

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, Essalud : trastorno opositor desafiante en niño en edad escolar

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

AUTOR

María Isabel Pacheco Cueva

LIMA – PERÚ

2014

Dedico este trabajo a mi pequeña “MARÌA FERNANDA” que me permite experimentar un nuevo rol en mi vida y que su presencia, ternura y sonrisa angelical me motiva a seguir superándome. Doy gracias a Dios por ese maravilloso regalo.

INDICE

DEDICATORIA

INTRODUCCIÒN 5

PRIMERA PARTE: DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. **ENTIDAD EMPLEADORA: EsSalud** 7

1.1 Dirección 7

1.2 Reseña histórica 7

1.3 Objetivos 9

1.4 Finalidad Institucional 9

1.5 Misión 9

1.6 Visión Institucional 9

1.7 Principios y Valores Institucionales 10

2. **CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI**

2.1 Ubicación 11

2.2 Dirección 11

2.3 Breve Historia del Hospital Edgardo Rebagliatì 11

2.4 Objetivos 13

2.5 Misión 13

2.6 Visión 13

2.7 Estructura Orgánica 13

3. **SERVICIO DE PSICOLOGÌA**

3.1 Ubicación 16

3.2 Infraestructura 16

3.3 Reseña Histórica 16

3.4 Funciones 18

3.5 Objetivos 20

3.6 Estructura Orgánica y Funcional 21

3.7 Población Atendida 23

3.8 Procesos y Procedimientos 24

3.9 Estadística 25

4. **ÀREA DE TRABAJO**

4.1 Rehabilitación Pediátrica 29

4.1.1 Ubicación 29

4.1.2 Infraestructura 29

4.1.3 Horario de trabajo 29

4.1.4 Objetivos General 30

4.1.5 Objetivos Específicos 30

4.1.6 Descripción de actividades 30

4.1.7 Planteamiento de las Actividades 32

4.1.8 Estadística 40

4.2 Pediatría Especializada: Nefrología Pediátrica

4.2.1 Ubicación 43

4.2.2 Horario 44

4.2.3 Objetivo General 44

4.2.4 Descripción de Actividades 44

4.2.5 Estadística 46

SEGUNDA PARTE: CASO CLINICO

2.1 **DATOS PERSONALES Y ANAMNESIS** 51

2.2 **INFORME PSICOLÒGICO** 55

2.3 **PLAN DE TRATAMIENTO** 64

REFERENCIA BIBLIOGRÀFICA 80

ANEXOS 81

INTRODUCCIÓN

Como promotores de la Salud Mental debemos estar adecuadamente capacitados para trasladar los conocimientos adquiridos en las aulas a la realidad, asimismo sabemos que tenemos una responsabilidad social para con los demás.

Se presenta el trabajo “INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL ÀMBITO CLÌNICO Y DE LA SALUD” del centro donde se labora Hospital Nacional Edgardo Rebagliatì Martins hace 27 años, lo cual hace posible el desarrollo de todo lo aprendido en la formación y capacitación profesional a lo largo de estos años en las diversas áreas de trabajo.

Es el hospital que lidera la Red Asistencial Rebagliatì, marca la pauta en lo que a atención altamente especializada se refiere convirtiéndolo en el hospital insignia de la Seguridad Social, con una trayectoria de más de 50 años, prestando atención a la población asegurada en las diversas especialidades, siendo la modalidad de trabajo multidisciplinario y el Psicólogo forma parte de este equipo, brindando atención al paciente interviniendo en el diagnóstico y tratamiento eficiente y científico para su recuperación; aplicando diferentes técnicas psicoterapéuticas de acuerdo a la especialidad y complejidad que presenta.

El Informe de Experiencia Profesional consta de dos partes, la primera comprende el Desarrollo de las Actividades iniciando con la presentación de la Institución y posteriormente las Áreas de trabajo: Rehabilitaciòn Pediàtrica (atención ambulatoria) y Nefrología Pediàtrica (atención hospitalaria) con sus respectivos objetivos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos; y la segunda parte es el Caso Clínico, empleando las herramientas psicológicas y la intervención psicoterapéutica, estructurando y aplicando un Programa Cognitivo-conductual.

PRIMERA PARTE

I. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

1. ENTIDAD EMPLEADORA

Seguro Social de Salud y su denominación corporativa es EsSalud.



1.1 DIRECCIÒN:

Domicilio legal en Av. Domingo Cueto Nº 120-Jesús María-Lima 11, Perú. RUC.: 20131257750 Teléfonos: 265-6000, 265-7000 Página Web: www.essalud.gob.pe y desarrolla sus actividades en todo el territorio nacional a través de sus Órganos Desconcentrados.

1.2 RESEÑA HISTÒRICA:

El 12 de agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N.° 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, de farmacia y subsidios en dinero”

El 19 de noviembre de 1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N.° 10902 que creó el Seguro Social

Obligatorio del Empleado, con la misma cobertura de prestaciones que el Seguro Obrero.

Con la llegada al Gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se inicia un proceso de fusión progresiva de los seguros del obrero y el empleado. El 6 de noviembre de 1973 mediante el Decreto Ley N.° 20212 se creó el Seguro Social del Perú, que fusionaba los ex seguros sociales Obrero y del Empleado en un único organismo administrativo.

En 1980 se promulga el Decreto Ley 23161, que crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), posteriormente el 18 de junio de 1998 se adscribe al IPSS al Ministerio de Trabajo.

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social 24786. 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" El 28 de Enero de 1999 se promulga la Ley 27056 Creación del Seguro Social de Salud-EsSalud : "Créase sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (EsSalud) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable". Respecto a las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), la citada ley establece que son de prevención, promoción 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 Es Salud dentro del régimen de libre contratación.

1.3 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÒN:

- Extender la cobertura de la Seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales.
- Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivos-promocionales.
- Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.
- Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

1.4 FINALIDAD INSTITUCIONAL:

Dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

1.5 MISIÒN INSTITUCIONAL:

Ser una institución de seguridad social en 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.

1.6 VISIÒN INSTITUCIONAL:

Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la Seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado.

1.7 PRINCIPIOS Y VALORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

- **Solidaridad:**

  Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

- **Universalidad:**

  Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.

- **Igualdad:**

  La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

- **Unidad:**

  Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

- **Integralidad:**

  El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.

- **Autonomía**

  La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

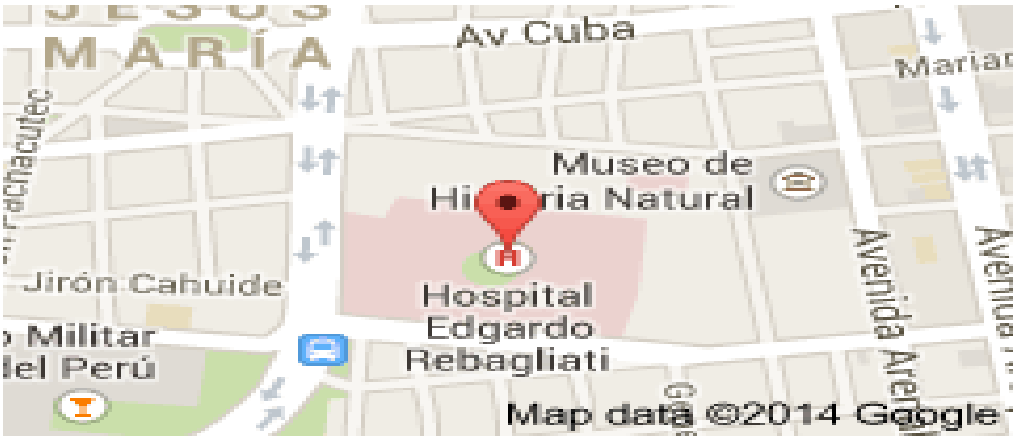
Para el desarrollo de su accionar EsSalud opera bajo el Sistema de Redes Asistenciales, lo cual permite descentralizar y dinamizar los servicios. En Lima, por su extensa población, cuenta con tres redes asistenciales: RED ASISTENCIAL REBAGLIATI, ALMENARA Y SABOGAL.

2. CENTRO DE TRABAJO

EsSalud-Hospital Nacional Edgardo Rebagliatì Martins que corresponde a la RED ASISTENCIAL REBAGLIATÌ.



2.1 UBICACIÒN



2.2 **DIRECCIÒN:** Av. Edgardo Rebagliatì N° 490-Jesús Maria

2.3 BREVE HISTORIA DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATÌ

En los años 50 el Doctor Rebagliatì al mando de un grupo de destacados especialistas en Derecho Laboral, implementaría el Seguro Social del Empleado.

La Comisión de Creación del Seguro Social del Empleado empezó sus funciones en 1948, paralelamente se dio la construcción del Hospital del Empleado. El 24 de julio de 1956 el Presidente Odría inauguró el edificio, en Julio de 1958 se terminó de equipar el "elefante blanco" de 14 pisos. La construcción estuvo a cargo de los arquitectos norteamericanos Edwards D. Stone y Aydelott.

Durante el Gobierno del Presidente Manuel Prado un 3 de Noviembre de 1958 siendo las 10 de la mañana se inauguró el Hospital del Empleado con 466 camas operativas. El doctor Guillermo Kaelin de la Puente fue el primer director hasta 1968. Ese mismo día se atendieron 20 personas aseguradas. La señora Graciela Hernando de Moreno (esposa) fue la primera paciente que solicitó atención médica, lo hizo a las 9:15 am., 45 minutos antes de la ceremonia de inauguración; a las 10:40 am la señora Lidia de Cano dio a luz al primer bebé del nuevo Hospital; también esa mañana se realizó la primera intervención quirúrgica.

En el 2008 el hospital fue declarado "Patrimonio Arquitectónico de la Seguridad Social del Perú. El Hospital ha tenido tres nombres en cincuenta años: Hospital del Empleado, Hospital Central Nº 2 y Hospital Nacional Edgardo Rebagliatì (denominado en 1975 al Doctor Edgardo Rebagliatì)

Es el hospital que lidera la Red Asistencial Rebagliatì, su Gerente es la Doctora Malú Arias Schreiber Barba considera que el hospital Rebagliatì marca la pauta en lo que a atención altamente especializada se refiere convirtiéndolo en el hospital insignia de la Seguridad Social.

2.4 OBJETIVO:

Atender al paciente de la mejor manera, desde el punto de vista técnico, de salud y humano, demostrando eficiencia con los recursos de la institución.

2.5 MISIÓN DEL HOSPITAL

Brindar cuidados de salud a nuestros beneficiarios, mediante una atención altamente especializada y cálida, en contribución al bienestar y desarrollo de la sociedad.

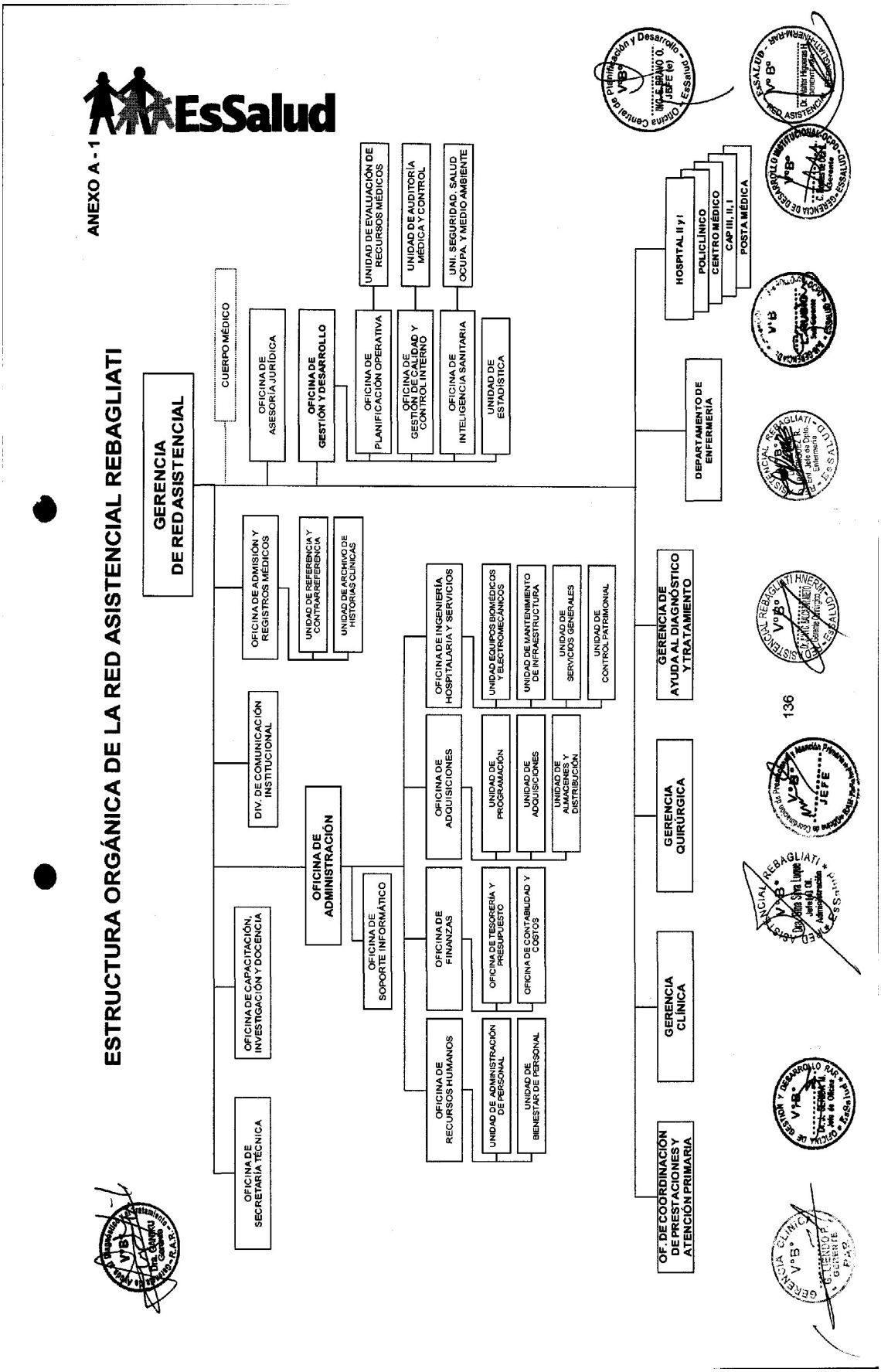
2.6 VISIÒN DEL HOSPITAL:

Ser un Hospital líder en la prestación de servicios de salud e investigación en nuestro país y en Latinoamérica; con una organización eficiente, confiable y altamente calificada.

2.7 ESTRUCTURA ORGÀNICA Y FUNCIONAL

ANEXO A - 1

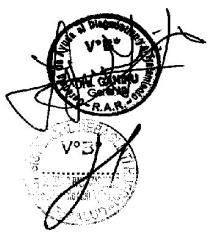
ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI



ANEXO A - 5

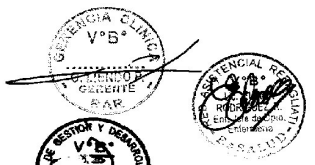
EsSalud

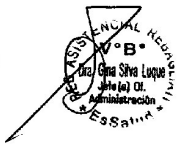
ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI



GERENCIA DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- OFICINA DE CONTROL DE LA GESTION HOSPITALARIA Y EN RED
- DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
  - SV. REHABILITA. NEUROTRAUMA-TOLÓGICA Y OCUPACIONAL
  - SV. REHABILITA. DEL SISTEMA LOCOMOTOR Y CARDIOVASCU.
  - SERVICIO DE REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA
- DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
  - SERVICIO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA
  - SERVICIO DE CITOLOGÍA
- DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA
  - SERVICIO DE INMUNOLOGÍA Y BIOQUÍMICA
  - SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA
  - SERVICIO DE HEMATOLOGÍA Y BANCO DE ÓRGANOS
  - SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
- DEPARTAMENTO DE IMAGENOLOGÍA
  - SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO
  - SERVICIO DE SONOGRAFÍA
  - SERVICIO DE TOMOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA
  - SERVICIO DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA
- DEPARTAMENTO DE APOYO MÉDICO
  - SERVICIO DE PSICOLOGÍA
  - SERVICIO DE NUTRICIÓN
  - SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL
- DEPARTAMENTO DE FARMACIA
  - SERVICIO DE FARMACIA CONSULTA EXTERNA
  - SERVICIO DE FARMACIA DE HOSPITALIZACIÓN

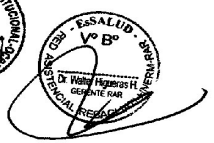


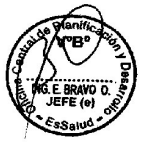












3. SERVICIO DE PSICOLOGÌA

3.1 UBICACIÒN:

El servicio de Psicología del HNERM, se encuentra ubicada en el primer piso en la parte posterior del Edificio principal.

3.2 INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE PSICOLOGÌA:

Construida de material noble, cuenta con dos ambientes con puertas independientes. El ambiente más grande está dividido en 2 espacios, teniendo en la entrada la Secretaria y posterior la Jefatura del servicio. El otro ambiente está destinado para la ejecución de talleres y terapias. Hacia el lado derecho del frontis del hospital en el primer piso se encuentran ubicados los consultorios externos para la atención de los pacientes adultos, siendo asignado a Psicología el Consultorio Nº 53 donde atiende el Profesional Psicólogo en los 3 turnos. Hacia el lado izquierdo del frontis del hospital se encuentra el Block “G” que corresponde al área pediátrica, ubicándose en el primer piso el Consultorio Nº 118 donde se realiza la atención de Psicología y Neuropsicología en 2 turnos. En el sótano del hospital hacia el lado izquierdo se encuentra el Departamento de Medicina Física y Rehabilitaciòn de Adultos y Niños donde se cuenta con 3 consultorios de Psicología: 2 para la atención de pacientes adultos y 1 para la atención de pacientes pediátricos en 2 turnos. Hacia la parte posterior del frontis del hospital se encuentra el Departamento de Salud Mental, teniendo en esa área 1 consultorio para la atención psicológica en los 2 turnos.

3.3 RESEÑA HISTÒRICA DEL SERVICIO DE PSICOLOGÌA

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatì Martins dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, docente universitario egresado de la

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992.

