profesionales de la salud, etc., considerar que información se dará, la finalidad y la manera en que se la proporcionará, asimismo, es imprescindible contar con consensos entre las partes y la colaboración conjunta para afrontar los problemas de manera concreta y factible.

### **d. Tratamiento Cognitivo-Conductual**

En este tipo de tratamiento el juego tiene propiedades terapéuticas que favorecen los cambios cognitivos y conductuales, no es solamente un medio para aplicar otros

procedimientos, sino que es terapéutico en sí mismo, en este caso se utilizará el juego no estructurado y directivo.

La relación que se establecerá con la menor será una relación positiva utilizando las actividades de juego para favorecer la comunicación y logrando que el ambiente terapéutico sea considerado un lugar seguro.

#### ***d.1. Estrategias con la menor:***

- Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones (tristeza, aburrimiento, enojo).
- Identificación y monitoreo de pensamientos automáticos (autodiálogos e imágenes disfuncionales), es decir, interpretaciones que influyen en su estado anímico.
- Reconocer la relación existente entre el pensamiento, la emoción y la conducta, mediante la psicoeducación y el entrenamiento en el reconocimiento de nexos entre estos factores.
- Reestructuración Cognitiva, es decir, luego de la identificación de pensamientos disfuncionales se posibilitará que la niña desarrolle alternativas más flexibles y adaptativas (autoverbalizaciones positivas, textos psicoeducativos, cambios de roles, etc.)
- Modelado: Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, juegos de roles para resolver situaciones interpersonales estresantes, etc.
- Estrategias para el control de impulsos: Ejercicios para funciones ejecutivas poco desarrolladas (parar y pensar antes de actuar en situaciones conflictivas, resolver problemas buscando alternativas, etc., mediante juegos y desafíos para posibilitar el interés y la motivación de la niña para enfrentar el problema.
- Uso de cuentos o implementación de narrativas terapéuticas: material psicoeducativo adaptado a la niña.

#### ***d.2. Trabajo con los padres***

Se promoverá el trabajo con la madre y el padre debido al rol determinante que cumplen como factores contextuales en la problemática de la paciente y porque sus esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias.

Los padres colaborarán en:

**d.2.1. En la resolución de los conflictos:**

- a. La generalización de los aprendizajes
- b. Modelar las conductas adaptativas y transmitir otras formas de entender los problemas.

**d.2.2. Inicio y mantenimiento de los conflictos:**

- a. Las conductas problemáticas de la niña pueden ser sostenidas por creencias disfuncionales de los mismos padres.
- b. La agudización de su problemática, por ejemplo, mediante amenazas.
- c. Las consecuencias situacionales que pueden influir en el desarrollo de las conductas de la niña (incremento por presencia de reforzadores positivos y negativos).
- d. Los refuerzos positivos o negativos también refuerzan las conductas disfuncionales de los padres.
- e. Las expectativas desmedidas de los padres pueden generar respuestas adversas en la niña.
- f. Criterios de crianza diferentes entre los padres o familiares que tienen relación cercana con la menor: Generar acuerdos y alternativas para la resolución conjunta de problemas, intentar generar acuerdos para que se logre el equilibrio entre los padres y respetar sus objetivos.

**e. Prevención de Recaídas**

En la fase final se repasará las distintas estrategias utilizadas que dieron resultados en la resolución de la problemática de la paciente.

Se anticipa la posible aparición de estresores significativos y se fomenta una actitud autónoma de afrontamiento.



## DESARROLLO DEL PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL

### A) Para la niña:

#### Sesión 1: “Aumentando la motivación y el compromiso”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
➤ Proporcionar un contexto de confianza	➤ Entrevista para lograr motivación

- Es fundamental la toma de contacto debido a que se intenta enfrentar a la niña a sus propios temores, a sus propios problemas y a lo que considera negativo en ella, en un inicio puede efectuar un dibujo que nos puede evidenciar su estado emocional mientras se establece una conversación en la que se van realizando la información y se logra su serenidad.

#### Sesión 2: “Por qué nos comportamos con enojo y el poder de los pensamientos”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
➤ Comprender las emociones negativas	➤ Explicación y comprensión del enojo y sus expresiones
➤ Asumir la responsabilidad del cambio	➤ Valorar diversas conductas útiles y alternativas de la ira

- Uno de los pasos es el diferenciar y nombrar las emociones de tristeza, aburrimiento, y en caso de la niña, sobre todo el enojo.  
Para ello, se utilizan figuras de caras referidas al tipo de expresión en las que se reflejan las distintas emociones y asegurar que es capaz de discriminarlas, ya que de no ser así no podrá interpretar la realidad social con diversos matices, por medio del juego se identificarán, imitarán y, por medio de historietas, se tratará de definir lo que sienten las otras persona y ponerse en su lugar.

## TERMÓMETRO DEL ENOJO:

## PASOS DEL SEMÁFORO:

- \* Usa el termómetro de abajo llenando las líneas en blanco con tus propios descubrimientos.
- \* ¿Se te ocurren algunas técnicas que sirvan para bajar tu enojo de 10 a 5?

10. Sensaciones, pensamientos, conductas cuando estoy en 10  
*Levanto la voz*  
*me pongo tenso, hago ruido. Pienso que es un idiota*

5. Estrategias para bajar la temperatura  
*Exercito los brazos y piernas*  
*me siento y dibujo*  
*camino*

1.

Acuérdate:

El enojo nos impulsa a solucionar problemas con la gente. Sin embargo, la furia descontrolada puede llevarnos a romper o arruinar nuestras relaciones.

## EL SEMÁFORO DE LA IRA:

**Objetivo general:** Ayudar al menor para que sea capaz de graduar la intensidad de su emoción de Ira identificando señales de alarma.

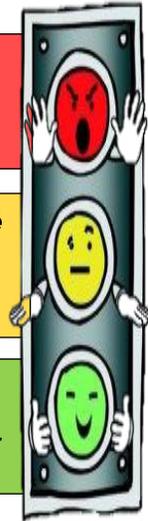
**Pasos:**

1. Reconocimiento e identificación de pensamientos
2. Identificación de Sensaciones percibidas
3. Análisis de comportamientos asociados

➤ **Ira grave** → *Suspensión temporal y autoinstrucciones. Respira lenta y profundamente, formula el problema y di cómo te sientes.*

➤ **Ira moderada** → *Respiración y distracción. ¿Qué es lo que puedo hacer? ¿Funcionará?*

➤ **Sin ira** → *Control de estímulos y actividades agradables. Lleva a la práctica tu mejor alternativa. ¿Ha funcionado?*



## **PASOS DEL SEMÁFORO:**

Te proponemos que imagines que tienes un semáforo en tu mente.

1. **Luz roja:** Para un instante y respira dos veces.
2. **Luz amarilla:** Piensa tres formas diferentes para solucionar el conflicto, no importa que sean buenas o malas.

**Por ejemplo:**

- \* Mando a mi mama al diablo y le pego un portazo.
- \* Aguanto calladito y acepto lo que me dicen
- \* Intento regular mi cólera y le pido de buena manera que me deje llegar más tarde.