En el quinquenio 1971-1975 ingresan destacados psicólogos 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, así como 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 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. Situación que 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 Rebagliatì 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 Mental, Servicio de Psicología de Neuropsicología, Servicio de Psicología de Rehabilitación y Servicio de Psicología de Madre-Niño.

Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en congresos Nacionales e internacionales.

A comienzos del año 1992, después de más de 30 años al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliatì Martins, el Dr. Luis Amílcar 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 Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta.

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliatì realiza gestiones ante las autoridades y Psicología nuevamente pasa a depender de Salud Mental; el Departamento de Psicología es reestructurado, quedando 2 Servicios: Servicio de Psicología Hospitalaria y Servicio de Psicología de Enlace.

Posteriormente, 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, a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta (1995).

Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos nuevamente pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento hasta la actualidad.

3.4 FUNCIONES DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA:

- Formular las propuestas e iniciativas del Servicio para los planes de Gestión, Salud, Capacitación, Investigación, Inversión, Metas y Presupuesto de la Red Asistencial Rebagliatì acorde a los lineamientos y normas vigentes, controlar su ejecución y resultados en lo que le competa, así como proponer y ejecutar medidas correctivas para lograr los objetivos propuestos.

- Elaborar la propuesta de programación asistencial del Servicio en función al cumplimiento de metas aprobadas, la variación de la demanda, disponibilidad de oferta, rendimiento, estándares; acordes

a las normas vigentes. Ejecutar y controlar el cumplimiento de la programación aprobada y realizar acciones correctivas.

- Elaborar, sustentar y programar la dotación de recursos humanos y el requerimiento de materiales, instalaciones, equipos y otros. Coordinar y verificar el cumplimiento del programa de mantenimiento de los equipos del Servicio y velar por su seguridad, operatividad y existencia física.

- Evaluar los resultados alcanzados por el Servicio mediante indicadores y ejecutar las medidas correctivas pertinentes**.**

- Organizar, ejecutar y controlar la atención psicológica oportuna apacientes que requieren evaluación, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la conducta, funciones psicológicas o estado emocional, en el marco de los protocolos y normas técnicas y seguridad vigentes**.**

- Atender con oportunidad y prontitud las interconsultas de otros Servicios y coordinar las atenciones complementarias que requieren los pacientes.

- Elaborar, actualizar y aplicar los Protocolos, Manuales de Procedimientos y otros documentos de Gestión.

- Respetar los derechos del paciente de acuerdo a la Ley y las Normas de la Institución. Brindar información oportuna y pertinente al paciente y/o familiar responsables sobre los procedimientos a realizar. Cumplir con las pautas del consentimiento informado para los procedimientos diagnósticos que indiquen las normas institucionales.

- Realizar un correcto registro de las solicitudes, atenciones psicológicas y resultados en los formularios establecidos y sistemas informáticos institucionales. Ejecutar acciones correctivas.

- Ejecutar y evaluar las actividades de capacitación, docencia e investigación del Servicio. Apoyar la capacitación periódica y asesoramiento técnico del personal asistencial del área de ayuda al diagnóstico y tratamiento de los Centros Asistenciales del I y II Nivel de Atención de la Red Asistencial.

- Realizar, en el ámbito de su competencia, otras funciones que le asigne el Departamento de Apoyo Médico.

3.5 OBJETIVOS DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

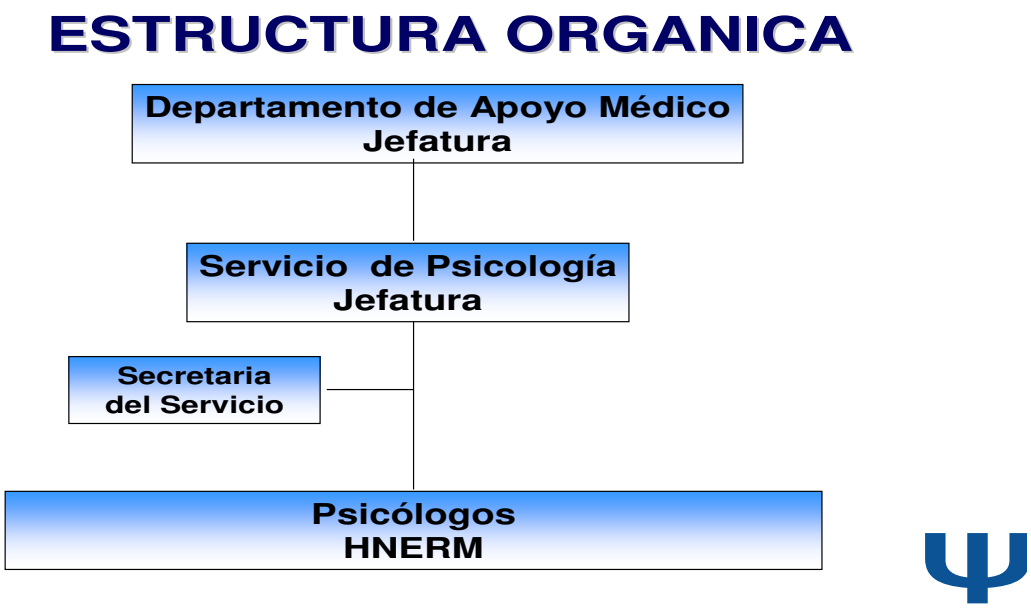
- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren correspondientes al nivel III, que son trasferidos de los diferentes servicios médicos o entidades.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e 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, 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.

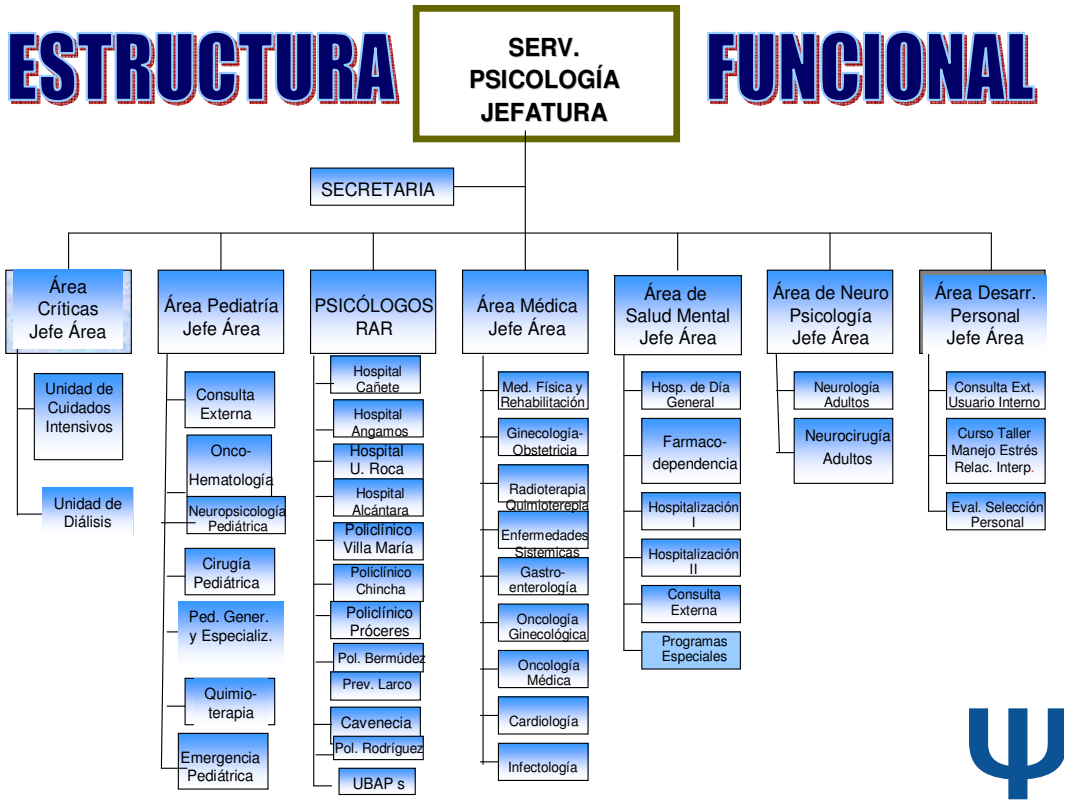
3.6 ESTRUCTURA ORGÀNICA Y FUNCIONAL DE PSICOLOGÌA

Es 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.

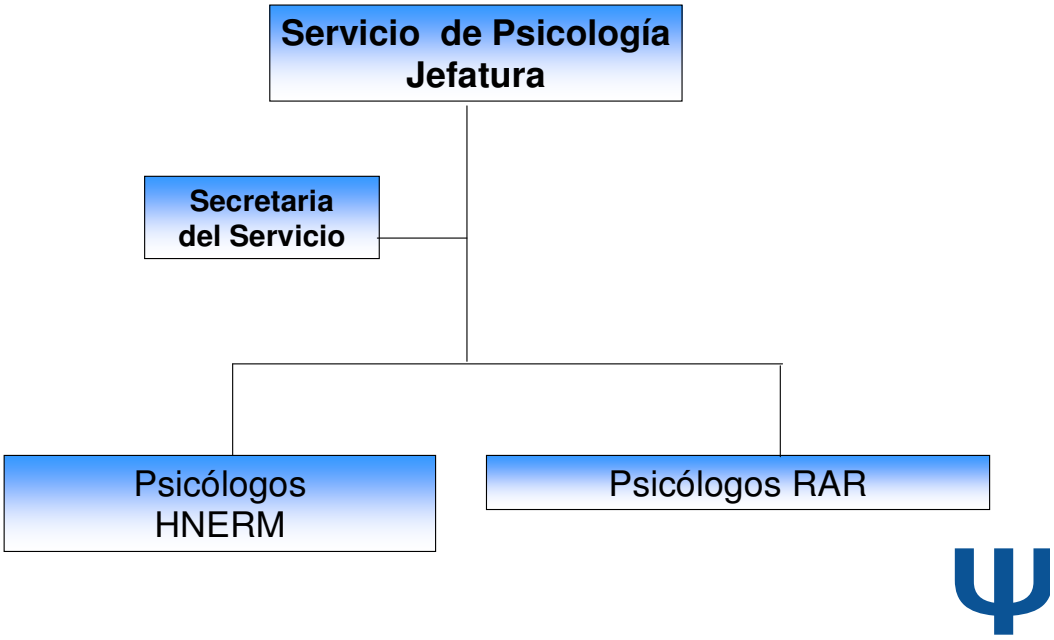
Línea de autoridad:

- Jefe del servicio de Psicología
- Coordinadores
- Psicólogos
- 1 secretaria





ESTRUCTURA RAR



3.7 **POBLACIÒN ATENDIDA:**

Está constituida por la población asegurada y sus derechohabientes de la red asistencial Rebagliatì, proveniente del nivel I y II de atención:



3.8 PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
1	**ATENCIÒN PSICOLÒGICA**
	1.1 Atención ambulatoria
	1.2 Atención Domiciliaria
	1.3 Atención en Hospitalización
2	**PROCEDIMIENTOS EN PSICOLOGÌA**
	2.1 Procedimientos Diagnósticos
	2.1.1 Aplicación de Pruebas
	2.2 Procedimientos Terapéuticos
	2.2.1 Terapia Psicológica Individual
	2.2.2 Terapia Psicológica Grupal
	2.2.3 Terapia Psicológica Grupal en Hospital de Día
	2.2.4 Terapia Familiar
	2.2.5 Terapia de Pareja
3	**PSICOLOGÌA PREVENTIVO PROMOCIONAL**
	3.1 Consejería
	3.2 Psicoprofilaxis
	3.3 Visita domiciliaria
4	**ACTIVIDADES SANITARIAS EN PSICOLOGÌA**
	1.1 Educación Sanitaria
	1.2 Informe Psicológico

3.9 ESTADÌSTICA

Tabla Nº 1 DIAGNÓSTICOS CONSULTA EXTERNA 2012-SERV. PSICOLOGÍA

DIAGNOSTICOS	Código	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTALES
T.De Adaptación	F-43.2	224	420	320	340	386	360	389	282	299	513	326	178	4037
T.Mixto Ansied. y Depresión	F-41.2	137	220	192	137	113	130	88	127	51	124	151	70	1540
T.del Habla y del Leng	F-80.0	17	10	34	18	106	19	19	21	6	26	30	18	324
Episodio Dep.	F-32	50	92	98	44	27	68	98	59	306	88	322	217	1469
T. Cognit. Leve	F-06.7	24	25	0	0	71	32	38	14	9	42	27	41	323
T.de Conducta	F-91	25	14	24	40	35	34	34	55	38	48	16	24	387
T. Esquizofrénico	F-20	53	40	66	67	8	21	30	8	0	16	4	8	321
T.de Hiperact.	F-90	9	22	43	38	27	16	20	24	0	18	45	20	282
Demencia	F-00	43	10	38	51	61	30	25	42	7	9	35	9	360
R. del desarrollo	R-62	11	25	16	14	34	12	12	0	0	0	3	12	139
Retardo Mental	F-70	0	0	0	0	22	16	18	20	9	12	8	7	112
Problemas c/dificult, para afron.la vida	Z-73	9	21	21	0	25	49	0	0	0	0	1	0	126
T.mentales y del comport.por consumo de alcohol	F-10	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	7	27	40
OTROS		107	56	13	71	78	116	84	30	117	122	133	80	1007
	TOTAL	709	955	865	820	993	903	855	688	842	1018	1108	711	10467

Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

Tabla Nº 2 DIAGNÒSTICOS GENERALES EN HOSPITALIZACIÒN 2012

DIAGNOSTICOS	Código	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTALES
T.De Adaptación	F-43	420	449	460	541	596	766	837	850	1201	653	522	684	7979
T.Mixto Ansied. y Depresión	F-41.2	91	212	220	220	229	104	103	369	102	102	92	65	1909
Episodio Depresivo	F-32	220	78	134	210	140	56	190	89	105	363	193	314	2092
T.Cognitivo. Leve	F-06.7	31	72	29	47	60	31	67	83	33	75	64	62	654
T.de Conducta	F-91	18	29	26	24	30	22	9	6	16	14	17	5	216
T.Esquizofrénico	F-20	35	32	44	56	26	16	32	0	45	29	53	52	420
T. Hiperact.	F-90	0	0	0	0	0	0	10	6	3	0	12	2	33
T.del Habla y del Leng	F-80.0	15	19	12	13	33	10	10	4	3	22	6	0	147
Demencia	F-00	27	17	22	12	62	34	59	51	15	38	42	42	421
Retardo Mental	F-70	0	0	5	6	0	0	0	7	6	22	4	6	56
R.del desarrollo	R-62	5	12	19	30	63	33	0	0	0	0	0	11	173
T.Depresivo Recurrente	F-33	98	98	0	0	220	144	46	20	20	24	0	0	670
OTROS		59	65	60	68	0	109	72	107	217	122	211	110	1200
	TOTAL	1019	1083	1031	1227	1459	1325	1435	1592	1766	1464	1216	1353	15970

Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

Tabla Nº 3 DIAGNÒSTICOS GENERALES EN CONSULTA EXTERNA 2013

DIAGNOSTICOS	COD	ENE	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
T.De Adaptación	F-43.2	629	297	262	206	239	220	254	209	189	254	227	162	3148
T.Mixto de Ansied y Dep.	F-41.2	174	144	96	151	155	101	127	112	111	112	142	220	1645
T.del Habla y del Leng	F-80	21	22	23	19	9	27	16	18	16	16	20	19	226
Epis.Depresivo	F-32	57	30	82	77	50	88	111	97	76	63	120	107	958
T.Cognitivo Leve	F-06.7	5	1	8	18	25	11	15	23	38	5	17	12	178
T.de Conducta	F-91.	28	34	31	28	23	28	33	31	21	30	37	32	356
T.Esquizofrénico	F-20	11	21	24	38	64	18	18	18	17	12	13	15	269
T.de Hiperact.	F-90	20	25	33	23	19	14	17	14	31	8	9	11	224
Demencia	F-00	19	16	32	26	41	20	48	40	20	64	46	15	387
T.mentales y del comport. debidos al consumo de alcohol	F-10	9	5	16	14	5	10	5	5	19	4	5	7	104
Retardo Mental	F-70	10	6	9	11	17	11	13	14	9	10	15	13	138
R.del desarrollo	R62	6	6	6	7	12	7	14	10	11	12	14	5	110
Prob. Relac. c/dif. para afrontar la vida	Z-73	2	1	2	0	4	5	1	0	0	8	7	1	31
Otros		78	98	116	114	142	103	80	65	74	85	120	49	1124
TOTAL		1069	706	740	732	805	663	752	656	632	683	792	668	8898

Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

Tabla Nº 4 DIAGNÒSTICOS GENERALES EN HOSPITALIZACIÒN 2013

DIAGNOSTICOS	COD.	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
T.De Adapt.	F-43.2	426	642	596	416	643	593	639	781	669	746	911	702	7764
T.Mixto de Ansied y Dep.resiòn	F-41.2	153	176	114	180	93	172	178	166	106	146	157	78	1719
Epis Depresivo	F-32	407	89	95	302	237	111	135	163	206	171	153	194	2263
T.Cognitivo Leve	F-06.7	31	64	44	55	49	81	41	103	46	103	70	54	741
T.de Conducta	F-91.	1	10	18	17	8	56	13	10	33	15	19	21	221
T.Esquizofrénic	F-20	50	48	44	82	78	75	81	78	56	65	95	64	816
T.de Hiperact.	F-90	2	12	13	11	8	14	13	8	18	5	5	9	118
T. del Habla y del Lenguaje	F-80	19	6	7	12	6	14	13	15	15	35	10	20	172
Demencia	F-00	71	27	101	43	49	36	32	81	54	39	46	74	653
Retardo Mental	F-70	9	8	3	9	4	5	7	7	7	1	11	12	83
R.Desarrollo	R62	5	5	5	6	5	11	8	5	3	4	9	3	69
Problemas c/dific. para afron. la vida	Z-73	3	5	14	18	17	25	18	22	7	1	29	29	188
T.mentales y del comport. por consumo de alcohol	F-10	22	1	8	4	7	10	44	4	1	8	10	10	129
OTROS		0	112	126	82	142	115	151	112	50	91	62	81	1124
TOTAL		1199	1205	1188	1237	1346	1318	1373	1555	1271	1430	1587	1351	16060

Fuente: Oficina de Informática y Estadística-EsSalud

Tabla Nº 5 ACTIVIDADES PSICOLÒGICAS GENERALES DEL 2012

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	INDIC.	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Atención Psicológica	Atención	**1728**	**2038**	**1896**	**2047**	**2452**	**2228**	**2290**	**2280**	**2608**	**2482**	**2324**	**2064**	**26437**
Proced. de Psicologìa														
2.1. Proced. Diag. de Psicología	Prueba	1559	1103	1304	1400	1400	1275	1391	1011	1039	1040	1013	1272	14807
2.2. Proced.terapéut. psicológicos	Sesión	2453	2479	2584	2408	2745	2340	2177	2700	3038	3040	2771	2337	31072
2.3 Proced.prevent. promocionales	Sesión	743	672	852	790	729	520	510	650	338	302	382	342	6830
														52709
Atención Psicológ. CONS. EXTERNA		709	955	865	820	993	903	855	688	842	1018	1108	711	10467
Atención Psicológ. HOSPITALIZ.		1019	1083	1031	1227	1459	1325	1435	1592	1766	1464	1216	1353	15970
		1728	**2038**	**1896**	**2047**	**2452**	**2228**	**2290**	**2280**	**2608**	**2482**	**2324**	**2064**	**26437**

Fuente: Oficina de Informática y Estadística-EsSalud

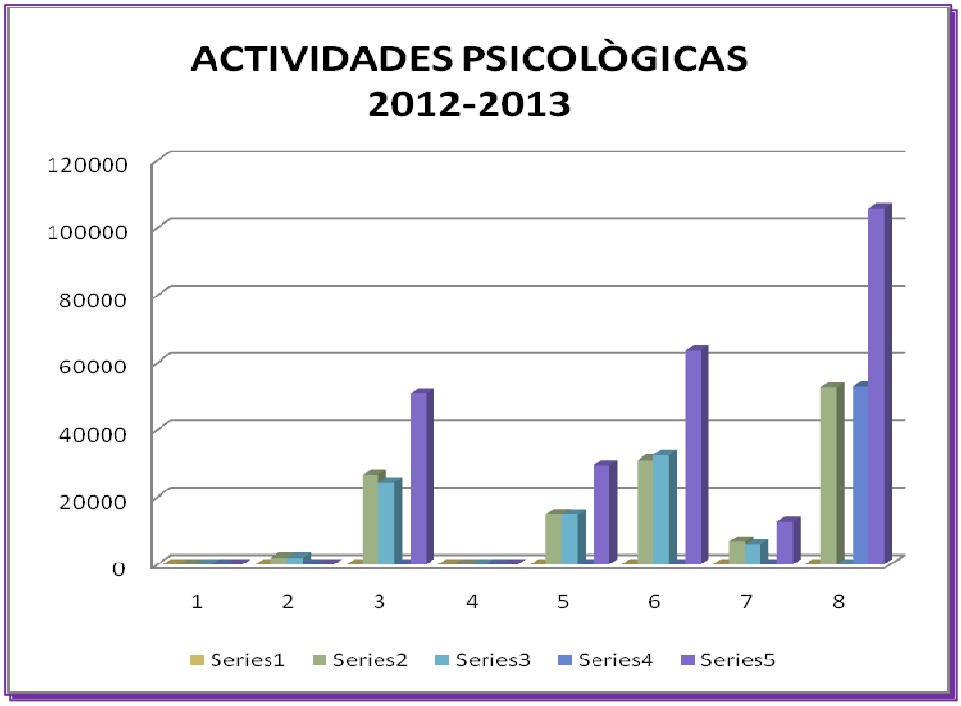
Tabla Nº 6 ACTIVIDADES PSICOLÒGICAS GENERALES DEL 2013

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	INDIC.	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Atención Psicológica	Atención	**2268**	**1911**	**1928**	**1351**	**2151**	**1981**	**2125**	**2211**	**1903**	**2113**	**2379**	**2019**	**24340**
Proced.de Psicológica														
2.1. Proced.diagnóstico de Psicología	Prueba	1010	935	1094	1216	1197	1282	1298	1170	1378	1396	1318	1429	14723
2.2. Proced.terapéut. psicológicos	Sesión	2383	2445	2439	2535	2718	2651	3011	2689	2908	2670	2953	3002	32404
2.3 Proced.preventivo promocionales	Sesión	475	523	591	461	463	455	523	608	359	329	584	486	5857
														52984
Atención Psicológ. CONS. EXTERNA		1069	706	740	114	805	663	752	656	632	683	792	668	8280
Atención Psicológ. HOSPITALIZ.		1199	1205	1188	1237	1346	1318	1373	1555	1271	1430	1587	1351	16060
		2268	**1911**	**1928**	**1351**	**2151**	**1981**	**2125**	**2211**	**1903**	**2113**	**2379**	**2019**	**24340**

Fuente: Oficina de Informática y Estadística-EsSalud

Tabla Nº 7 ACTIVIDADES PSICOLÒGICAS 2012 Y 2013

ACTIVIDADES PSICOLÒGICAS	2012	2013	TOTAL
Atención Psic.(Cons.Ext.+ Hospitaliz.)	26437	24340	50777
Procedimientos de Psicológica			
2.1. Proced.diagnósticos de Psicología	14807	14723	29530
2.2. Proced.terapéuticos psicológicos	31072	32404	63476
2.3 Proced.preventivo promocionales	6830	5857	12687
TOTALES	52709	52984	105693



Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

4. ÀREA DE TRABAJO

4.1 SERVICIO DE REHABILITACIÒN PEDIÀTRICA:

4.1.1 UBICACIÒN:

Se encuentra ubicado en el sótano del hospital hacia el lado izquierdo del frontis. Constituye el 3º servicio del Departamento de Medicina Física y Rehabilitaciòn, creado en 1985.

4.1.2 INFRAESTRUCTURA:

Construido en 1985 en forma horizontal compartiendo el local con Rehabilitación adultos. Sus instalaciones constan de un solo piso, construido de material noble, se divide en consultorios y salas de terapias, gimnasio y piscina terapéutica.

Atiende a la población asegurada proveniente de la Red Asistencial Rebagliatì. La atención de ingreso es por Consulta Externa realizada por los médicos y Psicólogo; se llevan a cabo terapias psicomotoras y las realizan los Fisioterapistas. Se da atención multidisciplinaria en los pisos de hospitalización de Pediatría General y Especializada. Mensual ingresan entre 124 a 223 pacientes pediátricos por consulta externa y/o hospitalización.

Conforma el equipo multidisciplinario: profesionales médicos, tecnólogos, psicólogo, técnicos, auxiliares y personal administrativo. Las patologías más comunes son los trastornos del desarrollo psicomotor, trastornos generalizados del desarrollo, problemas de lenguaje, aprendizaje, post operados traumatológicos y neurológicos. Edad de atención es de 1 día de nacido hasta los 14 años y 11 meses.

4.1.3 HORARIO DE TRABAJO:

Lunes a Jueves: 8am a 2pm

4.1.4 OBJETIVO GENERAL:

Brindar atención Psicológica integral a los pacientes pediátricos que se atienden en el servicio de Rehabilitaciòn Pediátrica.

4.1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Entrevistar a los padres de familia y /o familiares de los pacientes pediátricos del Servicio de Rehabilitaciòn Pediàtrica acerca de la problemática actual del paciente, para la elaboración de la ficha e historia psicológica
- Realizar Evaluación Psicológica en el área intelectual, emocional y familiar a los pacientes pediátricos del Servicio de Rehabilitaciòn Pediàtrica.
- Realizar intervenciones psicológicas al niño y/o familiares del servicio de Rehabilitaciòn Pediátrica
- Enseñar técnicas y alternativas para manejar una relación más adecuada con sus hijos.
- Elaborar y entregar informes a la jefatura médica.

4.1.6 DESCRIPCIÒN DE ACTIVIDADES:

Atención Psicológica. Es la prestación de salud realizado por el profesional Psicólogo al beneficiario para la detección oportuna de la existencia de riesgo y/o daño psicológico individual, de pareja, de familia o psicosocial especifica (asociada o simultanea al daño físico), para la evaluación, diagnostico, terapia psicológica y seguimiento.

a) Consulta Externa: Es la atención psicológica del niño y familiares que acuden por indicación de su médico tratante a través de interconsulta. Tiene por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.

Se lleva a cabo dos veces por semana en el Servicio de Rehabilitaciòn Pediàtrica, en el turno de 8am a 12pm. Realizándose 5 consultas para las evaluaciones respectivas y los resultados.

b) Entrevista: Constituye el primer contacto paciente-psicólogo, se basa en la comunicación verbal fomentando un clima empático, y de confianza. Actividad asignada de 20 minutos. El procedimiento que se realiza es el siguiente:

Entrevista inicial a los padres y/o familiares donde se trata el motivo de consulta, que iidentifiquen la razón principal de su consulta, facilitando el proceso de evaluación; y la Anamnesis para infantes y niños es empleado por el evaluador con los padres o cuidadores del niño, constando de la siguiente información:
Datos personales, Motivo de consulta, Problema actual, Evolución y desarrollo inicial. Historia evolutiva pre, peri y post natal, Historia médica, Historia de la habilidad para hablar / del lenguaje, Formación de hábitos. Alimentación, higiene, independencia personal, Conducta, Juego, Historia educativa. Hábitos de estudio, Psicosexualidad, Opinión y actitudes de los padres con relación al hijo y Antecedentes familiares.

c) 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 desde indicadores generales: 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.).

d) Plan de evaluación: Con el fin de determinar un diagnóstico a futuro, basado en los datos recogidos en la entrevista y observación. Están conformadas por las pruebas psicológicas, las cuales varían de acuerdo a la temática a indagar a través de ellos se decide que instrumento o técnica se va a utilizar, según sea el caso. Se emplea 45 minutos.

En la última consulta se informa los resultados y se establece el plan de intervención psicoterapéutica, empleando para ello 45 minutos.

4.1.7 PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES:

A. **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 test o pruebas psicológicas.

- **Aplicación de Pruebas Psicológicas:** Actividad psicológica que consiste en la administración de pruebas o baterías psicológicas para diagnóstico de daño, riesgo, perfil u orientación. Se selecciona las pruebas según el caso y características del paciente.

- **Tests o pruebas psicológicas:** Es el instrumento experimental y sistemático que recoge muestras de conductas producidas por el sujeto en respuestas a unos estímulos presentados y que permiten evaluar o medir una característica rasgos generales del sujeto o la relación de la conducta con el cerebro y los procesos cognitivos superiores.

  Instrumentos psicológicos empleados:

ÀREA INTELECTUAL:

Test de Vocabulario en Imágenes PPVT-III PEABODY

Autor : Lloyd M. Duna y Leota M. Duna
Aplicación : Individual
Duración : 10 a 20 minutos
Edad : 2 años y 6 meses hasta 90 años
Objetivo : Evaluación del nivel de vocabulario receptivo y Screening de la aptitud.

Escala de Inteligencia Preescolar y Primaria de Wechsler WPPSI-R

Autor : David Wechsler
Aplicación : Individual
Duración : Entre 30 y 35 minutos los tests de la 1° etapa (2:6 a 3:11) y entre 40 a 50 minutos los tests de la 2° etapa.
Edad : Niños de 2 años y 6 meses y 7 años y 3 meses
Objetivo : Medir la habilidad o nivel intelectual

Escala de Inteligencia Niños y Adolescente Wechsler WISC-IV

Autor : David Wechsler
Aplicación : Individual
Duración : 1 hora y 50 minutos la aplicación completa de la Escala (15 tests) y entre 60 y 75 minutos los 10 tests principales.
Edad : Niños de 6 a 16 años y 11 meses.
Objetivo : Medir la habilidad o nivel intelectual

Test de Factor "G" de Cattell

Autor : R.B. Cattell y A. K. S. Cattell
Aplicación : Individual o colectiva
Duración : 80" área de sustitución 90" área de laberintos 60" área de Identificación y 32' área de semejanzas.
Edad : Niños de 4 a 8 años y 6 meses.
Objetivo : Factor general de inteligencia.

Test de Factor "G" de Cattell Escala 2 Forma A

Autor : R.B. Cattell
Aplicación : Individual o colectiva
Duración : Test 1 son 3´,Test 2 son 4`,Test 3 son 3`yTest 4 son 2`30"
Edad : Niños de 4 a 8 años y 6 meses.
Objetivo : Factor general de inteligencia

Test de Madurez Mental de California Serie Preprimaria y Primaria
Autor : E. T. Sullivan, W.W. Clark y E. W. Tiegs
Aplicación : Individual o colectiva
Duración : Aproximadamente 50 minutos.
Edad : Niños entre 4 a 8 años.
Objetivo : Explorar 5 factores de la inteligencia: memoria, relaciones espaciales, razón. Lógico, numérico y conceptos verbales

AREA DE DESARROLLO

Escala de Desarrollo Psicomotor Brunet-Lezine
Autor : O. Brunet, I. Lezine
Aplicación : Individual
Duración : No hay tiempo límite.
Edad : De 0 a 30 meses de edad.
Objetivo : Detectar el nivel de desarrollo psicomotor en los aspectos de control postural, coordinación visomotora, lenguaje y socialización.

Prueba de Selección del Desarrollo de Denver
Autor : Williams Frankenburg, Josieh Dobbs, Alma Fordal
Aplicación : Individual
Duración : 20 minutos.
Edad : Desde los 14 meses hasta los 6 años.
Objetivo : Evalúa el desarrollo psicomotor y conducta del niño

AREA VISOMOTRIZ

Test Guestàltico Visomotor de Bender para niños
Autor : Lauretta Bender
Aplicación : Individual
Duración : No se fija tiempo para la aplicación.
Edad : Niños entre 5 y 10 años cualquiera sea su inteligencia o el tipo de problema que presente.
Objetivo : Evaluación de la función perceptual y su madurez.

ÀREA SOCIOEMOCIONAL Y DE PERSONALIDAD:

Escala Vineland de Madurez Social
Autor : Edgar Doll.
Aplicaciòn : Individual y colectiva.
Duración : Entre 25 a 35 minutos.
Edad : De 0 a 1 año a 25 años.
Objetivo : Evaluar el desarrollo mental y psicomotor en el tiempo

Inventario de Autoestima versión escolar

Autor : Stanley Coopersmith
Aplicación : Individual y colectiva.
Duración : 30 minutos aproximadamente.
Edad : De 8 a 15 años.
Objetivo : Medir actitudes valorativas hacia sí mismo en áreas Académicas, familiar y personal de la experiencia del sujeto

Escala de Autoconcepto para niños de Piers-Harris

Autor : Piers-Harris.
Aplicación : Individual y colectiva.
Duración : No hay tiempo límite.
Edad : De 8 a 12 años.
Objetivo : Medir las actitudes que tienen los niños hacia sí mismos.

Test. de Frases Incompletas de FORER

Autor : Bertram Forer
Aplicación : Individual y colectiva.
Duración : 30 minutos aproximadamente.
Edad : De 4 a 12 años.
Objetivo : Indicios de la dinámica de actitudes y sentimientos.

Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck Forma A

Autor : H. J. Eysenck.
Aplicación : Individual y colectiva.
Duración : No hay tiempo límite.
Edad : De 7 a 16 años.
Objetivo : Evaluar las dimensiones de la personalidad.

Test del dibujo de la Familia en la práctica médico pedagógica

Autor : Louis Corman.
Aplicación : Individual.
Duración : Tiempo variable.
Edad : Desde los 5 años hasta la adolescencia.
Objetivo : Evaluar aspectos de la afectividad infantil respecto a los miembros del grupo familiar.

Test del Árbol-Casa-Persona (HTP)

Autor : John N. Buck y W. L. Warren.
Aplicación : Individual.
Duración : Entre 30 y 90 minutos.
Edad : Niños, adolescentes y adultos.
Objetivo : Evaluaciòn de las funciones del Ego, conflictos de Personalidad, autoimagen, percepción familiar.

Test de la Figura Humana

Autor : Karen Machover.
Aplicación : Individual y colectiva.
Duración : 20 minutos aproximadamente.
Edad : De 6 a 16 años.
Objetivo : Evaluaciones de las funciones del Ego imagen corporal y conflictos de personalidad.

Test del Dibujo de la Figura Humana KOPPITZ

Autor : Elizabeth Mûnsterberg Koppitz.
Aplicación : Individual y colectiva.
Duración : No hay tiempo límite.
Edad : Niños (as) entre 5 y 12 años.
Objetivo : Evalúa el nivel de maduración y el relacionado con las actitudes y preocupaciones del niño.

AREA CONDUCTUAL

Inventario de Problemas Conductuales y Socioemocionales

Autor : Soledad Rodríguez y otros.
Aplicación : Entrevista Individual a la madre.
Duración : 20 minutos aproximadamente.
Edad : Entre 3 a 5 años.
Objetivo : Evaluar la relación madre niño y reconocimiento de situaciones estresantes

Escala o Test de Conners

Autor : Keith Conners.
Aplicación : Individual o pareja de padres
Duración : 15 a 30 minutos.
Edad : Profesor o padres de niños entre 3 a 17 años.
Objetivo : Detectar la presencia de déficit atencional e hiperactividad

Evaluaciòn del Trastorno por Dèficit de Atenciòn

Autor (es) : Farrè y J. Narbona.
Aplicación : Individual.
Duración : 30 a 40 minutos.
Edad : Padres y maestros de niños de 6 a 12 años.
Objetivo : Evaluaciòn del déficit de atención cuando son causados por hiperactividad.

Inventario de Conducta de BASC

Autor : Reynolds.
Aplicación : Individual, padres y profesores
Duración : No hay tiempo límite.
Edad : De 3 a 16 años.
Objetivo : Evaluar la conducta

- **Interpretación de las pruebas psicológicas:**

  Son fases del proceso la Calificación y Análisis de Pruebas y se realiza luego de la administración de las pruebas psicológicas y neuropsicologías, del que se obtienen resultados cuantitativos y cualitativos facilitando el análisis e interpretación de los mismos. Su programación se incorpora al tiempo establecido para la elaboración del Informe Psicológico.