3. **Luz verde:** Elegir la alternativa más adecuada. EL objetivo es: Que te entiendan, que consideren lo que necesitas y no se perjudique la relación. Hazla y fijate los resultados.



¿Te animas a usar el semáforo y usar los espacios en blanco después de haber afrontado situaciones complicadas?

**PARA:**

Estoy muy enojada  
Estoy nerviosa

**PIENSA:**

a) Alternativas:

1. Quiero ignorarlo
2. mejor me voy
3. Puede pegarme

b) ¿Qué puede pasar bueno o malo si lo hago?

Bueno: No me altera

Malo: Puedo tener más cólera

**ACTÚA:**

No me pude controlar y le dije cosas feas gritando.

**RESULTADOS:**

Me contestó mi amiga cosas feas  
La miss nos castigo

### Sesión 3: “Cómo manejar los pensamientos agresivos”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar pensamientos hostiles y vinculación con la ira y hostilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Autorregistro de pensamientos y sus efectos: valorar otras posibilidades</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Modificar pensamientos de ira y hostilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Análisis de la importancia del pensar antes de actuar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sugerir qué pensamientos nos acercan a la ira y cuestionar su utilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cambio de roles defendiendo una postura y luego la contraria</li> </ul>

- Los pensamientos automáticos escapan a la voluntad, usualmente no se detiene a cuestionarlos y se toman como ciertos.

Se orienta a la detección de los autodiálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problema, se utiliza los registros y auto-observación, educando y entrenando en el nexos pensamiento, emoción y conducta.

Objetivos de la conducta	Creencias de los niños	Cómo reconocerlo	Cómo actuar
Atención	«Sólo pertenezco cuando me hago notar»	Disgustado, desafiante	Ignorar. Extinción
Lucha de poder	«Sólo pertenezco cuando pruebo que nadie me manda»	Ira, amenaza de la autoridad. Retírese del conflicto	Reacción de pelear
Revancha	«Sólo pertenezco cuando hiero a otros como a mí»	Profundamente herido. Reacción de desquitarse	Evite el desquite e intensifique el vínculo afectivo
Demostración de insuficiencia	«Sólo pertenezco si me muestro inútil»	Desesperación, rendición. Reacción de dar por perdido	Estimule intentos positivos. No usar etiquetas («malo», «torpe», «inútil»)

SITUACIÓN

“Mis amigos no me quieren prestar sus cuadernos y no he terminado la tarea”

PERJUDICIAL

FAVORABLE

PENSAMIENTO

Lo hacen para molestarte, me ignoran.

Estaban haciendo sus tareas, no deben haberme escuchado.

SENTIMIENTO

Enojo y rechazo

Preocupación por que los otros aun no terminan su tarea.

REACCIÓN FÍSICA

Dolor de cabeza, palpitaciones

Ninguna. Me siento completamente bien.

CONDUCTA

Me voy, paso e ignoro eternamente a esa persona.

Me acerco y hacemos la tarea juntos.

#### Sesión 4: “Conociendo la relajación y explorando lo que me pone nervioso”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
➤ Introducción a la relajación y discriminación de músculos y huesos	➤ Explicar el programa de relajación
➤ Identificar situaciones “que me ponen nerviosa”	➤ Autorregistro de situaciones
➤ Descubrir la respiración y su control	➤ Toma de conciencia de la función respiratoria ➤ Práctica de gestos y respiración

#### Sesión 5: “La música me relaja”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
➤ Experimentar la música en la relajación	➤ Grabar un audio con música de relajación que agrade a la niña
➤ Aplicar las autoinstrucciones en momentos de tensión	➤ Sesión de relajación ➤ Autoinstrucciones: Retrasmitiendo la jugada

- Aprender la relajación ayuda a enfrentar las situaciones con tranquilidad para poder resolverlas mejor. Se enseñan técnicas para lograr la relajación (robot, globos, imaginación, uso de música agradable) en momentos de ansiedad, nerviosismo o tensión y la importancia de la práctica constante.
- La enseñanza de autoinstrucciones la capacitan para ejercer el control sobre la conducta en distintas situaciones para posibilitar un problema.

## PASOS DE LA TÉCNICA DE LA TORTUGA:



### Sesión 6: “Aprendiendo a solucionar problemas sociales”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entrenar a la niña en la solución de problemas sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación de diversos problemas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aprender estrategias para solucionar problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lista de soluciones</li> <li>➤ Análisis de situaciones</li> <li>➤ Entrenamiento</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Autoevaluación</li> </ul>

- Lo más importante es saber que no hay una única solución sino que suele haber varias opciones, y cuántas más opciones pueda pensar más probabilidad existe de que alguna logre la situación de la mejor manera posible. Para ello, se aumenta la

variedad de estrategia, se aprende a prever las consecuencias y a tomar conciencia de las más adecuadas para cada situación. Como orientación de las situaciones y de los problemas más comunes se presentan el cuestionario sobre estrategias de interacción social. Y se procede a dar las alternativas de respuesta.

### Sesión 7: “Practicando el comunicarme de forma asertiva”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enseñar a expresarse y defenderse sin hacer daño a los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicación de cómo expresar sus opiniones e ideas, defenderse y no atacar a los demás.</li> <li>➤ Dinámica: Juego tortuga, dragón, persona (niña-padres/terapeuta).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Educar para una comunicación asertiva y expresarse sin ser agresivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ficha de estilos comunicativos.</li> </ul>

- Para establecer y profundizar relaciones es importante el desarrollo de habilidades de comunicación positiva por medio de técnicas que implican gestos, expresar acciones positivas, escuchar activamente e interesarse por el otro. Lo cual, se logra mediante juegos y fichas de estilos de comunicación.

### Los problemas del carpintero (historia):

Matías era un carpintero, toda su vida se dedicó a hacer todo tipo de cosas con la madera: sillas, mesas, armarios, ¡Hasta casas! Era su trabajo y lo hacía bien. Estaba súper orgulloso.



Hasta que un día le ocurrió uno de esos problemas que todos enfrentamos en la vida ¡Se le acabaron las reservas de madera! Y para colmo, no pudo encontrar ningún leñador en el pueblo, Todos habían ido a trabajar a los bosques del Sur.

Entonces, quiso intentar solucionar el problema el mismo, Se decidió cortar árboles para obtener su propia madera. Fue directo hacia el bosque llevando su herramienta favorita, la que lo había hecho famoso: ¡El martillo más rápido del oeste!

Al llegar al bosque encontró un roble importante “¡Este es la mía!” pensó. Y entró a darle y darle con el martillo. Pero el roble no caía.

Matías se empezó a inquietar. Y luego a frustrarse cada vez más. “¿Qué pasa con este roble? ¿Me está tomando el pelo?”, se decía. Así que intentó con otro roble del bosque. Dale que te dale con el martillo.



Al llegar la tarde, ya había probado con todos los árboles del bosque, sin resultado. Tenía la mano inflamada como un globo, y sentía un gran dolor y cansancio.

Confuso y frustrado, no podía entender lo que pasaba. Al martillo más rápido del oeste unos árboles de porquería se le resistían. Extenuado y triste, Matías decidió volver a casa.