- **Calificación de las pruebas:**

  Se realiza un análisis cuantitativo de los resultados, que consiste en la calificación manual y computarizada de las pruebas administradas; así como también se procede al análisis cualitativo, que estuvo dirigida 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, interpretación y Perfil de los resultados:**

  Se efectúa en base a los resultados encontrados y las normas que establezca cada instrumento; se ubica sus posibilidades y limitaciones.

- **Informe Psicológico**. Documento técnico que realiza el Psicólogo en el que sintetiza los resultados de la entrevista, anamnesis psicológica y los procedimientos psicológicos (de

diagnostico, de tratamiento y/o recuperación). Incluye la calificación de la prueba o batería psicológica.

- **Redacción de informes:**

  Es la 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 el modelo utilizado por el centro (estructura formal), aparte de los resultados, se indicarán las conclusiones y sus respectivas recomendaciones según lo visto en los resultados, conclusiones, antecedentes, observaciones y motivo de consulta.

- **Entrega de informes**:

  Se otorga una cita al familiar, para la entrega verbal del informe de evaluación, asimismo se le brinda recomendaciones y orientaciones acerca de las pautas a seguir en la intervención individual, grupal y/o derivación, si es que lo necesitase.

B. **Diagnóstico:** 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. Se realiza en base a la entrevista hecha al paciente y a sus familiares (y/o acompañantes), la observación directa y el resultado de las pruebas psicológicas. Tomando en cuenta los criterios de Clasificación de los Trastornos Mentales - CIE 10 (Organización Mundial de la Salud). Existen dos tipos de diagnósticos:

- **Presuntivo:** En un primer momento se realiza éste diagnóstico, el cual se establece en función de la observación y entrevista inicial. La finalidad fue realizar un diagnóstico diferencial, ante las hipótesis planteadas.

- **Definitivo:** Es el diagnostico realizado según las normas del DSM IV, CIE 10 y las observaciones, entrevistas y técnicas de evaluación, ayudadas con protocolos, escalas, baterías, etc., utilizadas en las sesiones. Cabe destacar que este diagnostico puede ser: **descriptivo** con indicadores que no se estipule en algún trastorno o enfermedad según las normas del DSM IV ó CIE 10 o **formal,** con indicadores sistemáticos dentro de un trastorno o enfermedad en los manuales mencionados.

C. **Procedimientos Terapéuticos:** Son actividades de recuperación, rehabilitación y/o curación 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 la 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:** 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 al conflicto. Se realizan regularmente 1 día a la semana durante un período mínimo de 7 semanas. La terapia termina con la entrega formal del informe de Terapia por escrito en la que se le explica al paciente los logros, dificultades y posibles recomendaciones a seguir.

- **Terapia Psicológica Grupal.** Procedimiento especializado realizado por el Psicólogo dirigido a un grupo de pacientes, el que tiene como objetivo su tratamiento y recuperación. El número de participantes es 6 a 12.

- **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.

4.1.8 ESTADÌSTICA

Tabla Nº8: PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA SEGÚN SEXO -2012

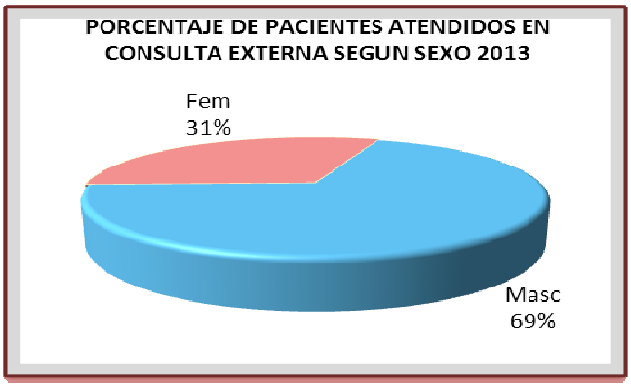
SEXO	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
MASC	27	18	0	23	23	30	37	44	21	20	19	15	277	59%
FEM	16	8	0	6	8	44	49	37	7	10	4	7	196	41%
TOTAL	43	26	0	29	31	74	86	81	28	30	23	22	473	100%



Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

Tabla Nº9 PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA SEGÙN SEXO 2013

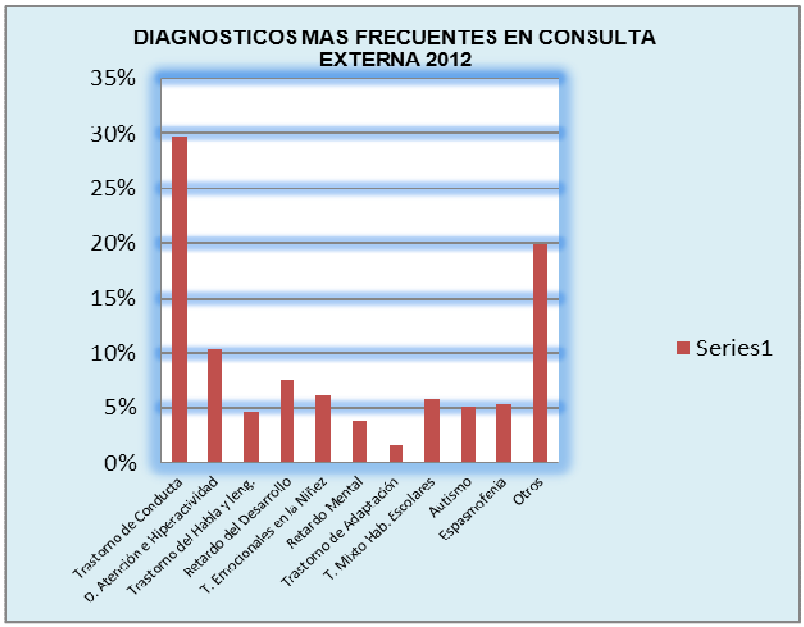
SEXO	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET.	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
MASC	22	20	11	25	11	11	18	8	0	14	28	15	183	69%
FEM	5	8	5	6	10	8	7	10	0	11	4	7	81	31%
TOTAL	27	28	16	31	21	19	25	18	0	25	32	22	264	100%



Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

Tabla Nº 10: DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN REHABILITACIÒN PEDIÀTRICA 2012

	COD	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	T	%
Trastorno de Conducta	F 91	9	10	0	5	15	20	19	15	22	17	9	14	155	30%
D. Atención e Hiperactividad	F 90	1	0	0	4	5	9	12	10	3	2	3	5	54	10%
Trastorno del Habla y leng.	F 80	1	0	0	0	1	5	6	7	0	0	3	1	24	5%
Retardo del Desarrollo	R 62	6	1	0	1	1	5	7	7	3	0	4	5	40	8%
T. Emocionales en la Niñez	F 93	0	0	0	0	0	6	8	9	0	0	5	4	32	6%
Retardo Mental	F 70	2	0	0	0	2	2	5	4	0	2	1	2	20	4%
Trastorno de Adaptación	F 43.2	2	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	8	2%
T. Mixto Hab. Escolares	F 81.3	0	0	0	0	0	7	5	9	0	0	2	7	30	6%
Autismo	F 84	2	0	0	1	3	5	4	6	0	0	2	4	27	5%
Espasmofenia	F 98.5	0	0	0	0	0	5	7	6	0	1	3	6	28	5%
Otros	0	20	13	0	16	4	10	12	8	0	8	6	7	104	20%
TOTAL		43	26	0	29	31	74	86	81	28	30	38	56	522	100%

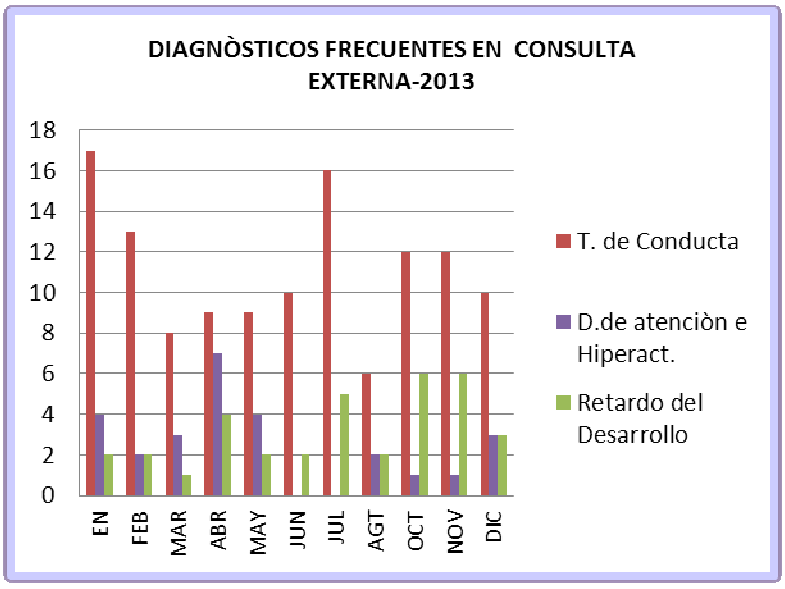


Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

Tabla Nº11 **DIAGNOSTICOS EN CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRÌA**

2013

	COD	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	T	%
T. Conducta	F 91	17	13	8	9	9	10	16	6	0	12	12	10	122	46%
Def.Atenciòn e Hiperact.	F 90	4	2	3	7	4	0	0	2	0	1	1	3	27	10%
T. del Habla y leng.	F 80	0	1	1	3	2	0	1	2	0	1	2	2	15	6%
R.Desarrollo	R 62	2	2	1	4	2	2	5	2	0	6	6	3	35	13%
T.Emoc.Niñez	F 93	0	0	0	4	2	3	0	1	0	2	1	2	15	6%
R.Mental	F 70	0	0	0	2	0	1	2	1	0	0	2	0	8	3%
T. Adaptaciòn	F 43.2	0	4	0	0	0	3	1	1	0	1	2	0	12	5%
T.Mixto Hab.Esc.	F 81.3	0	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	2	7	3%
Otros		4	6	3	1	0	0	0	1	0	2	6	0	23	9%
TOTAL		27	28	16	31	21	19	25	18	0	25	32	22	264	100%



Fuente: Oficina de Informática y Estadística-HNERM-EsSalud

4.2 SERVICIO DE PEDIATRÌA ESPECIALIZADA: NEFROLOGÌA



12. HOSPITAL REBAGLIATI
Vista aérea del helipuerto sobre la rotonda.

Ilustración 1 BLOCK "G" PEDIATRÌA-HNERM

El Servicio de Pediatría del HNERM se inicia en el año 1958 abarcando todas las especialidades y hospitalización clínica.

A partir del 20 de Mayo del 2008, se reestructura el organigrama, dando lugar a la creación de dos servicios: Pediatría General y Pediatría Especializada (donde se incorporan las unidades).

4.2.1 UBICACIÒN:

Se encuentra ubicado en el Block “G” (Pediatría), hacia el lado izquierdo del frontis del hospital Edgardo Rebagliatì Martins. En el primer piso se encuentra el Consultorio Externo y hospitalización en el 3º piso de Pediatría Especializada.

Dentro de los tratamientos de reemplazo de la función renal, se encuentran: hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal. Es así que en 1985 se crea la Unidad de NEFROLOGIA, iniciándose con la atención médica en consulta externa y hemodiálisis. El área de HOSPITALIZACIÓN comprende:

- ❖ Pacientes con Insuficiencia renal aguda y crónica con tratamiento: farmacológico, Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis y trasplantados

4.2.2 HORARIO DE TRABAJO: - Viernes: 8am a 12pm
- Sábado: 8am a 1pm

4.2.3 OBJETIVO GENERAL:

- Brindar apoyo psicoemocional a los pacientes pediátricos y familiares que se atienden en la Unidad de Nefrología Pediátrica del HNERM, potencializando y favoreciendo el desarrollo de recursos internos, que les permita hacer frente a la situación de la forma más saludable.

4.2.4 DESCRIPCIÒN DE ACTIVIDADES:

Atención en hospitalización. Conjunto de actividades y procedimientos psicológicos brindados al paciente en los servicios de hospitalización en áreas críticas y no criticas 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. El procedimiento que se realiza es el siguiente:

Una vez llegada la interconsulta, se procede a la atención del paciente y se evaluará teniendo en cuenta el estado actual de salud y el tiempo de hospitalización.

Se realiza la entrevista inicial con los padres con la finalidad de establecer el motivo de consulta, recabar datos de la historia del menor, verbalizar su problemática y posteriormente darles la orientación respectiva.

La entrevista se realiza durante el período de hospitalización y tiene una duración de 20 minutos en paralelo con la observación.

Las siguientes atenciones psicológicas se basan en evaluación que tiene una duración de 45 minutos e intervención psicoterapéutica breves debido al lugar y tiempo de hospitalización.

Se brinda atención a los pacientes continuadores para brindarles terapias en las que se abordan aspectos familiares, actitud positiva, afrontamiento a su estado de salud actual, técnicas de relajación, acompañamiento y soporte emocional.

Al culminar la atención psicológica se procede a evolucionar las actividades realizadas en la historia clínica de cada paciente.

- **Procedimientos Terapéuticos:**

  Son actividades de recuperación, rehabilitación y/o curación 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.

  En el área de hospitalización se realiza lo siguiente:

A. **Psicoterapia de Apoyo:** Que consiste en aliarse con el paciente de tal manera que se puedan reforzar sus aspectos positivos para que pueda afrontar sus dificultades actuales; y así, reducir sus conflictos y ansiedades. Esta terapia se realiza mayormente en pabellones a pacientes hospitalizados. Estos pacientes enfrentan un arduo proceso de adaptación al ambiente hospitalario, lo cual implica sentimientos de frustración, perturbaciones emocionales, baja autoestima, etc.

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

C. **Orientación y Consejería a padres:** Mediante este método se hace posible brindar ciertos alcances sobre los problemas del niño o adolescente, además de establecer pautas de crianza para el cambio de la conducta problemática. Se consigue además involucrar a los

padres en la solución del problema y aliviar la ansiedad y los falsos temores que se tienen sobre la terapia a seguirse. Con ello se establece el compromiso y son el soporte emocional para el niño.

4.2.5 Estadística:

Tabla Nº 12 PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN SEGÚN SEXO 2012														
SEXO	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
MASC	6	21	0	2	31	19	7	15	13	10	11	16	151	61%
FEM	1	14	0	2	15	21	7	7	9	2	11	9	98	39%
TOTAL	7	35	0	4	46	40	14	22	22	12	22	25	249	100%

Fuente: Oficina Informatica y Estadìstica HNERM-EsSALUD

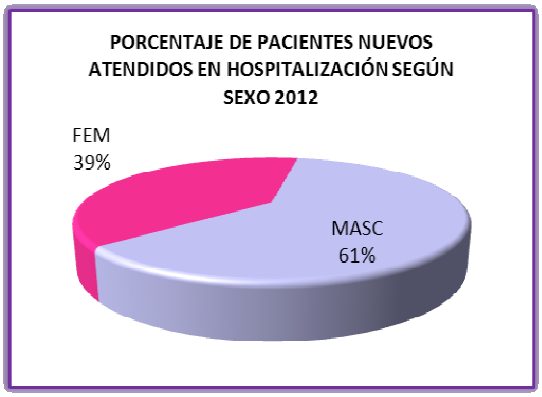
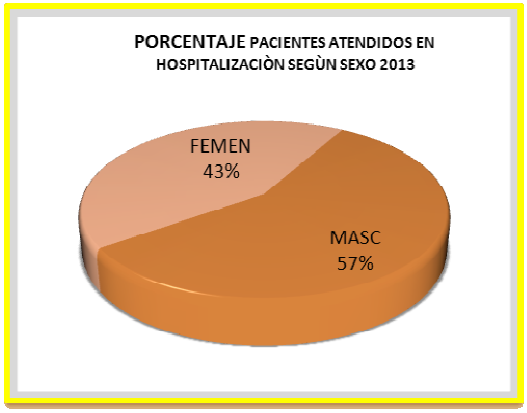


Tabla Nº13 PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN SEGÚN SEXO 2013														
SEXO	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
MASC	5	20	27	25	9	17	12	31	0	18	19	12	195	57%
FEM	4	16	24	20	11	10	8	20	0	12	16	9	150	43%
TOTAL	9	36	51	45	20	27	20	51	0	30	35	21	345	100%



Fuente: Of. Informatica y Estadìstica HNERM-EsSALUD

Tabla Nº 14 DIAGNÒSTICOS MÀS FRECUENTES EN HOSPITALIZACIÒN (NEFROLOGÌA) 2012

	COD.	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SET	OCT	NOV	DIC	T	%
Trastorno de Conducta	F 91	0	10	0	0	5	5	1	1	3	2	4	6	37	15%
D.Atenciòn e Hiperactividad	F 90	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2%
T.del Habla y lenguaje	F 80	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1%
Retardo del Desarrollo	R 62	2	4	0	0	32	16	2	9	4	0	3	4	76	31%
T.Emocionales en la Niñez	F 93	0	4	0	1	5	2	0	0	1	1	5	4	23	9%
Retardo Mental	F 70	1	1	0	0	0	4	0	1	3	0	0	0	10	4%
Trastorno de Adaptaciòn	F 43.2	3	11	0	2	4	13	10	10	11	6	8	7	85	34%
T. Mixto Hab. Escolares	F 81.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Autismo	F 84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Espasmofenia	F 98.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1%
Otros		0	2	0	1	0	0	1	1	0	3	0	1	9	4%
TOTAL		7	35	0	4	46	40	14	22	22	12	22	25	249	100%

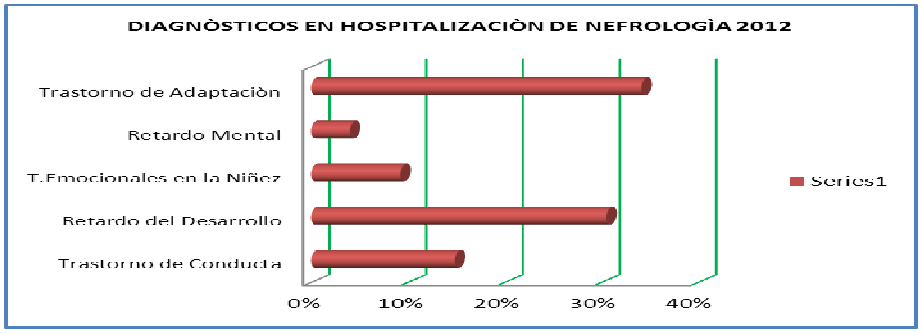


Tabla Nº 15 **DIAGNOSTICOS EN HOSPITALIZACIÓN (NEFROLOGÌA) 2013**

	COD.	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SET	OCT	NOV	DIC	T	%
T.Conducta	F 91	0	5	12	12	8	0	1	0	0	13	14	7	72	22%
D.Atención e Hiperact.	F 90	1	3	3	2	1	4	5	6	0	0	0	2	27	8%
T.Habla y Leng.	F 80	1	1	2	7	0	5	1	2	0	0	0	0	19	6%
R.Desarrollo	R 62	1	5	5	4	2	5	6	4	0	4	7	2	45	14%
T.Emoc.Niñez	F 91.3	0	0	0	4	0	2	2	0	0	1	0	2	11	3%
R.Mental	F 70	0	0	2	2	0	1	1	0	0	1	1	0	8	2%
T.Adapt.	F 43.2	5	22	24	10	9	10	3	23	0	10	13	5	134	40%
Prob rel.c/dific. para afrontar vida	Z 63	0	0	1	3	0	0	1	2	0	1	0	1	9	3%
Otros		1	0	2	1	0	0	0	2	0	0	0	2	8	2%
TOTAL		9	36	51	45	20	27	20	39	0	30	35	21	333	100%

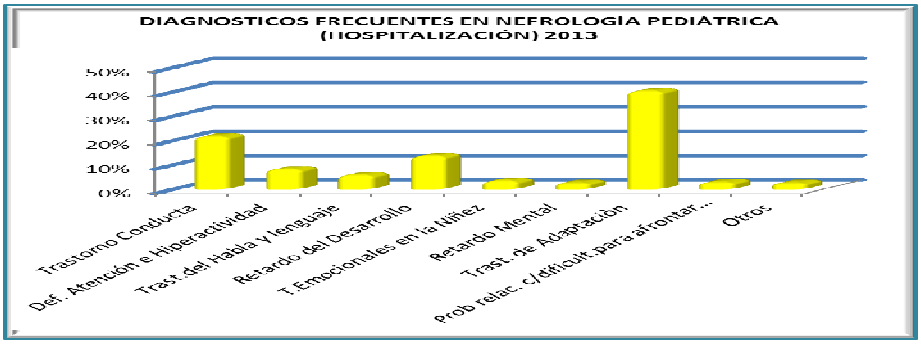


Tabla Nº 16 ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN PEDIATRÌA 2012

	ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN PEDIATRIA 2012													
	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
I. Atención Psicológica Cons. Ext.														
Atención Psicológica	43	26	0	29	31	74	86	81	28	30	38	56	522	19%
Proced. Diag: Apl.Pruebas Psicológ.	41	52	0	36	49	22	27	45	54	43	11	28	408	15%
Terapia Individual	25	14	0	26	16	7	3	4	11	9	3	14	132	5%
Terapia Familiar	27	26	0	34	25	3	8	7	17	26	3	15	191	7%
Terapia Grupal	9	13	0	13	6	11	9	6	5	11	5	11	99	4%
II. Preventivo Promocional:														
Consejeria	8	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	14	1%
Educación grupal	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	5	0%
III. Atención Psicológica Hospitaliz.														
Atención Psicológica	7	35	0	4	46	40	14	22	22	12	22	25	249	9%
Eval. Diag: Aplicación Pruebas Ps.	8	5	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	18	1%
Terapia Individual	20	19	0	20	2	25	12	25	26	26	12	13	200	7%
Terapia Familiar	7	16	0	19	12	12	14	14	3	19	7	12	135	5%
Consejeria	12	0	0	9	1	0	0	0	9	5	4	1	41	1%
IV. Actividades Sanitarias:														
Educación sanitaria	0	0	0	0	5	11	7	0	9	4	5	7	48	2%
Informes y fichas Psicológicas	58	35	0	90	45	61	60	53	16	19	30	55	522	19%
Calificacion de pruebas	48	37	0	32	18	10	10	22	8	6	8	15	214	8%
TOTAL	314	281	0	316	258	276	251	279	208	213	148	254	2798	100%

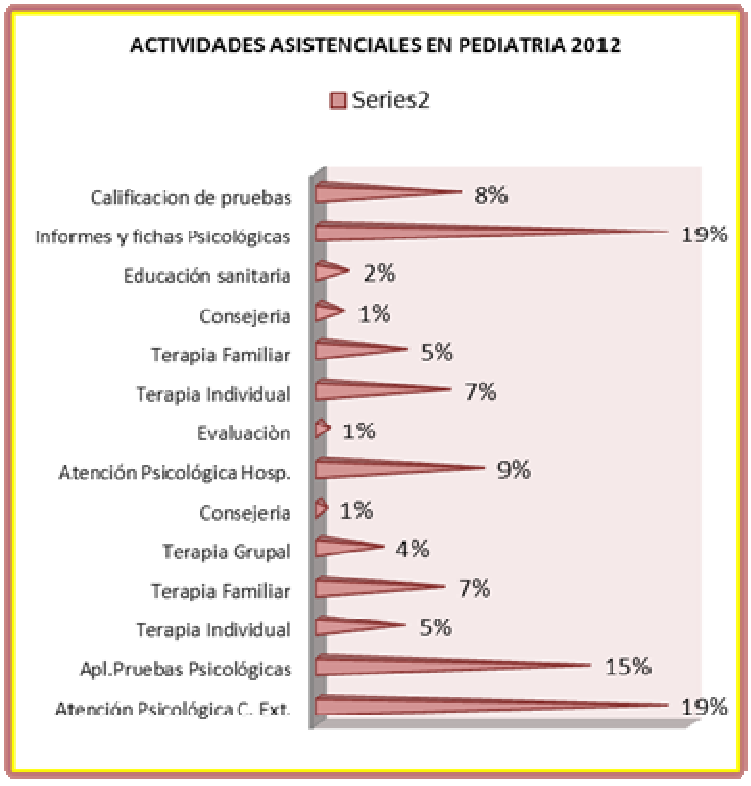
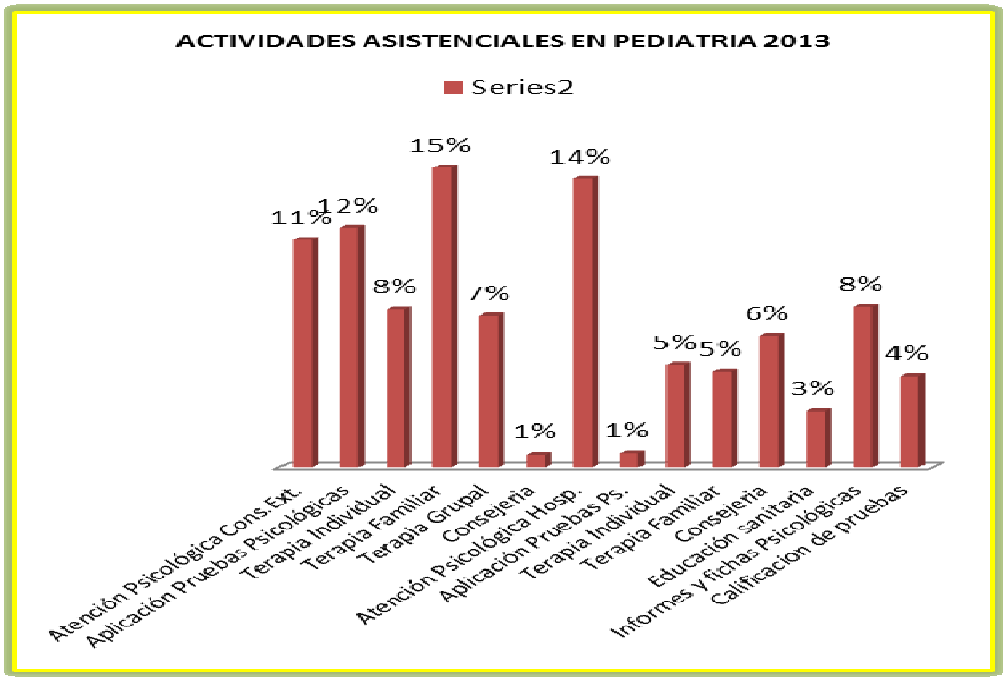


Tabla Nº 17 ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN PEDIATRÌA 2013

	ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN PEDIATRIA 2013													
	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGT	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%
I. Atención Psicológica Consulta Externa:														
Atención Psicológica	27	28	16	31	21	19	25	18	0	25	32	22	264	11%
Proced. Diag: Aplicación Prueb. Psicológ.	13	14	24	23	25	25	36	24	0	38	32	24	278	12%
Terapia Individual	13	17	15	12	18	16	17	20	0	20	19	17	184	8%
Terapia Familiar	33	38	46	27	27	28	23	40	0	25	33	28	348	15%
Terapia Grupal	22	20	8	17	15	20	23	8	0	15	12	16	176	7%
II. Preventivo Promocional:														
Consejeria	0	0	2	3	2	2	1	2	0	1	0	2	15	1%
Educación grupal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
III. Atención Psicológica Hospitalización:														
Atención Psicológica	9	36	51	45	20	27	20	51	0	30	25	21	335	14%
Eval. Diag: Aplicación Pruebas Ps.	2	1	4	2	2	0	2	3	0	0	0	1	17	1%
Terapia Individual	9	10	8	13	13	16	10	10	0	3	13	14	119	5%
Terapia Familiar	4	11	12	14	10	8	11	13	0	8	11	9	111	5%
Consejeria	7	12	11	8	10	18	17	9	0	27	26	8	153	6%
IV. Actividades Sanitarias:														
Educación sanitaria	8	2	4	6	9	9	4	4	0	6	4	9	65	3%
Informes y fichas Psicológicas	30	31	19	33	7	9	2	15	0	23	12	6	187	8%
Calificacion de pruebas	12	12	12	8	11	7	6	16	0	8	4	10	106	4%
TOTAL	189	232	232	242	190	204	197	233	0	229	223	187	2358	100%



SEGUNDA PARTE

II. CASO CLÌNICO

2.1 DATOS PERSONALES

Nombre	: Junior Martin E. M.
Edad	: 7años
Fecha de Nacimiento	: 8 de Febrero del 2007
Lugar de Nacimiento	: Lima
Grado de Instrucción	: 2° Grado
Lateralidad	: Derecha
Lugar que ocupa entre los hermanos	: El ultimo de 3 hermanos
Informante	: Sra. Adela (madre)
Evaluador	: Ps. Isabel Pacheco
Fecha	: 03 de Enero del 2014

2.2 ANAMNESIS:

HISTORIA PERSONAL:

Etapa Prenatal: La madre no planificó el embarazo, estuvo en situación de duelo por pérdida del hijo anterior al paciente (leucemia). Llevó control prenatal. Tiempo de Gestación: 34 semanas. Durante la gestación presentó exceso de náuseas y vómitos en el primer trimestre, cefalea y luego preclampsia; no tuvo el apoyo de su pareja. Emocionalmente triste, depresiva con tratamiento psicológico.

Etapa Perinatal: Nacimiento de parto distócico (cesárea) no se presentaba la dilatación y fue considerado un caso de emergencia. Ausencia de llanto al nacer, APGAR 1 al primer minuto, 8 a los cinco minutos y 10 a los diez minutos, considerado asfixia severa. Fue intubado durante las primeras horas. Pesó 1600 gramos, la estatura no lo recuerda. Salió de alta a los 4 días.

Etapa Posnatal: Fue ganando peso gradualmente, alimentación exclusiva de pecho materno hasta los 3 meses luego recibió lactancia mixta hasta los 2 años. Llevó patrón normal comer –dormir cada 2 o 3 horas, hasta los 6 meses. Usó biberón hasta los 2 años de edad. Desarrollo psicomotor: Sedestaciòn: 7 meses, Gateo: 10 meses y Deambulaciòn: 1 año y 1 mes.

Inicio de lenguaje: Balbuceo: 4 meses, Silabeo: 10 meses y Palabras estructuradas: 1 año y 6 meses, Frases cortas: 2 años y 6 meses, las combinaciones de palabras aparecen a los 3 años y 4 meses.

Control de esfínter vesical diurno lo logró a los 2 años y 9 meses y el nocturno a los 3 años y 8 meses. Control de esfínter anal fue a los 2 años y 11 meses.

Escolaridad: Inicia escolaridad a los 3 años, refiere la madre que tuvo dificultades para adaptarse, ella lo llevó los primeros días y se quedaba con él porque lloraba; luego fue llevado por la hermana mayor y cada vez que llegaba a la puerta del colegio lloraba para no quedarse. Esa conducta lo presentó por 3 semanas, luego mostraba alegría de ir al colegio por los juegos, amigos y los juguetes que compartían.

En Inicial de 4 acudió al colegio con tranquilidad, le agradaba la idea de jugar con los amigos. Al ingresar a Inicial de 5 años el niño se muestra desenvuelto, sus juegos eran bruscos y empleaba lenguaje de bebe ocasionando que los compañeros se alejarán de él.

Cuando ingresa a Primaria no tuvo problemas de adaptación porque eran sus propios compañeros pero protestaba porque su tiempo de juego era menor, no jugaba como antes, tenía más tareas. Los compañeros empezaron a burlarse de la forma como hablaba y de sus juegos que eran golpes y empujones.

Historia Médica: Asfixia neonatal, enfermedades comunes de la infancia, no hay antecedentes de accidentes, caídas o convulsiones. Recibe

atención por Psiquiatría Infantil quien le indicó fármacos para controlar su agresividad.

Hábitos e Intereses: En su autoasistencia ha logrado desvestirse, pero le resulta difícil vestirse, se alimenta solo, elige su ropa, guarda sus juguetes, muestra voluntad para ayudar en casa pero la madre no le permite por considerarlo pequeño.

Le agrada jugar, de pequeño iba de un lado a otro y exigía que las hermanas jueguen con él. Le gustaba jugar con pelota. A los 5 años los primos paternos (de 10 y 14 años) lo aceptaron dentro de su grupo pero jugaban bruscamente a golpearse e insultarse empleando lenguaje soez y el niño fue aprendiendo a hacerlo.

Actualmente pasa su tiempo de descanso viendo televisión, la madre lo lleva al parque los fines de semana y espera a que los niños lo inviten a jugar sino pasa el tiempo observando y riéndose. Cuando acude a fiestas infantiles no participa por temor a no saberlo y perder en los juegos que realizan.

De pequeño se pasaba a la cama de los padres cuando el papá trabajaba de noche y la madre se lo permitía, actualmente duerme con la madre.

Personalidad: En casa se muestra seguro cuando está con su familia, la presencia de la madre lo motiva a colaborar en los quehaceres de casa y expresa sus emociones. Frente a la hermana mayor se irrita, se altera y es desobediente. Fuera de casa se muestra tímido frente a nuevas personas, prefiere observar y esperar a que los demás se acerquen a él y recurre a su habla infantilizada.

Cambios de Residencia: Ha vivido hasta los 6 años y 5 meses junto a su familia nuclear en casa de los abuelos paternos; donde convivía con los tíos y primos. Desde hace 6 meses vive en otro lugar en compañía de la madre y hermanas debido a que los padres se separaron. Al inicio se

aburría y extrañaba a sus otros familiares, Ahora pasa la mayor parte del tiempo viendo televisión o con la computadora.

HISTORIA FAMILIAR: Familia disfuncional padres separados desde hace 6 meses, estuvieron viviendo juntos 18 años. Vive con la madre y hermanas en forma independiente. Es el último de 3 hijos.

Padre de 44 años, estado civil separado, natural de Ayacucho y con grado de instrucción secundaria completa. Es policía, trabaja en turno rotativo. Visita a los hijos 1 o 2 veces por semana permaneciendo con ellos por 2 horas dedicándose a corregirlos y criticarlos. Es una persona poco tolerante, autoritaria, dominante, agresiva verbalmente y cuando algo no le agrada reacciona con violencia tirando las cosas o amenazando con pegar. Gusta de beber licor cada semana siendo más agresivo que de costumbre.

Madre de 40 años, estado civil separada, natural de Cuzco y con grado de instrucción Superior. Es profesora de Primaria y trabaja por las mañanas y algunas veces todo el día. Es una persona tranquila, pasiva, temerosa para enfrentarse a los problemas y muy afectuosa con el niño. Reconoce que sobreprotege al niño por el tipo de embarazo que llevó y se culpa de la conducta del niño. Hace las tareas con el niño, duerme con él y lo lleva a los juegos.

Hermana mayor LISETH de 19 años, soltera, ocupación estudiante en nivel superior. Colabora en el cuidado del hermano, lo lleva y recoge del colegio. Es poco tolerante, no tiene paciencia, se enoja cuando no la obedece y le grita generando que el niño le pegue con patadas o insultos. La madre contradice sus órdenes y la desautoriza. Le desagrada que el papá venga a visitarlos tiene presente las agresiones verbales y físicas hacia ellas. Hermana GIUSSELY de 16 años, cursa el 5º de secundaria, pasa las tardes con el niño. Lleva mejor comunicación, algunas veces juegan. Es cariñosa y tolerante, se molesta cuando la madre complace los caprichos del niño.

2.3 INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS PERSONALES:

Nombre : Junior Martin E. M.

Edad : 7años

Fecha de Nacimiento : 8 de Febrero del 2007

Lugar de Nacimiento : Lima

Grado de Instrucción : 2° Grado

Literalidad : Derecha

Nº de hermanos : 2 hermanas mayores

Informante : Sra. Adela (madre)

Evaluador : Ps. Isabel Pacheco

Fecha : 10 de Marzo del 2014

II. OBSERVACIÒN GENERAL:

Junior de 7 años acude en compañía de la madre al consultorio psicológico a la hora de su cita. El ambiente es construido de material noble, cuenta con adecuada iluminación, ventilación y la privacidad respectiva.

El paciente es de tez trigueña, contextura delgada, talla en relación a su edad, tiene el cabello color negro lacio y bien recortado, sus ojos son de color negro, vestía con polo manga larga de color azul y celeste y pantalón oscuro. Muestra un adecuado aseo y arreglo personal. No se observan manchas, cicatrices o heridas evidenciando buen cuidado personal.