En el camino de regreso se encuentra con un chico que está de vacaciones en el pueblo, pasándolo bárbaro ¿Adivina quién es?

**¡EL/LA NIÑO/A ERES TÚ!**



**MATÍAS, EL CARPINTERO,  
TE CONTÓ SU PROBLEMA.  
PENSÁ UN RATO.**

¿Qué se te ocurre para ayudarlo? ¿Qué error te parece que cometió el carpintero?  
¿Qué le recomendarías?

*Quiero que esté tranquilo seguir golpeando el árbol  
que está haciendo mal las cosas.*

¿Dónde está el problema? ¿Te parece que el problema es que los árboles son muy duros? ¿O es otro?

*No debe usar el martillo  
los árboles son duros pero no se caen con el martillo*

¿Qué herramientas o alternativas, le podrías sugerir que utilice en lugar del martillo?

- Que use un hacha*
- llamar a sus amigos*
- traer un serrucho y empujarlo más fuerte*

Quizás puedas pensar que Matías es un testarudo, que se empeña en resolver su problema con un martillo, a pesar de que ya había comprobado que no iba a lograr nada. Pero, por lo general, las personas no somos tan diferentes a ese carpintero. Muchas veces nos empeñamos en utilizar la misma herramienta o estrategia a pesar de que no nos da resultado.

**Moraleja: Nunca te quedes con una sola opción.**

**¡Siempre hay alternativas!**

Una aclaración importante:

La mayoría de las veces no vamos a encontrar "La Solución Ideal" a nuestro problema, probablemente tendremos que elegir entre la mejor solución posible o la menos mala.

Para que vayas practicando poco a poco:

Piensa en algún problema que hayas tenido últimamente.

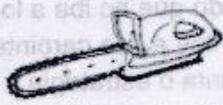
¿Qué estrategia usaste para resolverlo?

Nos molestamos y le dijimos a la mamá que mi amigo no quería hacer el trabajo

Tu estrategia ¿te daba los mismos resultados que a "Matías el carpintero" su martillo? ¿Por qué?

Si, porque la mamá estaba ocupada y no nos hacía caso

Ahora trata de imaginarte todas las herramientas que podrías haber usado (en lugar del martillo) para resolverlo:

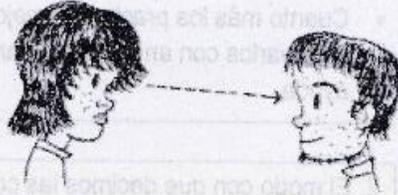
El problema fue: mi amigo no quería hacer la parte de su trabajo	
Algunas herramientas que podría haber usado:	
	- Ver que avance y apoyarlo en lo que no puede hacer
	- Llamar a su mamá para que lo apoye
	- Estar tranquilos y avanzar el trabajo sin el, sacar al grupo porque no trabajó.

## HABILIDADES SOCIALES:

### TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN POSITIVA

- Gestos: Mirar a los ojos, sonreír y relajarse
- Decir cosas positivas
- Escuchar activamente
- Hacer preguntas, interesarse por el otro

- \* Mirar a los ojos
- \* Sonreír
- \* Relajarse



Cuando conversas con alguien, es muy importante:

- \* Lo que dices
- \* La forma en que lo dices:
  - Los gestos
  - El tono de voz

1. Con los **GESTOS** también transmitimos mensajes, por ejemplo con:

- \* La cara que ponemos
- \* La posición del cuerpo
- \* Hacia donde miramos
- \* Lo que hacemos con las manos, etc.

¿Qué gestos sueles usar?

La cara que pongo, mis ojos miran de un lado a otro,  
muestran mis manos y mi voz cuando me molesto

Algunos **GESTOS POSITIVOS** pueden ser:

- \* Mirar a los ojos
- \* Sonreír relajados
- \* Demostrar con el cuerpo que los escuchamos con atención, etc.

Estos gestos demuestran interés y ganas de conectarnos. Si los usas:

¿Cómo se va a sentir la persona con la cuál estás hablando?

Me va a sentir alegre porque le presto atención y me da un  
amigo.

¿Te imaginas hablando con alguien que frunce el ceño, se pone serio y/o te rehúye la mirada? ¿Cómo te sentirías?

*Me sentiría mal y molesto.*

Importante:

- \* Los gestos suelen ocurrir en forma automática. Casi sin darnos cuenta.
- \* Cuanto más los practiques mejor.
- \* Ensayarlos con amigos, familiares y/o tu terapeuta puede ser de mucha ayuda.

2. El modo con que decimos las cosas pueden ser:

- \* Inseguro
- \* Agresivo
- \* Firme o asertivo

Y esto influye en cómo nos responden.

#### MODO INSEGURO

Decimos lo que pensamos o queremos en voz baja, sin insistir o apenas lo insinuamos.

#### MODO AGRESIVO

Decimos lo primero que se nos cruza por la cabeza, sin pensar bien las cosas, gritando y, muchas veces, insultando también.

#### MODO ASERTIVO

Decimos lo que queremos, logrando que nos escuchen y nos respeten. Sin dejar de respetar a los demás.

Mira lo que sucede cuando aplicamos los distintos modos:

Si el modo es:	INSEGURO	AGRESIVO	FIRME O ASERTIVO
Quien nos escucha puede sentirse:	Poco comprometido	Atacado	Comprometido
Y puede responder:	Haciendo lo que él quiere	Defendiéndose o atacando	Haciendo lo que les pides

A continuación tienes algunos ejemplos. ¿Cuál sería la respuesta más asertiva?

A Lorena a invitaron al cine y no sabe como decirles que no quiere ir.



Respuesta:.....C.....

A André los chicos no lo dejan jugar a las escondidas:



Respuesta:.....A..... (se le explica y repite ejercicio en otra sesión, R: C).

Para practicar:

Te recomendamos que pienses distintas situaciones donde te haya costado expresar lo que querías y practiques respuestas o pedidos asertivos con tu terapeuta u otras personas que estén dispuestas a ayudarte.

**HACERSE RESPETAR,  
RESPETANDO**

## Sesión 8: “Una nueva historia que contar”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Conseguir que el menor genere un cambio de discurso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Técnicas narrativas, consolidando una nueva identidad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Reforzar la percepción de su competencia en el proceso de cambio</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Aumentar la capacidad para comunicar su historia y aceptarla</li></ul>	

### **SEGUIR MEJORANDO:**

Además de sacarnos de encima los problemas que tantos nos molestaban siempre es bueno ver de qué manera podemos tratar de estar mejor, esa, es la mejor manera de tener menos problemas en el futuro.

Sería bueno terminar el trabajo pensando en que cosas quiero comprometerme a mejorar de aquí en adelante.

Yo: *Alb*.....

Quiero comprometerme a mejorar:

1. *mi sélera*
2. *mi comportamiento*
3. *con mi mamá, a obedecerla.*
4. *en mi colegio*
5. *mis notas.*

## B) Para los padres:

- Se busca la participación de ambos padres para mejorar la competencia y habilidades parentales, aumentar su conocimiento sobre las causas del comportamiento inadecuado de la menor mediante el aprendizaje y la implementación de las técnicas durante la semana y, de este modo, optimizar la aceptación de la niña de las órdenes y reglas dadas por los padres.
- En las sesiones se presentará material didáctico (folletos, cuestionarios) y técnica como análisis de situaciones de conflicto, juegos de roles e intervenciones cognitivas.