Al ingresar saluda mirando hacia el piso y en tono bajo. Se sienta colocando la silla muy pegada al lado de la madre, manteniendo una postura ligeramente inclinada. Durante los datos de filiación se

mostró por momentos algo inquieto queriendo sacar su golosina de la cartera de la mamá y al no ser complacido se puso a llorar pidiendo irse.

Al empezar la madre a narrar las conductas inadecuadas, se observa al niño temeroso y dirige la mirada hacia la madre negando y en otras justificando su conducta. Cuando se le pregunta, hace contacto visual, y en su expresión se observa enojo, cólera y deseos de llorar las cuales se vieron reflejadas gestualmente al narrar los acontecimientos. En su lenguaje emplea diminutivos y junta los labios al hablar en las distintas oportunidades en las que ha sido interrogado. Su lenguaje no verbal es relativamente variado y se hace evidente a través de los gestos de las manos, gestos faciales (frunce el ceño, junta los labios) y posturas (inclinada) que acompañan la narración del paciente

Se realiza la Evaluación sin la presencia de la madre, mostrándose temeroso, dócil y obediente; atento a las preguntas formuladas y con disposición para responder respecto a su comportamiento en casa. Le agrado realizar dibujos requiriendo a cada momento la aprobación de su trabajo, mostrándose en ocasiones inquieto; se preocupaba cuando no sabía la respuesta, expresando “no me sale”, “es así”. En las posteriores sesiones ingresaba tranquilo, expresando curiosidad en lo que se va hacer, permaneció sentado y mantuvo una conducta adecuada.

Se observa buen nivel de atención y concentración en las evaluaciones, atento a cada subtest que se le presentaba. Se observa que su letra es corrida y ligeramente grande al tamaño normal, con velocidad aceptable, es diestro, de caligrafía legible. Cuando realizó lectura oral se observa lenguaje infantil cambiando el tono de su voz.

La relación con su familia no lo considera agradable sobretodo con sus hermanas y padre, tolera mejor a la madre, con los amigos no se siente en confianza; no puede hacer las tareas con tranquilidad, la presencia de su hermana mayor no le agrada.

III. MOTIVO DE CONSULTA:

El niño llega a consulta en compañía de la madre quien expresa muy preocupada que desde hace dos meses su hijo ha empezado a decir "me quiero morir para que así llores por mí".

Describe a su hijo como agresivo, cuando lo corrigen pega a sus hermanas mayores o amenaza diciendo "les voy a tirar un patadón en la cabeza", tira las cosas, busca romperlas. Es caprichoso, no quiere hacer caso a las indicaciones que se le da, se revela con gritos y llanto.

Algunas veces se expresa como si fuera un bebe. Hace gestos que molestan al padre quien los relaciona con conductas femeninas.

Emplea lenguaje soez y gusta de ver películas no aptas para su edad que según la madre los ha aprendido de los primos paternos con quienes convivió. Cuando la madre intentó alejarlo de ellos Junior le decía: "es que son los únicos chicos en casa y juegan a golpearse o insultarse y si yo me quejo ya no me van a dejar jugar con ellos"; las hermanas veían que esos juegos bruscos le dolían al niño porque llegaba llorando, refunfuñando y descargaba su enojo con ellas les pateaba o jalaba el cabello. La madre lo corregía con correa.
Desde hace 1 año los padres están separados debido a la conducta agresiva del padre, quien es renegón, corrige gritando, bebe licor frecuentemente siendo más agresivo que de costumbre; insultaba y pegaba a la madre en presencia de los hijos. El niño le tiene miedo y se muestra tranquilo cuando el papá viene a visitarlos.

De pequeño era celoso y aprehensivo con sus padres y abuela paterna, pegaba a los que se acercaban a ellos y se molestaba si sus familiares demostraban afecto a otros. Cuando el padre tenía guardia nocturna el niño dormía con la madre refiriendo tener frío y ella lo aceptaba.

Observa la madre que el niño imita la conducta autoritaria y agresiva del papá, le gusta mandar expresando “hazlo”, pídeme disculpa” y amenaza “le voy a decir a mi papá que te pegue”.

Cuando asiste a fiestas infantiles participa muy poco en los juegos porque siente vergüenza de que lo vean perder o temor de no saber; en casa pasa la mayor parte del tiempo viendo televisión, con la computadora o sale a jugar fulbito. Pide que le compren cosas sino es complacido llora y la madre cede, ocasionando que las hijas mayores se enojan por la tolerancia que tiene con Junior. Reniega para ir al colegio, le molesta que lo despierten, no quiere tomar el desayuno, se niega a hacer las tareas con las hermanas y espera que la mamá venga de su trabajo para hacerlo con ella. El niño expresa: “mi hermana me grita”
Tiene buen rendimiento escolar, no reportan quejas de su conducta, está pendiente de que los amigos lo inviten a jugar, o se la pasa observando y riendo de lo que hacen; cuando está en grupo se ríen de él porque habla como bebe.

La madre lo ha llevado a Psiquiatría donde le indicaron medicación por su agresividad, pero decidió suspenderlo al ver a su hijo somnoliento, lo cual ocasionó que se manifieste nuevamente su agresividad y desobediencia; la Doctora le disminuyó la dosis y ya no se duerme.

IV. PRUEBAS APLICADAS:

- Escala Vineland de Madurez Social.
- Escala o Test de Conners.
- Test Guestàltico Visomotor de Bender para los niños.
- Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman.
- Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC –IV).
- Test de Frases Incompletas de Forer.

- Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck Forma A.
- Test de la Figura Humana de Karen Machover para niños.
- Escala de Actitudes Maternas de Roberth Roth
- Escala de Competencia Parental Percibida
- Sistema de Evaluaciòn de Conducta de Niños (BASC)

V. ANALISIS DE RESULTADOS:

Funcionamiento Cognitivo General

A partir de los resultados de las pruebas aplicadas Junior obtiene una puntuación que se corresponde con un CIT= 102 lo que le sitúa en un rango dentro de la media. En comprensión Verbal obtiene una puntuación normal en este factor (CV= 99, Pc=48, posee la habilidad para razonar con información aprendida con anterioridad. En Razonamiento Perceptivo los resultados indican una puntuación normal Superior (RP=114, Pc=83) tiene la habilidad para analizar y sintetizar estímulos visuales, así como para razonar con ellos. En Memoria de Trabajo obtiene una puntuación normal (MT=99, Pc=48) demostrando habilidad para almacenar temporalmente y realizar un conjunto de operaciones cognitivas con información que requiere atención dividida y el manejo de la capacidad limitada de memoria a corto plazo. En Velocidad de Procesamiento los resultados indican un nivel de funcionamiento promedio (VP=97, Pc=41), posee habilidad para realizar con rapidez tareas sencillas de organización.

En cuanto a su funcionamiento atencional Junior no presenta dificultades.

En la Escala de Maduración Visomotora el niño obtiene una Edad Maduracional de 6 años y 6 meses. Presentando errores en la integración, distorsión y rotación de los dibujos, que no son significativos y considerados aceptables en relación a su edad

cronológica. Presenta organización y planeación al ejecutar las actividades.

Los resultados del sistema de evaluación de la conducta del niño evidencian problemas clínicamente significativos hacia los padres. Presenta conducta de agresividad debido a la falta de control en el ambiente familiar. Aparecen conflictos en el contexto familiar. Presenta pocas habilidades sociales y adaptativas. En las relaciones con los padres percibe que no le toman importancia y que muestran falta de confianza e interés hacia él.

Como características de Personalidad el niño tiende a la introversión y estabilidad. Muestra más facilidad para el aprendizaje en general, rinde mejor en situaciones en donde trabaja independientemente debido a que no se emociona para jugar con los amigos; hay poca variabilidad en sus actividades y sus intereses se manifiestan en su deseo de jugar con otros. Fuera de su entorno familiar actúa con calma y tranquilidad, no es arriesgado. Es sensible y sugestionable, emplea como mecanismo de defensa el retraimiento o dependencia pasiva al percibir el rechazo de los demás. Presenta actitudes oposicionistas, persiste en conductas inadecuadas y ofrece resistencia a la modificación conductual en su ambiente familiar. Tiende a la agresividad, es impaciente exigente y poco tolerante. Actúa de forma hostil tanto de manera verbal (discute, insulta, culpa, amenaza a los familiares) como físicamente (golpea a las hermanas, rompe y tira las cosas). Con poca capacidad para encarar adecuadamente las dificultades diarias. Manifiesta ansiedad encubierta al intentar mantener el control a través de sus rabietas. Cierta dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas debido a su inseguridad y falta de confianza en sí mismo.

En el área socio familiar el niño proviene de una familia disfuncional, los padres están separados desde hace 6 meses debido a la conducta agresiva del padre con sus familiares. Considera a la figura paterna

como autoritaria, le atribuye habilidades que quisiera tener, lo cual influye en su proceso de desarrollo y su carácter; ante los gritos del padre el niño se muestra temeroso pero en su actual entorno familiar intenta imitarle al percibir conducta sumisa en la madre. Se identifica con la hermana menor quien en ocasiones juega y le demuestra afecto; se evidencia tendencias agresivas que se ponen de manifiesto en la hermana mayor por ser quien lo vigila y corrige. Se percibe dependencia, búsqueda de aprobación, reconocimiento y aceptación en su entorno familiar. En la relación madre-hijo se evidencia dificultades, no expresa sus defectos, interés en los gustos del niño, en sus actividades y no facilita los contactos sociales fuera de casa. Hay tosquedad que se manifiesta con los regaños ante la menor provocación lo cual trae como respuesta el llanto, pataleo y quejas del niño; así como también inquietud en busca de elogios o castigos, desatención a las reglas y normas con ausencia de sentimientos de culpa. Se observa que la preocupación y participación en los aspectos escolares del niño se da a término medio por parte de la madre. Su dedicación personal a compartir sus tiempos y espacios para conversar, explicar dudas, transmitir valores es baja, asimismo tiene poca participación en la planificación del tiempo libre para realizar actividades en las que participan todos los miembros. La madre presenta mediana implicancia en el diálogo y escucha a la hora de atender las demandas y necesidades de su hijo, así como también la dificultad en adaptarse a asumir su rol de madre.

En la Escala de Maduración Social el niño obtiene una Edad Social de 6 años correspondiéndole el Cociente Social de 86 que lo ubica en la Categoría Social de NORMAL INFERIOR. Se evidencia que su conducta de desobediencia y capricho no permite desarrollar su capacidad para comer y vestirse por sí mismo. En las áreas de autonomía, locomoción y ocupación el niño se desempeña adecuadamente.

VI. CONCLUSIONES:

Junior obtiene con un CIT= 102 lo que le sitúa en un rango dentro de la media. En cuanto a su funcionamiento atencional no presenta dificultades. Su Edad Maduracional es de 6 años y 6 meses, presentando errores en la integración, distorsión y rotación de los dibujos, que no son significativos y considerados aceptables en relación a su edad cronológica.

A nivel conductual los conflictos aparecen en el contexto familiar, percibe que sus padres no le toman importancia y que muestran falta de confianza e interés hacia él. Como características de Personalidad el niño tiende a la introversión y estabilidad. Muestra tendencia a la agresividad, es impaciente exigente y poco tolerante. Actúa de forma hostil tanto de manera verbal (discute, insulta, culpa, amenaza a los familiares) como físicamente (golpea a las hermanas, rompe y tira las cosas). Con poca capacidad para encarar adecuadamente las dificultades diarias. Cierta dificultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas debido a su inseguridad y falta de confianza en sí mismo. En el área socio familiar el niño proviene de una familia disfuncional, se percibe dependencia, búsqueda de aprobación, reconocimiento y aceptación en su entorno familiar. La madre presenta poco interés en el diálogo y escucha a la hora de atender las demandas y necesidades de su hijo, así como también la dificultad en adaptarse a asumir su rol de madre. Se evidencia que la conducta de desobediencia y capricho del niño no permite desarrollar su capacidad para alimentarse y vestirse por sí solo.

VII. DIAGNÒSTICO: CIE X

F 91.3 Trastorno opositor desafiante

VIII. RECOMENDACIONES:

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Grupal
- Psicoterapia familiar
- Terapia de lenguaje
- Establecer normas en casa
- Asignar actividades dentro de casa
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Desarrollo de la autoestima
- Elaboración de planes de acción

2.4 PLAN DE TRATAMIENTO:

I. DATOS PERSONALES:

Nombre : Junior E. M.

Edad : 7años

Fecha de Nacimiento : 8 de Febrero del 2007

Lugar de Nacimiento : Lima

Grado de Instrucción : 2° Grado

Literalidad : Derecha

Nº de hermanos : 2 hermanas mayores

Informante : Sra. Adela (madre)

Evaluador : Ps. Isabel Pacheco

Fecha : 24 de Abril 2014

II. MOTIVO DE CONSULTA:

El niño llega a consulta en compañía de la madre quien expresa muy preocupada que desde hace dos meses su hijo ha empezado a decir "me quiero morir para que así llores por mí".

Describe a su hijo como agresivo, cuando lo corrigen pega a sus hermanas mayores o amenaza diciendo "les voy a tirar un patadón en la cabeza". Es caprichoso, no quiere hacer caso a las indicaciones que se le da, se revela con gritos y llanto.

Algunas veces se expresa como si fuera un bebe. Hace gestos que molestan al padre quien los relaciona con conductas femeninas.

Emplea lenguaje soez y gusta de ver películas no aptas para su edad que según la madre los ha aprendido de los primos paternos con quienes convivió. Cuando la madre intentó alejarlo de ellos Junior le decía: "es que son los únicos chicos en casa y juegan a golpearse o

insultarse y si yo me quejo ya no me van a dejar jugar con ellos"; las hermanas veían que esos juegos bruscos le dolían al niño porque llegaba llorando, refunfuñando y descargaba su enojo con ellas les pateaba o jalaba el cabello. La madre lo corregía con correa.
Desde hace 1 año los padres están separados debido a la conducta agresiva del padre, quien es renegón, corrige gritando, bebe licor frecuentemente siendo más agresivo que de costumbre; insultaba y pegaba a la madre en presencia de los hijos. El niño le tiene miedo y se muestra tranquilo cuando el papá viene a visitarlos. De pequeño era celoso y aprehensivo con sus padres y abuela paterna, pegaba a los que se acercaban a ellos y se molestaba si sus familiares demostraban afecto a otros. Cuando el padre tenía guardia nocturna el niño dormía con la madre refiriendo tener frío y ella lo aceptaba.

Observa la madre que el niño imita la conducta autoritaria y agresiva del papá, le gusta mandar expresando "hazlo", pídeme disculpa" y amenaza "le voy a decir a mi papá que te pegue".

Cuando asiste a fiestas infantiles participa muy poco en los juegos porque siente vergüenza de que lo vean perder o temor de no saber; en casa pasa la mayor parte del tiempo viendo televisión, con la computadora o sale a jugar fulbito. Pide que le compren cosas sino es complacido llora y la madre cede, ocasionando que las hijas mayores se enojan por la tolerancia que tiene con Junior. Reniega para ir al colegio, le molesta que lo despierten, no quiere tomar el desayuno, se niega a hacer las tareas con las hermanas y espera que la mamá venga de su trabajo para hacerlo con ella. El niño expresa: "mi hermana me grita"
Tiene buen rendimiento escolar, no reportan quejas de su conducta, está pendiente de que los amigos lo inviten a jugar, o se la pasa observando y riendo de lo que hacen; cuando está en grupo se ríen de él porque habla como bebe.

La madre lo ha llevado a Psiquiatría donde le indicaron medicación por su agresividad, pero decidió suspenderlo al ver a su hijo somnoliento, lo

cual ocasionó que se manifieste nuevamente su agresividad y desobediencia; la Doctora le disminuyó la dosis y ya no se duerme.

ÀREAS DE TRABAJO:

EMOCIONAL:

OBJETIVO GENERAL:

- Promover en el niño formas cada vez más adecuadas y aceptables de expresar sus emociones sin dañar a los demás.
- Lograr que el niño posea la habilidad para contener y modular las emociones negativas y positivas.

OBJETIVOS ESPECÌFICOS:

- ❖ Lograr que el niño exprese sus estados emocionales, tanto positivos como negativos a través del juego
- ❖ Habilidad para integrar las emociones en un contexto cognitivo
- ❖ Incentivar en el niño la habilidad para expresar en imágenes el rango de emociones y sentimientos que posee.

CONDUCTAS FRECUENTES:

- ➢ Irritabilidad
- ➢ Negatividad
- ➢ Rebeldía
- ➢ Poca tolerancia al fracaso

TERAPIA (a emplear): Psicoterapia Gestalt Infantil

TÈCNICA: “La sábana de las emociones”

SOCIAL

OBJETIVO GENERAL:

- Facilitar la adaptación del niño en su ambiente social .
- Fortalecer las relaciones interpersonales que le permitan desenvolverse en cualquier contexto social

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Lograr que el niño inicie el diálogo con nuevas amistades.
- ❖ Desarrollar habilidades que permitan al niño ser competente.
- ❖ Interactuar de manera asertiva y preactiva, compartiendo las normas de los grupos.

CONDUCTAS FRECUENTES:

- ➢ Problemas de adaptación
- ➢ Temor al rechazo
- ➢ Falta de iniciativa para hacer amigos
- ➢ Sumisión ante el grupo
- ➢ Tendencia al retraimiento

TERAPIA (a emplear): Psicoterapia Gestalt para niños

TÈCNICA: “Me protejo de”

COMPORTAMENTAL:

OBJETIVO GENERAL:

- Modificar la conducta agresiva del niño para evitar el conflicto familiar.

- Lograr el control sobre sus conductas agresivas empleando las técnicas adecuadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

❖ Lograr que el niño exprese sus sentimientos y entienda porque muchas veces siente ira, enojo o miedo.

❖ Enseñar la manera de solucionar esos conflictos

❖ Fomentar que mantenga los cambios de conducta que ha logrado.