### Sesión 1: “Fomentando la participación activa y dándole importancia a los pensamientos”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
➤ Tomar de conciencia de responsabilidad del problema	➤ Análisis de ejemplos de situaciones de conflicto en familia
➤ Motivar al cambio empático	➤ Discusión cognitiva de los cambios evolutivos del menor
➤ Identificar pensamientos hostiles y creencias sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad	➤ Entrenamiento en detección de los mismos

### Sesión 2: “¿Cuál es la importancia de las emociones?”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
➤ Conocer qué son las emociones.	➤ Exposición del funcionamiento de las emociones.
➤ Manejar emociones: ira y hostilidad	➤ Técnicas de autocontrol (Semáforo)

## EL SEMÁFORO DE LA IRA:

**Objetivo general:** Ayudar al menor para que sea capaz de graduar la intensidad de su emoción de Ira identificando señales de alarma.

**Pasos:**

1. Reconocimiento e identificación de pensamientos
2. Identificación de Sensaciones percibidas



### Sesión 3: “Hablando se entiende la gente”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comprender el estilo asertivo</li> <li>➤ Normalizar los problemas para afrontarlos de manera realista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicación y comprensión de los estilos de comunicación y su funcionalidad</li> <li>➤ Role-playing</li> <li>➤ Práctica de la validación</li> </ul>

### Sesión 4: “Resolviendo los problemas y buscando alternativas”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aprender estrategias alternativas para solucionar los problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Búsqueda de alternativas a las reacciones de ira</li> </ul>

### PRÁCTICA DE VALIDACIÓN

TU HIJA DICE...	RESPUESTA HABITUAL QUE DARIAN	VALIDACIÓN
Mis amigas del colegio me han invitado a su casa, y se van a quedar hasta las 11 de la noche, yo también quiero quedarme hasta tarde...		<i>“Comprendo hija que para ti no es fácil sobre todo cuando tus amigas se van a quedar hasta más tarde... pero recuerda que habíamos acordado que tu hora de llegada era más temprano...”</i>
Después de una discusión con tu hija, ella te dice “¡qué fastidiosa eres!”		<i>“¡Hija! Lo que acabas de decir me ha dolido mucho, no creo que me merezca que me hables así...”</i>

## Sesión 5: “Una nueva historia que contar”

OBJETIVOS	TÉCNICAS
➤ Conseguir que los padres generen un cambio de discurso.	➤ Práctica de pautas de crianza
➤ Aumentar la capacidad de comunicación y aceptación de su historia	➤ Análisis de logros

### La historia 1: ¿Recuerdas la primera vez que viniste?

- ¿Recuerdas la primera vez que viniste? ...(descripción física, del espacio, cómo era la situación, el contexto en el que se produjo el primer encuentro...) ¿Qué sentías? ¿Qué pensabas?
- ¿Y cómo era entonces la relación con tu hijo?...Pero era normal que te ocurriera, porque entonces....

### La historia 2: “Aceptar y el cambio y su porqué”

- ¿Por qué fueron cambiando las cosas? (Describir la influencia del problema sobre su vida)
- Cambiando en función de lo que él ha ido haciendo.
- Y analizar el presente, ¿Qué sientes ahora cuando ya no peleas con tu hijo en la situación de.... ¿cómo ha cambiado esto tu relación con él...¿te das cuenta de que eres responsable de ese cambio? ¿Y ahora qué es más importante para ti?

### La historia 3: “El futuro...”

- ¿Y qué pasaría si las relaciones siguieran así? ¿Podrías plantearte hacer otro tipo de cosas con tu hijo

## PRACTICANDO LAS PAUTAS DE CRIANZA

SITUACIÓN	TÉCNICA	PUESTA EN PRÁCTICA
Estamos en el supermercado y mi hija me pide insistentemente (gritando, llorando...) que le compre juguetes	EXTINCIÓN	Le indicaré sólo una vez, de manera tranquila, que no le voy a comprar nada e ignoraré cualquier grito, insulto, llanto...
Le pido a mi hija que recoja su plato al terminar de comer y lo hace	REFUERZO POSITIVO	Al colocar su plato y los cubiertos en el lavavajillas le diré que me alegra mucho de la manera tan responsable y ordenada que se ha comportado.
Le pido a mi hija que recoja su plato al terminar de comer y no lo hace	CASTIGO	Le diré de manera tranquila que es su responsabilidad recoger su plato y le indicaré que si no lo hace tiene que recoger toda la mesa.  Le diré antes de comer que debe recoger su plato cuando acabe de comer. Si lo hace, le dejaremos 15 minutos más hacer la actividad que le guste (Internet,...). Si no lo hace, no podrá hacer la actividad.

# Contrato de deberes

Yo Ale, declaro que:  
Nombre del estudiante

anotaré todos mis deberes en la agenda y los haré:

Llegando del cole a las 4:00 pm (hora del día)

En mi mesa de estudio (lugar)

Además

1. Sólo pediré ayuda cuando no entienda lo que tengo que hacer
2. Tendré cuidado con la presentación
3. Repasaré las tareas para asegurarme de que están bien
4. Cuando acabe lo guardaré todo en la cartera para llevarlo a la escuela al día siguiente

Y a cambio recibiré Un premio (jugaré en la  
computadora durante 30 min

Fecha 01-04-14

Firma del estudiante:

Ale



Adaptado de ADAPT Program (1992)  
por Fundación ADANA

## HORARIO DIARIO DE ACTIVIDADES:



HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
6.45 – 7.00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	ESTAR EN	FAMILIA
7.00 – 8.00	Vestirse e ir al Cole	COMPAR	TIENDO				
8.00 – 3.00	Colegio	Colegio	Colegio	Colegio	Colegio	VALORES	NORMAS
3.00 – 4.00	Almuerzo y Siesta	REGLAS	JUEGOS				
4.00 – 6.00	Tareas	Tareas	Tareas	Tareas	Tareas	TIEMPO	
6.00 – 6.30	Ordenar su cuarto						
6.30 – 7.15	Baño	Baño	Baño	Baño	Baño		
7.15 – 7.45	Jugar en su compu						
7.45 – 8.15	Revisión de tareas	Revisión de tareas	Revisión de tareas	Revisión de tareas	Supervisión de tareas, si cumple puede salir a jugar		
8.15 – 9.00	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena		
9.00 – 9.45	Conversar con ella						
9.45 – 10.00	Aseo	Aseo	Aseo	Aseo	Aseo	Aseo	Aseo
10.00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir



## CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA

Las investigaciones realizadas en los últimos años, han puesto en evidencia la alta prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en la población pediátrica, razón por la cual esta problemática se ha convertido en una de las prioridades más significativas de los profesionales de la salud.