CONDUCTAS AGRESIVAS MÁS FRECUENTES:

➢ Patea y jala el cabello a las hermanas

➢ No obedece a la madre y hermanas

➢ Tira las cosas en casa cuando no lo complacen

➢ Amenaza a la madre con pedir que sea castigada por el padre

➢ No acepta normas y reglas en su hogar

➢ Emplea lenguaje soez

➢ Exige hacer las tareas con la madre

TERAPIA (a emplear): COGNITIVO-CONDUCTUAL

TÈCNICA: "El control del enojo"

FAMILIAR:

OBJETIVO *GENERAL:*

➢ Mejorar la competencia y habilidades de la madre y hermanas para enfrentar los problemas del comportamiento del niño.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

❖ Ampliar el conocimiento parental y fraternal sobre las causas del comportamiento inadecuado del niño.

- ❖ Mejorar la aceptación por parte del niño de las órdenes y reglas dadas por la madre y hermanas.

Características que se dan en la familia:

- ➢ No reconoce a la autoridad materna
- ➢ Interferencia en los métodos de corrección entre los familiares
- ➢ Inseguridad materna para administrar castigos
- ➢ Temor a la presencia del padre

TERAPIA (a emplear):

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL"

SUSTENTO TEÓRICO

La terapia cognitiva (luego cognitiva conductual) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta y no la situación precedente. El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de Esquema Cognitivo y en el ámbito clínico el de Supuestos Personales o Atribuciones. Con estos términos equivalentes se refiere a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que se conceptualizan de forma idiosincrásica las experiencias humanas.

El enfoque cognitivo-conductual, en términos generales puede conceptualizarse según el conocido esquema A-B-C. Donde "A" representa los acontecimientos de la vida que están relacionados con determinadas consecuencias emocionales o conductuales que definen un problema o trastorno psicológico representado por "C". Ahora bien, entre ambas, se sitúa "B", elemento que integra las creencias, las imágenes, los pensamientos y que media entre las partes.

En la niñez no se puede afirmar que hay una variable única que aparezca

como causa de la psicopatología. Se entiende que el comportamiento está multideterminado por un número de factores causales (biológicos, genéticos, interpersonales y ambiéntales) que interactúan contribuyendo al desarrollo patológico. Pero existe evidencia empírica concerniente a que la intervención sobre el procesamiento individual de información, presenta importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales. Estos procesos cognitivos son condicionados por creencias subyacentes que los individuos mantienen acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Cuando la respuesta emocional o conductual de un niño a un evento es desadaptativa (inapropiada dada la naturaleza del evento o produce un deterioro en su funcionamiento social) se presume la injerencia de déficit en sus habilidades conductuales, o distorsiones en las creencias y procesos cognitivos resultantes.

Hay una importante diferencia con la terapia cognitiva con niños. Entre las principales dificultades registradas se encuentran las limitaciones relacionadas a la escasa motivación para realizar el tratamiento, el desarrollo intelectual y la capacidad de comunicación que presentan los pequeños. Esto resulta evidente especialmente en aquello niños que se encuentran en el estadío de desarrollo definido por J. Piaget como preoperatorio (aproximadamente de los 2 a los 7 años), donde el pensamiento es concreto, ilógico y egocéntrico. Estas restricciones interfieren en el beneficio que los niños pueden obtener de psicoterapias enfocadas en los aspectos verbales. En el caso de los niños con un nivel de pensamiento pre-operatorio, debido a la limitación para el trabajo cognitivo con él, se realizará un mayor énfasis en el trabajo con los padres.

La Terapia Cognitivo Conductual plantea que los niños no suelen ser capaces de diferenciar entre pensamiento lógico e ilógico, ni aún señalándoles los errores. Tampoco son capaces de diferenciar emociones de los pensamientos, ni de clasificarlas.

PROCEDIMIENTO: PROGRAMA

INTRODUCCIÒN

En los niños, los problemas de conducta pueden convertirse en un obstáculo importante para su desarrollo adaptativo. Las dificultades para acatar las normas, los comportamientos agresivos o desafiantes, las explosiones de ira y las rabietas son solo algunas de las manifestaciones de un conjunto de problemas que pueden encontrarse en los niños. Aunque el curso evolutivo de estos problemas pueda ser variable, existe el riesgo de que se agraven abarcando cada vez más áreas del funcionamiento del niño.
Es evidente que los primeros en padecer las consecuencias del trastorno son los propios padres. El malestar que se genera suele ser importante y se consolidan métodos de interacción coercitivos o negativos.

Todo tratamiento con niños incluye el trabajo con la familia, debido al rol determinante que cumplen los factores contextuales en todo motivo de consulta. Los niños dependen de sus padres y familiares, sus esquemas cognitivos y estilos de afrontamiento están en formación y son particularmente permeables a sus influencias

Es un programa dirigido a los padres de niños mayores de 5 años de edad con problemas de conducta. El programa intenta reducir los comportamientos problemáticos de los niños, pero también servir como un medio de prevención que evite la escalada hacia disfunciones psicológicas y sociales más graves. Se busca no solo actuar sobre el niño, sino también generar simultáneamente cambios positivos en los ambientes familiar y escolar.
Las sesiones incluyen actividades instructivas mediante las cuales se enseñará al grupo principios y técnicas útiles para el cambio que se quiere promover. El peso de las sesiones recae en las actividades de debate y especialmente en el modelado, el ensayo conductual guiado, el *feedback* y el refuerzo social.

Objetivo:

- Proporcionar recursos a los padres para regular y atenuar toda la sintomatología disruptiva

- ❖ Entrenar a los padres en habilidades eficaces para potenciar las conductas adecuadas y reducir la intensidad y frecuencias de las conductas agresivas de sus hijos.
- ❖ Proporcionar recursos a los padres para mejorar la vinculación con sus hijos.
- ❖ Enseñar a los padres a ser más eficientes con el niño desarrollando nuevas habilidades y eliminando los métodos ineficaces

Àmbito de aplicaciòn

- Está dirigido al entrenamiento de los padres de niños mayores de 5años y que presentan conductas disruptivas.
- El programa será aplicado en el contexto clínico, para los problemas de conducta que han sido previamente detectados y que son remitidos a tratamiento.
- El programa se aplica en forma grupal. El entorno grupal proporciona un contexto apropiado para el modelado y la práctica de las habilidades que implican interacción social; permite reducir el aislamiento y crear un clima de apoyo mutuo, facilita los procesos de discusión y reflexión necesarios para propiciar el cambio.

Estructura y metodología de las sesiones

- Cada sesión tendrá una duración de 120 minutos
- Las sesiones se llevarán a cabo 1 vez por semana.
- El programa completo se desarrollará a lo largo de 8 sesiones
- Secuencia de actividades para cada una de las sesiones, se especifica el contenido de las explicaciones que se deberá proporcionar a los padres, así como los materiales y las técnicas a utilizar para alcanzar los distintos objetivos de la sesión (debates, *role-playing)*.
- Al finalizar cada sesión se hablará sobre las preguntas frecuentes que suelen realizar los padres en este tipo de programas, acompañadas de las respuestas recomendadas.

- Las sesiones comienzan con la revisión de las tareas que fueron solicitadas a los padres en la sesión anterior y que deben haber realizado en casa implican la práctica y el autorregistro de las estrategias parentales que se enseñan en las sesiones.
- Los padres comentarán sus impresiones sobre el uso de las técnicas aprendidas en la sesión anterior y se discutirá cualquier problema o dificultad surgida durante la puesta en práctica en el hogar.
- Se continuará normalmente con la introducción de la técnica.
- Otro método de entrenamiento del programa es el modelado y el role-playing.
- Mediante el *role-playing* los padres podrán escenificar situaciones previamente presentadas.
- Las sesiones finalizarán con un breve resumen, a modo de recapitulación de los puntos importantes, y se asignarán las nuevas tareas para casa.

Materiales

- Plan y la secuencia de actividades de cada una de las sesiones.
- DVD: Contenido de la parte teórica sobre la conducta y todos los recursos necesarios para cada una de las sesiones:
- Fichas de la sesión*:* Recogen los puntos importantes que se trabajarán o se debatirán durante la sesión.
- Tareas para casa*:* Se trata de formularios que los padres deberán realizar durante su práctica en casa.
- *Notas de recuerdo:* Están pensadas como impresos que los padres pueden situar en lugares visibles para recordar de forma rápida sus aprendizajes a lo largo del día.
- La hoja de registro de participación, donde se anotará la asistencia al programa y la implicación de cada participante.
- Se tendrá una hoja por cada padre o madre asistente y se utilizará durante todo el programa y cuestionarios

Contenido y estructura del programa

SESIONES	OBJETIVOS
Sesión: 1 El comportamiento y sus consecuencias. **Por qué los niños se comportan inadecuadamente**	• Como se relaciona la conducta con sus antecedentes y sus consecuencias. • Introducir la noción de **«consecuencias positivas para los comportamientos positivos».** • Debatir sobre la importancia de supervisar y elogiar el comportamiento
Sesión 2: Preste atención cuando el niño obedece: elogiarlo y dar órdenes eficaces y reglas familiares	• Conocer las diferencias entre las órdenes eficaces e ineficaces. • Introducir el concepto de reglas familiares como forma de establecer límites • Promover la aplicación de la técnica **de retirada de privilegios** ante el incumplimiento de órdenes y reglas familiares. • Utilizar los «trabajos extra» como consecuencia negativa de la mala conducta
Sesión 3: Aumente su motivación con los refuerzos tangibles: SISTEMA DE FICHAS	• Introducir el concepto de establecer metas para fomentar la buena conducta. • Introducir el concepto de refuerzo tangible como complemento del elogio, presentar **fichas o puntos**.
Sesión 4: Aplicar consecuencias a la mala conducta el «Tiempo Fuera	• Introducir la técnica del **«tiempo fuera»:** instrucciones, complicaciones y pasos a seguir. • Practicar la técnica de «tiempo fuera» en la sesión y plantear la ineficacia del castigo físico como técnica.
Sesión 5: Mejorar la comunicación familiar	• Promover el establecimiento de un momento especial entre padres e hijos • Entrenar a los padres en habilidades de **escucha activa y comunicación positiva.**
Sesión 6 Manejo de los niños en lugares pùblicos	• Establezca reglas antes de llevarlo al lugar (ANTICIPESE). • Establezca un incentivo para que el niño obedezca (INCENTIVELO). • Establezca las consecuencias negativas por la desobediencia (ADVIERTALE). • Ofrecer al niño una actividad para realizar (PLANIFIQUE).
Sesión 7 Manejo de futuras dificultades en el comportamiento y Finalización	• Repasar y aclarar las posibles dudas. • Integrar los conocimientos y las habilidades adquiridas en el programa. • Proponer indicaciones para afrontar las conductas problemáticas más frecuentes. • Reflexionar sobre las formas de enfrentarse a los problemas una vez que se haya finalizado.

PROGRAMA

- **SESIÓN 1**
  - ❖ Presentación del grupo
  - ❖ Dinámicas de interacción
  - ❖ Planteamiento de las actividades
  - ❖ Materiales

"POR QUÈ LOS NIÑOS SE COMPORTAN INADECUADAMENTE?"

1. Antes de modificar la conducta del niño es importante comprender los factores causales de los problemas de conducta, que son múltiples:
   - Las características del niño
   - Los estresores ambientales
   - Las características de los padres
   - Las consecuencias situacionales

   Comprender por qué un niño incurre en una conducta determinada la cual no se produce por azar, sino que está determinada en gran medida por las consecuencias obtenidas por el niño.

2. Claves del Comportamiento:

   a) La conducta está determinada por sus consecuencias (una caricia, una felicitación, etc. son consecuencias que influyen en el comportamiento a futuro).

   b) El niño entiende mejor las consecuencias ("cuando termines las tareas te llevare al parque").

   c) Que una conducta se repita o extinga depende en gran medida de sus consecuencias.

d) El niño prioriza los efectos a corto plazo más que a largo plazo (prefiere un juego en la computadora en el momento que 5 a fin de semana).

3. Conceptos útiles para comprender el comportamiento:
   - Refuerzo
   - Refuerzo positivo
   - Extinción
   - Refuerzo negativo
4. Comprendiendo el poder de las consecuencias:
   a. Consecuencias positivas por conductas positivas aumentan su frecuencia. Ejemplo: Por hacer las tareas con la hermana obtuvo el premio de jugar, es probable que quiera volver a hacer las tareas.
   b. Toda conducta que no tiene consecuencia tiende a extinguirse. Ejemplo: Ante los llantos, gritos o insultos la madre no responde, con el tiempo dejará de insultar.
   c. Consecuencias negativas por conductas negativas disminuyen su frecuencia. Ejemplo: Mientras realiza una pataleta se le priva de ver su programa favorito, es posible que deje de hacerlo.

TÈCNICA CONDUCTUAL:

Retirada de la Atención

OBJETIVO:

❖ Enseñar al niño que efectuando las peticiones de forma inadecuada (rabietas, lloros, etc.) no va a conseguir nada.

"Puedes conseguir algunas cosas si lo pides de otra forma".

Hay que analizar y verificar que se está manifestando la conducta del niño por la supuesta demanda de atención. Valorar como reaccionamos nosotros ante la demanda

¿En qué momentos sucede?, ¿Qué es lo que ocurre?, ¿Le presta la atención y el tiempo que necesita el niño?, ¿Normalmente cede ante sus demandas?, ¿Se dirige con frecuencia a él cuando se porta "bien" para decírselo y premiarlo o sólo lo hace cuando lo castiga?

Definición de la conducta: Junior patalea, llora, da gritos cuando quiere ver televisión antes de las tareas.

Frecuencia de la conducta: Confeccionar un registro que contenga los 7 días de la semana, donde anotará cuántas veces Junior emite la conducta agresiva.

Definición funcional de la conducta: Anotar qué provocó la conducta para lo cual será necesario registrar los antecedentes y los consecuentes. Examine también los datos específicos de las rabietas en qué momentos son más frecuentes. Debe continuar registrando la frecuencia con que su hijo emite la conducta agresiva para así comprobar si el procedimiento utilizado está o no resultando efectivo.

Modelos de Registros:

- Frecuencia de la conducta agresiva

Conducta problema	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Llantos y gritos							
Se tira al piso							
Total							

- Refuerzo de Conductas Problema

Conducta problema	Refuerzo de la conducta	Resultado

- Situación-Reacción-Consecuencia

Que hizo Junior	Mi reacción	Reacción de Junior (al instante y después de 10 minutos)

- Conductas positivas que podrían reforzarse

Conductas Positivas	Posibles Refuerzos

FORMA DE ACTUAR:

- Ante las manifestaciones de gritos, rabietas u otros, dejemos automáticamente de prestar atención al niño. El niño puede estar acostumbrado a conseguir lo que desea mediante este comportamiento (refuerzo positivo).
- Aprende que si efectúa cualquier petición acompañada de lloros o pataletas, la atención de los padres es mucho mayor y es atendido antes en sus peticiones. Esto llega a convertirse en un hábito, en un círculo vicioso que crea malestar en la familia.
- Evite el contacto ocular o la emisión de cualquier recriminación, palabra o gesto.
- Haga como si la conducta no estuviera ocurriendo.
- Si sucede en casa puede volverse de espaldas o salir de la habitación o estancia donde se encuentre.

- En situaciones fuera de la casa, dependiendo del lugar, deberemos adaptarnos a las circunstancias. La regla general es mantenernos a cierta distancia sin prestar atención, pero esto dependerá si estamos en un lugar abierto con peligro potencial para el niño o si nos encontramos en un lugar cerrado.

- Debemos transmitirle una sensación de que tenemos el control de la situación y que con su actitud no va a conseguir nada.

- No verbalizar cualquier manifestación de reproche, sermonearlo o advertirle de que no le vamos hacer caso por mucho que insista. De esta forma lo estamos retando a una discusión y puede empeorar las cosas. Simplemente: No le diga nada.

- Una vez que la conducta empiece a bajar de tono puede poco a poco prestarle atención de nuevo.

- Los padres deben entrenar el autocontrol con ayuda de la relajación.