Han surgido diversas propuestas de tratamiento que incluyen tratamientos farmacológicos, y principalmente, intervenciones psicológicas que a partir del enfoque cognitivo-conductual están el mostrado evidencia científica de su eficacia en el pronóstico de este trastorno.

De ahí el tratamiento aplicado en este caso se planteó como alternativa a fin de disminuir las principales manifestaciones, así como, ofrecer una opción a los padres para su apropiado manejo, y traspasar estrategias a los profesores de aula. Dicha intervención permitió la modificación de variados componentes tales como la escasa atención, las dificultades para seguir instrucciones, planear y organizar tareas propuestas, los olvidos frecuentes de la órdenes que se le imparten, el no permanecer quieta en un lugar, sobre todo, moverse en su asiento, precipitarse a responder sin haber oído completamente la pregunta u orden impartida, estos comportamientos han disminuido paulatinamente, aunque cada uno en diferente medida, lo cual ha llevado a evitar mayores consecuencias en los ámbitos social, emocional, cognitivo y conductual.

Cabe señalar que las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes de las escalas realizadas demuestran que las manifestaciones propias del déficit de atención disminuyeron en mayor proporción en comparación con las manifestaciones de hiperactividad y principalmente, impulsividad, lo que además ayuda a confirmar que la utilización de las técnicas cognitivo-conductuales contribuyen a aminorar los déficits de atención y los problemas de aprendizaje relevantes, así como, modificar los comportamientos característicos de la excesiva movilidad y el escaso autocontrol emocional. Esto permite confirmar la relevancia de este tipo de intervención en el TDAH, convirtiéndose en la mejor alternativa de tratamiento, ya que sus efectos podrán ser perdurables a largo plazo a medida que la niña obtenga la capacidad para controlar su propia conducta y disponer de habilidades o estrategias que le permitan el

análisis de los problemas que surgen en su entorno, investigar posibles soluciones y optar por aquellas que le resulten más adecuadas para realizar la tarea, lo cual no es factible lograr con el tratamiento farmacológico que recibe, pues solo sirve para el alivio de la sintomatología temporalmente, que tiene efectos secundarios que pueden incrementar el riesgo y que en ocasiones tienden a ser más adversos que los síntomas del trastorno mismo.

La implementación de estas técnicas obtuvo diversos beneficios en las relaciones interpersonales (padres-niña, docente-niña, compañeros-niña), en el rendimiento escolar (mejoras de rendimiento académico), a nivel cognitivo (concentración en el ejercicio de tareas, seguimiento de instrucciones, análisis y solución de problemas, planeación de actividades), a nivel emocional (control de estrés y disminución de la agresividad) cambios que fueron visibles tanto dentro de su hogar como en el ámbito escolar.

Es necesario señalar, que en el inicio de la intervención se percibieron pensamientos subvalorativos de sí misma, los cuales influían en la realización de las actividades y tareas, lo que demuestra que en estos niños existe la presencia de ansiedad, estrés y rasgos depresivos, como consecuencia de la acumulación de frustraciones, exigencias por parte de los padres y profesores, tensiones familiares y dificultades escolares que conllevan a que desarrollen un autoconcepto negativo y el desarrollo de una baja autoestima. El programa posibilitó el cambio de aquellos pensamientos que le impedían la demostración de su habilidad en la ejecución de actividades que redundó en la optimización de su motivación y estima personal.

Dentro de los cambios, se observó que a partir de la solución de problemas, la menor aprendió a buscar ciertas alternativas probables ante situaciones o eventos de su vida cotidiana, enseñándole a que se confronte con situaciones interpersonales en las cuales la conducta tiende a ser problemática y a que identifiquen o lleven a cabo soluciones de manera adecuada.

Las autoinstrucciones permitieron que la paciente tienda a manejar de forma apropiada las precipitaciones que se daban ante las órdenes impartidas y la realización de diversas actividades, disminuyendo las respuestas impulsivas y el número de errores en las tareas, mejorando así la ejecución de cierto número de tareas cognitivas.

A partir de la utilización de reforzadores positivos y sociales se ha posibilitado la paulatina obtención de logros en su rendimiento académico y en la relación con sus compañeros.

Luego de la aplicación del Programa de Intervención se observaron modificaciones conductuales, mejoramiento cognitivo y fortalecimiento de los vínculos familiares y educativos, con resultados óptimos en el proceso de resocialización.

La oportuna intervención constituye un elemento primordial en un pronóstico positivo, de modo que el tratamiento en la etapa de la niñez evitará en gran medida, consecuencias en etapas posteriores como la adultez, en donde la presencia del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad influye en la presencia de inestabilidad laboral, afectación en las relaciones afectivas y sociales, presentando fracasos en el campo laboral, familiar y social.

Los resultados sugieren que la participación de los padres es de suma importancia para la ejecución del programa debido a que estos tienen una influencia fundamental en el proceso de formación de los niños. Además, en este programa deben intervenir los profesores, ya que podrían aportar colaborando con el proceso y reforzando la conducta de la niña en la escuela.

En conclusión, se recomienda que se realice un seguimiento periódico que permita reforzar los cambios positivos que se generaron a partir de la implementación del programa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Belloch, A, Sandín, B. Ramos, F. (1998). *Manual de Psicopatología*. Volumen 1 y 2. Madrid: Editorial Mc Graw-Hill.
- Buela-Casal Gualberto. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España: Siglo XXI Editores, S.A.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2010). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes, Aportes Técnicos*. Buenos Aires, Argentina: Librería Akadia Editorial.
- Cohen J., Ronald. (1999). *Pruebas y Evaluación Psicológica*. México: Editorial McGraw-Hill.
- Cubo D., Sixto. (2011). *Métodos de Investigación y Análisis de datos en Ciencias Sociales y de la Salud*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- EsSalud. (2008). *Seguro Social de Salud del Perú. Manual de Organización y Funciones del Servicio de Psicología de la Red asistencial Rebagliati*, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Normativa de Salud, Sub-Gerencia de Servicios Intermedios, Lima.
- Essalud. (2008). "Normas para la Formulación del Manual de Procedimientos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)". Resolución de GG N° 732-GG-EsSalud-2008 que aprueba la Directiva N ° 014-GG-EsSalud-2008. Lima.
- Gargallo, B. (2000). PIAAR-R, *Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la flexibilidad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Greeb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la Conducta Psiquiatría Clínica*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99TR. Ley N° 27056 (20 de enero de 1999)

Lima: Diario Oficial "El Peruano". Congreso de la República. Recuperado de <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/27056.pdf>

Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. En Normas Legales. N° 7892. (30 de enero de 2001). Diario Oficial "El Peruano". Congreso de la República. Recuperado de <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/27658.pdf>

Rotondo, H. (2008). *Manual de Psiquiatría*. Lima: UNMSM.

Orjales I., Polaino-Lorente, A. (2010). *Programas de Intervención Cognitivo-Conductual para niños con Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: CEPE.

Ortiz C., P. (1997). *Formación de la personalidad*. Lima, Perú: Dimaso.

Ortiz C., P. (2000). *Psicobiología humana. Introducción a una Psicobiología del hombre*. Lima, Perú: Universidad de Lima.

Ortiz C., P. (2006). *Introducción a la medicina clínica El examen psicológico integral*. Lima: Editorial UNMSM.

Quintanar, L., Solovieva, Y. y Flores, D. (2002). *Manual para el tratamiento neuropsicológico de niños con déficit de atención*. Lima: Libro amigo.

Solovieva, Y. y Quintanar, L. (2001). *Métodos de intervención en neuropsicología infantil*, México Universidad Autónoma de Puebla.

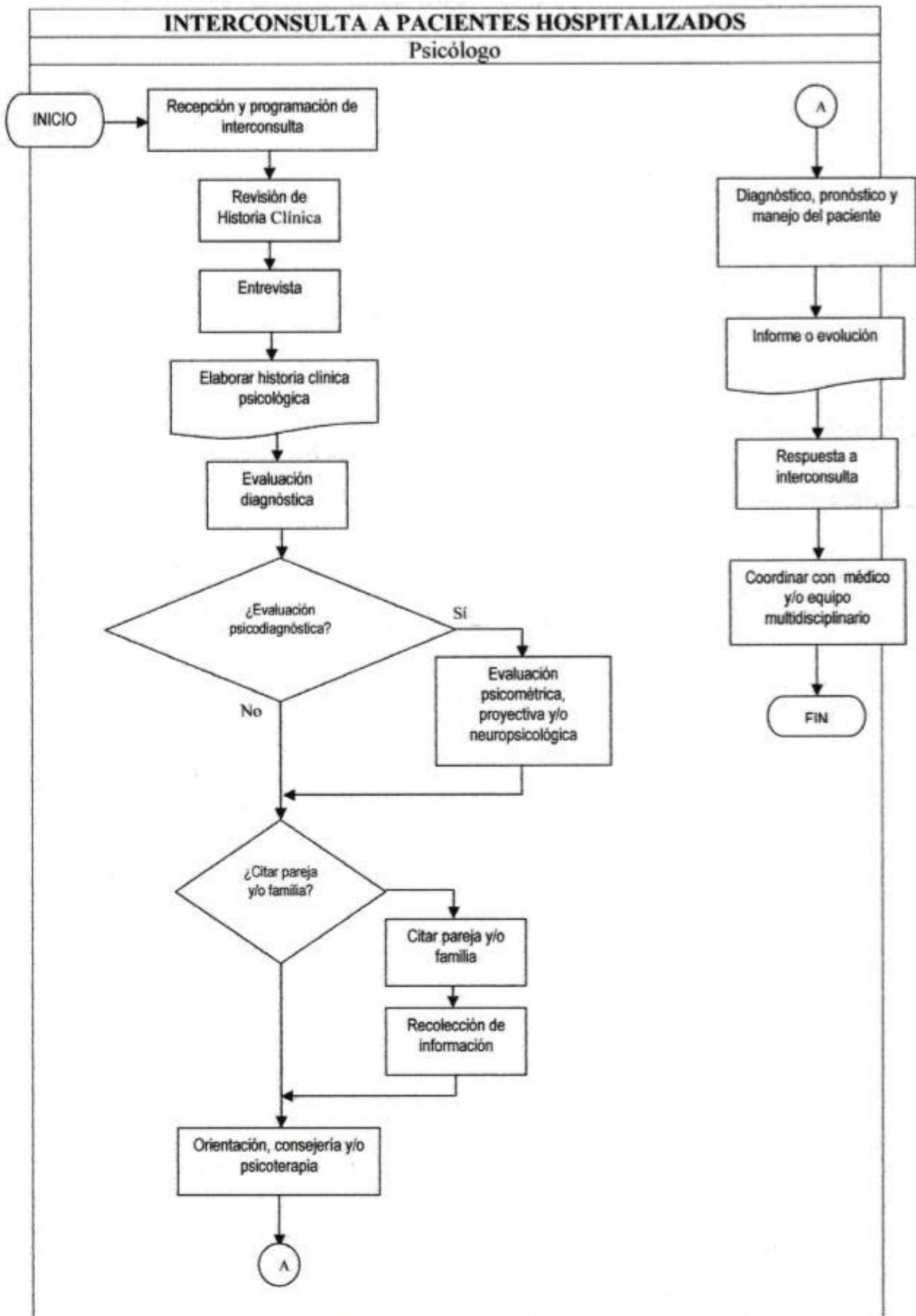
Taylor E. Shelly (2003). *Psicología de la Salud*. Sexta edición. México: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

Vallejo Ruiloba, J. (1986). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Salvat.

Vallés Arándiga, A. (1998). *Dificultades de aprendizaje e intervención psicopedagógica*. Valencia: Promolibro.

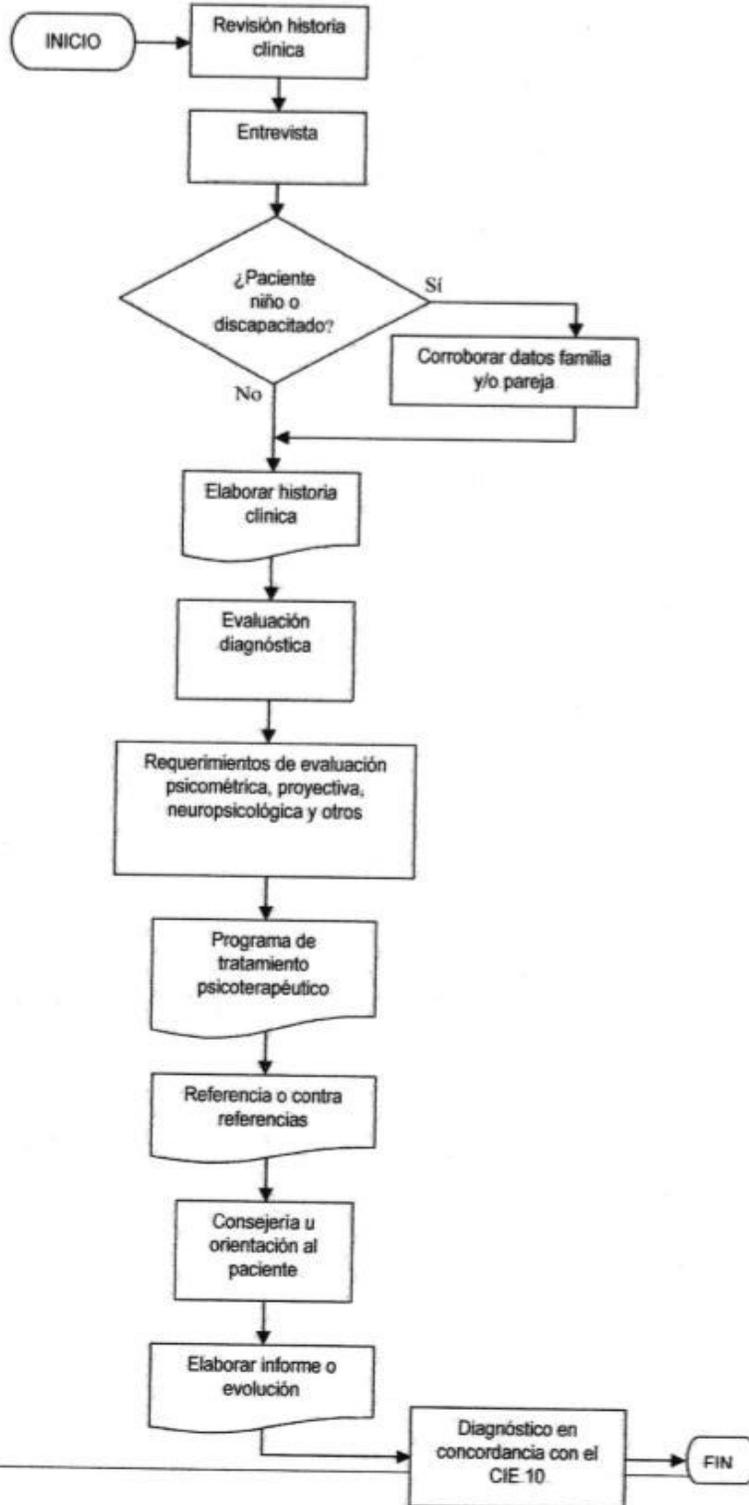
Wallen, C. y Henker, B. (1984). *La hiperactividad y los trastornos por déficit de atención: límites de un conocimiento creciente en Clínicas Pediátricas de Norteamérica*. España: Editorial Interamericana.

# ANEXOS



# CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA Y/O NEUROPSICOLOGÍA

Psicólogo



**ESCALA DE ACTIVIDAD DEL NIÑO****Werry - Weiss y Peters**

	NUNCA	ALGO	MUCHO
<b>EN EL HOGAR DURANTE LAS COMIDAS:</b>			
1.- Sube y baja de las sillas.	0	1	2
2.- Interrumpe la comida sin razón.	0	1	2
3.- Se mueve de su asiento.	0	1	2
4.- Juega nerviosamente con los objetos.	0	1	2
5.- Habla excesivamente.	0	1	2
<b>EN EL HOGAR MIENTRAS VE LA TV.:</b>			
6.- Se levanta y se sienta.	0	1	2
7.- Balancea el cuerpo.	0	1	2
8.- Juega con los Objetos.	0	1	2
9.- Habla incesantemente.	0	1	2
10.-Interrumpe a los demás.	0	1	2
<b>EN EL HOGAR DURANTE EL JUEGO:</b>			
11.-Muestra agresividad.	0	1	2
12.-No se mantiene quieto.	0	1	2
13.-Cambia de actividad constantemente.	0	1	2
14.-Busca la atención de los padres.	0	1	2
15.-Habla excesivamente.	0	1	2
16.-Interfiere en el juego de los otros.	0	1	2
17.-No mide el peligro.	0	1	2
18.-Muestra Impulsividad.	0	1	2
19.-Muestra <u>perseveración</u> .	0	1	2
<b>EN EL HOGAR DURANTE EL SUEÑO:</b>			
20.-Dificultad para iniciar el sueño.	0	1	2
21.-Tiene sueño insuficiente.	0	1	2
22.-Muestra inquietud mientras duerme. (Movimientos, rechinan los dientes).	0	1	2
<b>FUERA DEL HOGAR (No en la escuela):</b>			
23.-Inquietud en los vehículos.	0	1	2
24.-Inquietud durante las compras (Toca todo, juega, etc.)	0	1	2
25.-Inquietud en la Iglesia o Cine.	0	1	2
26.-Inquietud durante las visitas.	0	1	2
27.-Desobedece constantemente	0	1	2
<b>EN LA ESCUELA:</b>			
28.-No se concentra en el trabajo.	0	1	2
29.-Molesta a sus compañeros.	0	1	2
30.-No permanece quieto en su asiento.	0	1	2

**\*EL PUNTAJE SUPERIOR A 15 PUEDE CONSIDERARSE SIGNIFICATIVO.**

**Cuestionario de conducta de CONNERS para Padres**  
(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

**Instrucciones:**

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA =           0 PUNTOS.  
 POCO =           1 PUNTO.  
 BASTANTE =    2 PUNTOS.  
 MUCHO =        3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >16 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

## CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR

(C.C.I.; Parent's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptorios	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Se manosea los dedos, uñas, pelo, ropa.				
2. Trata irrespetuosamente a personas mayores				
3. Tiene dificultad para hacer o mantener amistades.				
4. Es impulsivo, irritable.				
5. Quiere controlar y dirigir en cualquier situación.				
6. Se chupa el dedo, la ropa o las mantas.				
7. Es llorón.				
8. Es desgarbado en su porte externo.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene dificultad para aprender.				
11. Es más movido de lo normal.				
12. Es miedoso.				
13. No puede estarse quieto.				
14. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
15. Es mentiroso.				
16. Es retraído, tímido.				
17. Causa más problemas que otro de su misma edad.				
18. Su lenguaje es inmaduro para su edad.				
19. Niega sus errores o echa la culpa a otros.				
20. Es discutiador.				
21. Es huraño, coge berrinches.				
22. Roba cosas o dinero en casa o fuera.				
23. Es desobediente, obedece con desgana.				
24. Le preocupa excesivamente estar solo, la enfermedad.				
25. No acaba las cosas que empieza.				

## CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN EL HOGAR (Continuación)

(C.C.L; Parent's Questionnaire, C. Keith Connors). Forma abreviada.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
26. Es susceptible, se "pica" fácilmente.				
27. Tiende a dominar, es un "matón".				
28. Hace movimientos repetitivos durante ratos.				
29. Es a veces cruel con los animales o niños pequeños.				
30. Pide ayuda y seguridad como si fuese más pequeño.				
31. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
32. Le duele la cabeza frecuentemente.				
33. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
34. No acepta restricciones o reglamentos, desobediente.				
35. Se pelea con mucha frecuencia por cualquier motivo				
36. No se lleva bien con sus hermanos.				
37. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
38. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
39. Habitualmente es un niño triste.				
40. Tiene poco apetito, caprichoso con las comidas.				
41. Se queja de dolores de vientre.				
42. Tiene trastornos de sueño.				
43. Tiene otros tipos de dolores.				
44. Tiene vómitos con cierta frecuencia.				
45. Se siente marginado o engañado en su familia.				
46. Suele ser exagerado, "fardón".				
47. Deja que le manipulen o abusen de él.				
48. No controla bien el pis o tiene dificultades de defecación.				

**Cuestionario de conducta de CONNERS para PROFESORES**  
(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada

ÍNDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PROFESORES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
3. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
4. Molesta frecuentemente a otros niños.				
5. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
6. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
7. Intranquilo, siempre en movimiento.				
8. Es impulsivo e irritable.				
9. No termina las tareas que empieza.				
10. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
TOTAL.....				

**Instrucciones:**

- Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA =           0 PUNTOS.  
 POCO =           1 PUNTO.  
 BASTANTE =    2 PUNTOS.  
 MUCHO =        3 PUNTOS

- Para obtener el **Índice de Déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

- Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >17 es **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

Para las **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación >12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

## CUESTIONARIO DE CONDUCTA EN LA ESCUELA

(C.C.E.; Teacher's Questionnaire, C. Keith Conners). Forma abreviada.

Utilizar este cuestionario para obtener una descripción de las conductas de los alumnos. Los datos obtenidos deben trasladarse a la tabla diagnóstica del DSM-IV.

Descriptores	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Tiene excesiva inquietud motora.				
2. Emite sonidos molestos en situaciones inapropiadas.				
3. Exige inmediata satisfacción de sus demandas				
4. Se comporta con arrogancia, es irrespetuoso.				
5. Tiene explosiones impredecibles de mal genio.				
6. Es susceptible, demasiado sensible a la crítica.				
7. Se distrae fácilmente, escasa atención.				
8. Molesta frecuentemente a otros niños.				
9. Está en las nubes, ensimismado.				
10. Tiene aspecto enfadado, huraño.				
11. Cambia bruscamente sus estados de ánimo				
12. Discute y pelea por cualquier cosa.				
13. Tiene actitud tímida y sumisa ante los adultos.				
14. Intranquilo, siempre en movimiento.				
15. Es impulsivo e irritable.				
16. Exige excesivas atenciones del profesor.				
17. Es mal aceptado en el grupo.				
18. Se deja dirigir por otros niños.				
19. No tiene sentido de las reglas del "juego limpio".				
20. Carece de aptitudes para el liderazgo.				
21. No termina las tareas que empieza.				
22. Su conducta es inmadura para su edad.				
23. Niega sus errores o culpa a los demás.				
24. No se lleva bien con la mayoría de sus compañeros.				
25. Tiene dificultad para las actividades cooperativas.				
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante.				
27. Acepta mal las indicaciones del profesor.				
28. Tiene dificultades de aprendizaje escolar.				

**REGISTRO CLINICA NEUROPSICOLÓGICA  
(ORTIZ C., Pedro)**

**1. EL EXAMEN ACTUAL**

**1.1. Examen somático y de la actividad autonómica**

- 1.1.1. El estado general
- 1.1.2. La cabeza
- 1.1.3. El cuello
- 1.1.4. El tórax
- 1.1.5. El abdomen y la pelvis
- 1.1.6. La región espinal
- 1.1.7. Las extremidades

**1.2. Examen de la actividad personal**

1.2.1. Examen de la Actividad Consciente

**Objetivos:** Determinar las características más generales de la actividad consciente a fin de determinar el estado funcional cerebral.

**Áreas de examen:**

*1.2.1.1. Grado de actividad*

- A) Grado de actividad espontánea
- B) Grado de reactividad

*1.2.1.2. Grado de organización*

- A) Grado de ansiedad
- B) Grado de atención:
- C) Grado de expectación:

*1.2.1.3. Grado de comunicación*

- A) Grado de expresión:
  - Analizar su discurso, pronunciación de las palabras, estructura de las palabras, vocabulario, uso de las palabras, análisis de sus oraciones, capacidad para la nominación.
  - Debemos tipificar si se encuentra: disartria, apraxia verbal, parafasias (literales o fonológicas, semánticas o verbales y neologismos), agramatismo, paragramatismo, anomias o su discurso es normal.
- B) Grado de comprensión:
  - Analizar su entendimiento en el diálogo
  - Calificar si es normal o deficiente

## 1.2.2. Examen de la Estructura de la Consciencia

- 1.2.2.1. *La estructura afectivo-emotiva*
- 1.2.2.2. *La estructura cognitivo-productiva*
- 1.2.2.3. *La estructura conativo-volitivo*

## 1.2.3. Examen del Procesamiento Consciente

### 1.2.3.1. *Procesos de la percepción*

**Objetivos:** El examen de la percepción, tiene por objeto analizar los procesos de:

(1) detección, (2) localización, (3) discriminación, (4) gradación, (5) reconocimiento, (6) comprensión y (7) retención de estímulos y situaciones a fin de conocer el estado metabólico y funcional del cerebro, especialmente de las áreas posteriores

#### 1.2.3.1.1. Procesos de la percepción visual

- A) Áreas de examen:
  - I. La agudeza visual
  - II. La amplitud del campo visual
  - III. La orientación visuoespacial
  - IV. El reconocimiento visual
  - V. La comprensión de la lectura
  - VI. La retención visual

#### 1.2.3.1.2. Procesos de la percepción auditiva

- A) Áreas de examen:
  - I. La agudeza auditiva
  - II. La discriminación verbal
  - III. El reconocimiento auditivo
  - IV. La comprensión auditiva verbal
  - V. La retención y el aprendizaje verbal

#### 1.2.3.1.3. Procesos de la percepción táctil (háptica)

- A) Áreas de examen:
  - I. La detección de estímulos táctiles y cinestésicos
  - II. La localización de estímulos táctiles
  - III. La discriminación de contactos múltiples
  - IV. La discriminación de pesos, formas, tamaños de las cosas
  - V. El reconocimiento de figuras gráficas y de objetos

#### 1.2.3.1.4. Procesos de la percepción olfativa

#### 1.2.3.2. *Procesos de la Imaginación*

**Objetivos:** El examen de los procesos de la imaginación tiene como objetivo conocer el estado metabólico y funcional del cerebro, especialmente del hemisferio derecho

- A) Áreas de examen:
- I. El recuerdo de información episódica
  - II. La imagen corporal
  - III. La orientación espacial
  - IV. La concretización (imaginativa)
  - V. La solución de problemas concretos

#### 1.2.3.3. *Procesos del Pensamiento*

**Objetivos:** El examen de los procesos del pensamiento tiene como objetivo primordial conocer el estado metabólico y funcional del cerebro, especialmente del hemisferio izquierdo.

- A) Áreas de examen:
- I. El recuerdo de información semántica
  - II. El concepto de cuerpo
  - III. La orientación temporal
  - IV. La abstracción
  - V. La solución de problemas abstractos

#### 1.2.3.4. *Procesos de la Actuación*

**Objetivo:** El examen de los procesos de la actuación tiene como objetivo principal conocer el estado metabólico y funcional del cerebro, especialmente de las áreas anteriores del mismo.

A) Área de examen:

- I. La postura corporal y segmentaria
- II. La organización del movimiento
- III. La fuerza muscular
- IV. La coordinación del movimiento
- V. La velocidad del movimiento
- VI. La reactividad miotática: tónica y fásica
- VII. La reactividad adaptativa

**PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL**  
**FORMATO DE SEGUIMIENTO DE CADA SESION**

Nombre: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CONDUCTAS	PRESENTE	AUSENTE
<i>HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD</i>		
Tiene excesiva inquietud motora		
Se precipita a responder sin haber oído completamente la pregunta o la orden impartida		
Se levanta frecuente de su puesto		
Deja por terminar las tareas que empieza		
No se queda quieto por mas de cinco minutos		
<i>ATENCION</i>		
Se distrae fácilmente, muestra escasa atención		
Incapaz de seguir instrucciones		
Cualquier estímulo externo lo descentra de las tareas que esta realizando		
Dificultad para planear y organizar tareas encomendadas		
Olvida con frecuencia, las ordenes que se le imparten		

**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---



---



---



---