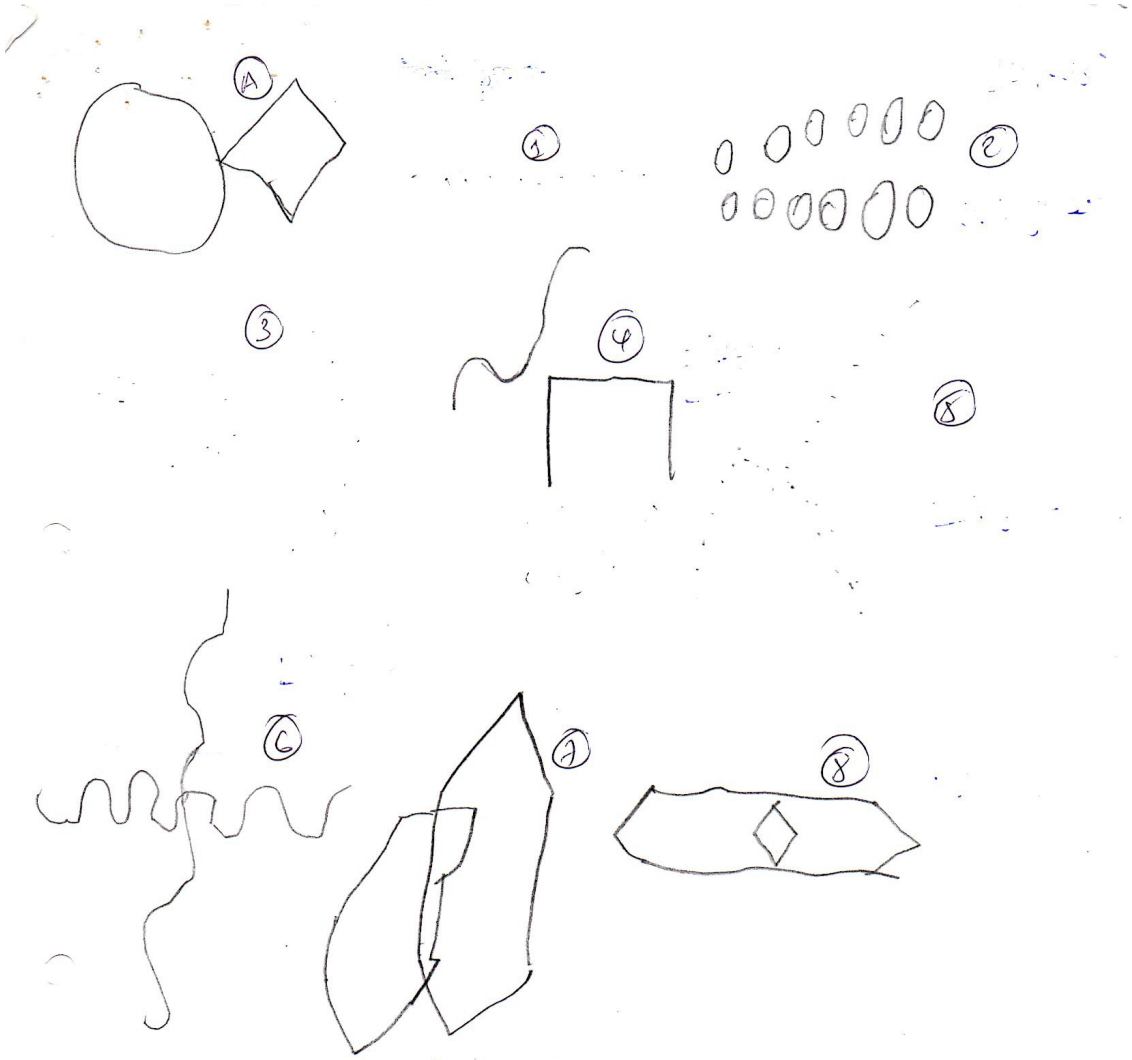
- Muéstrele a su hijo otras vías para solucionar los conflictos: el razonamiento, el diálogo, el establecimiento de unas normas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

- EsSalud. (2008) *Reglamento de Organización y Funciones de la Red Asistencial Rebagliati*. Lima.
- Seguro Social de Salud-Es Salud (2012).*Plan Estratégico Institucional 2012-2016.* Lima.
- Oficina Central de Planificación y Desarrollo. *Plan Operativo Institucional 2014*. Lima.
- Stanley Turecki, M.D. (2002). *El niño difícil: Cómo entenderlo y desarrollar sus cualidades.* Bogotá: Norma.
- Clark Lynn, Ph. D. (2003). *SOS Ayuda para Padres.* Copyright.
- Macia Antón, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Colección Ojos Solares. Madrid: Pirámide.
- Bunge, E y otros. (2009) *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akadia.
- Larroy García, C. (2010) *Mi hijo no obedece. Soluciones realistas para padres desorientados*. Colección Ojos Solares .Madrid: Pirámide
- Fernández Ballesteros, R. (2011) *Evaluación Psicológica. Conceptos métodos y estudio de casos.* Madrid: Pirámide.
- Clasificación de la CIE-10 (2001) *Trastornos Mentales y del Comportamiento en niños y adolescentes.* Madrid: Panamericano. pp.52-57
- Rotondo Humberto (2005). *Método de exploración y diagnóstico Psiquiátrico.* Lima*:* UNMSM S.A.
- Oliver Paredes, E. (2007). *Aspectos Psicopatológicos de los niños en Edad Pre escolar primaria*. Lima: Centro de Investigación de la U. Ricardo Palma.
- Oliver Paredes, E. (2006a). *Psicopatología Infantil y Epidemiología Clínica. Indicadores de alteraciones psíquicas*. Lima: Impresiones VIOS SAC

ANEXOS

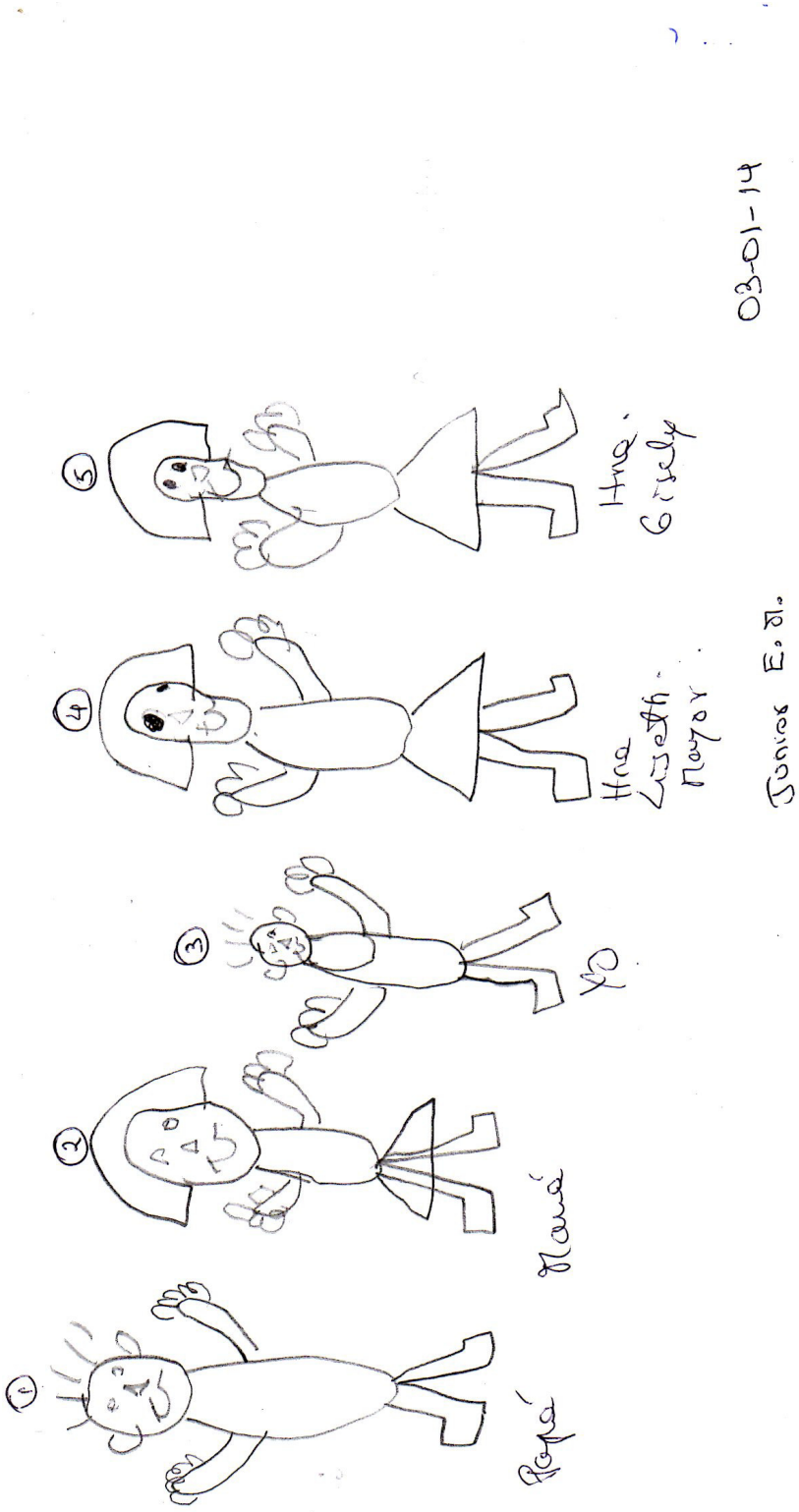
PRUEBAS ADMINISTRADAS



Junior

Edad: 6 años 11m 03-01-14

Junior E.M.


03-01-14
Hna Cristal
Hna Lizeth Mayor
Junior E. M.
Papá
Mamá
Yo

CADS - Cuestionario para Padres

C. Keith Conners, Ph.D. Traducida por Orlando L. Villegas, Ph. D.

Nombre del niño (a).....Junior E. M. .....Sexo: Masculino [X] Femenino [ ]

Fecha de nacimiento ..08../02/..2007 Edad ..07..... Grado escolar.....2° grado.....

Nombre del Maestro..... Fecha de hoy..3.../03/..14

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de problemas comunes en los niños(as).
Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño(a) durante el último mes.
Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) ¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes? é indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema.

Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0.
Si la respuesta es siempre o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3.
Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias.

Por favor responda a cada situación en el Grupo "A".
También responda a cada ítem de los grupos "B" y "C" si hay una marca junto a la palabra Sí (□Sí)

GRUPO "A" - Por favor responda a los siguientes items:	NO ES CIERTO (Nunca, rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasional-mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuentemente)	SIEMPRE ES CIERTO (Con mucha frecuencia)
1. Rehusa, expresa rechazo o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa)	0	1	(2)	3
2. No sigue instrucciones y no termina sus tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicionista o por no entender las instrucciones)	(0)	1	2	3
3. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento	(0)	1	2	3
4. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	(0)	1	2	3

GRUPO "B"- Por favor responda a los siguientes items:				
1. Tiene problemas para concentrarse en el salón de clase	(0)	1	2	3
2. Desatento(a), se distrae con facilidad	(0)	1	2	3
3. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela	0	(1)	2	3
4. Distraído(a) o con problemas para mantener la atención	(0)	1	2	3
5. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo	0	1	(2)	3
6. Poca capacidad para prestar atención	(0)	1	2	3
7. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	(1)	2	3
8. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza	0	1	(2)	3

GRUPO "C" - Por favor responda a los siguientes items:				
1. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado por un motor	0	(1)	2	3
2. Tiene dificultad para mantenerse atento(a) en las tareas o durante actividades recreativas	(0)	1	2	3
3. Parece no escuchar lo que se le está diciendo	(0)	1	2	3
4. Corre, se sube a las cosas en situaciones donde es inapropiado	0	(1)	2	3
5. Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades	0	(1)	2	3
6. Habla demasiado	0	(1)	2	3
7. No presta atención a detalles o comete errores en sus asignaturas escolares, trabajo en general u otras actividades	0	(1)	2	3
8. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo	0	(1)	2	3
9. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos ajenos)	0	(1)	2	3
10. Olvidadizo(a) en las actividades cotidianas	0	1	(2)	3
11. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	(1)	2	3
12. Pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaturas escolares, lápices, libros, juguetes)	(0)	1	2	3
13. Se distrae con facilidad con estímulos externos	(0)	1	2	3

Referencia:
Conners K, Dayán A. **CADS Cuestionario para padres. Trastorno de Déficit de Atención (TDAH).**

CUESTIONARIO DE CONNERS PARA PROFESORES

Junior E.M. 3-03-2014

ITEMS	NO	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Es un niño intranquilo, "nervioso"?		X 1		
2. Hace ruidos inapropiados cuando no debería?	X			
3. Exige que se le atienda de inmediato?	X 0			
4. Es algo respondón, insolente?	X			
5. Tiene explosiones de mal genio o humor impredecible?	X			
6. Es hipersensible al criticismo?	X			
7. Se distrae mucho, se concentra poco?	X 0			
8. Molesta o interrumpe a otros niños?	X 0			
9. Sueña despierto o está "en babia"?		X		
10. Se pone de malhumor fácilmente?	X			
11. Cambia de humor rápida o drásticamente?	X			
12. Es pendenciero, petulante?	X			
13. Muestra una actitud sumisa a la autoridad?			X 2	
14. Es inquieto, está siempre moviéndose?		X 1		
15. Es irascible, impulsivo?	X 0			
16. Solicita excesivamente la atención del profesor?	X			
17. Da la sensación de no ser aceptado por el grupo?		X		
18. Da la sensación de dejarse dirigir por otros niños?			X 2	
19. Carece de la noción de lo que es recto, justo?		X		
20. Da la sensación de ser incapaz de liderar, dirigir?		X		
21. Deja inacabadas las tareas que empieza?	X 0			
22. Es infantil, inmaduro?		X 1		
23. Niega sus errores culpabiliza a otros?	X			
24. Se lleva mal con otros niños?	X			
25. Es poco colaborador con sus compañeros?	X			
26. Sus esfuerzos se frustran fácilmente?		X 1		
27. Es poco colaborador con el profesor?	X			
28. Le cuesta aprender?	X 0			
		4	4	

Se puntuarán los items 1, 3, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 26, 28.
Se adjudican
0 puntos a No,
1 a Poco,
2 a Bastante,
3 a Mucho.
Una puntuación superior A 15 es sugestiva de TDAH.

Este cuestionario u otros ayudan a realizar un diagnóstico así como corroborarlo

WISC-IV

ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS-IV

Página resumen

Nombre y apellidos: Junior E. M.

Examinador: Ps. María Isabel Pacheco Cueva

Cálculo de la edad cronológica

	Año	Mes	Día
Fecha aplicación	2014	02	27
Fecha nacimiento	2007	02	08
Edad cronológica			

Conversión de puntuaciones directas en escalares

TEST		PD	Puntuaciones escalares					
Cubos	CC	18	9		09			
Semejanzas	S	09	10	10				
Dígitos	D	12	11			11		
Conceptos	Co	14	14		14			
Claves	Cl	36	08				08	
Vocabulario	V	16	09	09				
Letras y números	LN	09	09			09		
Matrices	M	18	14		14			
Comprensión	C	12	10	10				
Búsqueda símbolos	BS	22	10				10	
(Fig. incompletas)	FI	13	08		(08)			( )
(Animales)	An	26	03				(03)	( )
(Información)	I	10	10	(10)				( )
(Aritmética)	A	12	08			(08)		( )
(Adivinanzas)	Ad	04	06	(06)				( )
Suma de puntuaciones escalares			29	37	20	18	104	
			CV	RP	MT	VP	CIT	

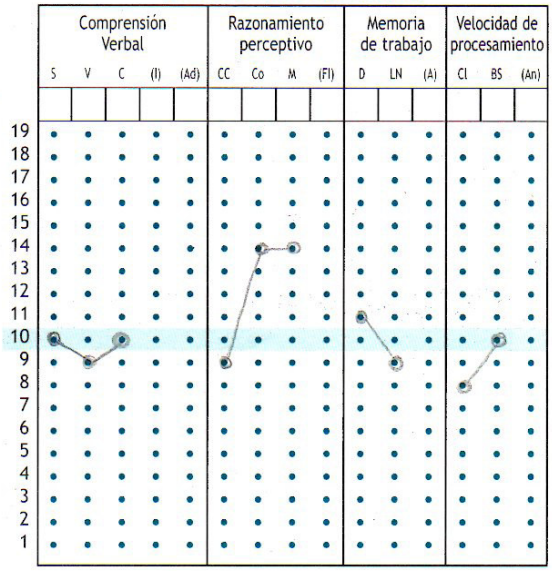
Conversión de las sumas de escalares en puntuaciones compuestas

Índice	Suma de puntuac. escalares	Puntuación compuesta	Percentil	% Intervalo de confianza
Comprensión verbal	29	CV 99	48	91-107
Razonam. perceptivo	37	RP 114	83	105-121
Memoria de trabajo	20	MT 99	48	91-108
Velocidad procesamiento	18	VP 97	41	88-107
CI total	104	CIT 102	54	95-108

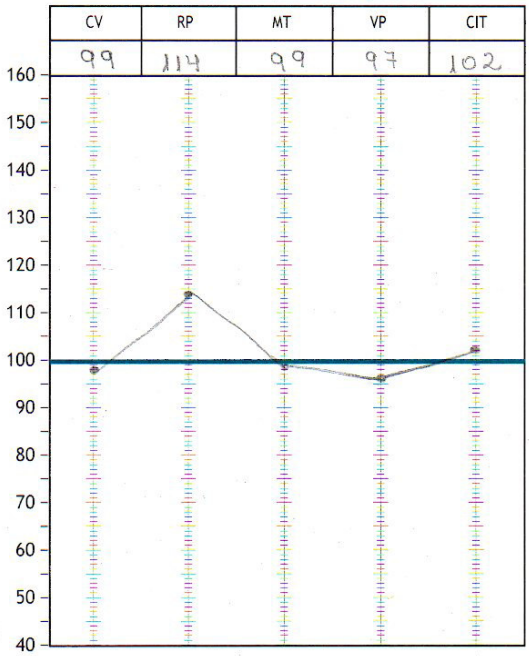
Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A.
Traducido y adaptado con permiso del propietario original, Harcourt Assessment Inc. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.

Cuadernillo de anotación

Perfil de puntuaciones escalares



Perfil de puntuaciones compuestas



EsSalud

SERVICIO DE PSICOLOGÍA

HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

27-02-14

F. 13-272

NOMBRE: JUNIOR E. M.

EDAD: 7 años FECHA DE NACIMIENTO: .....

EDAD BASE: 50
PUNTOS ADICIONALES: 11.5
PUNTAJE TOTAL: 61.5
EDAD SOCIAL: 6 años y 1 mes
EDAD CRONOLÓGICA: 7 años
COCIENTE SOCIAL: 86
CATEGORIA SOCIAL: NORMAL INFERIOR

OBSERVACIONES:

Edad 0 - 1:

..... 1. Balbucea, se ríe
..... 2. Sostiene la cabeza
..... 3. Coge objetos a su alcance
..... 4. Pide a personas conocidas que lo tomen en los brazos
..... 5. Da vueltas sobre sí mismo
..... 6. Trata de alcanzar objetos cercanos
..... 7. Juega y se distrae solo
..... 8. Se sostiene sin apoyo
..... 9. Se incorpora solo
..... 10. "Habla", imita sonidos de palabras
..... 11. Toma la taza o vaso con ayuda
..... 12. Se desplaza libremente (gatea, se arrastra)
..... 13. Coge con el pulgar o índice
..... 14. Exige que se le preste atención
..... 15. Se para solo
..... 16. No babea
..... 17. Cumple instrucciones sencillas

Edad 1 - 2:

..... 18. Camina solo por el cuarto
..... 19. Marca con lápiz o crayola
..... 20. Mastica los alimentos
..... 21. Se saca las medias
..... 22. Vierte líquido sin derramar, arregla objetos, etc.
..... 23. Supera obtáculos pequeños
..... 24. Ejecuta órdenes sencillas, como traer, llevar, etc.
..... 25. Bebe solo, de taza o vaso
..... 26. Abandona el andador, camina
..... 27. Juega con otros niños
..... 28. Come con cuchara
..... 29. Camina por la casa o jardín
..... 30. Diferencia las sustancias alimenticias de las que no lo son
..... 31. Nombra objetos familiares
..... 32. Sube escaleras solo
..... 33. Pela caramelos
..... 34. Habla empleando oraciones cortas

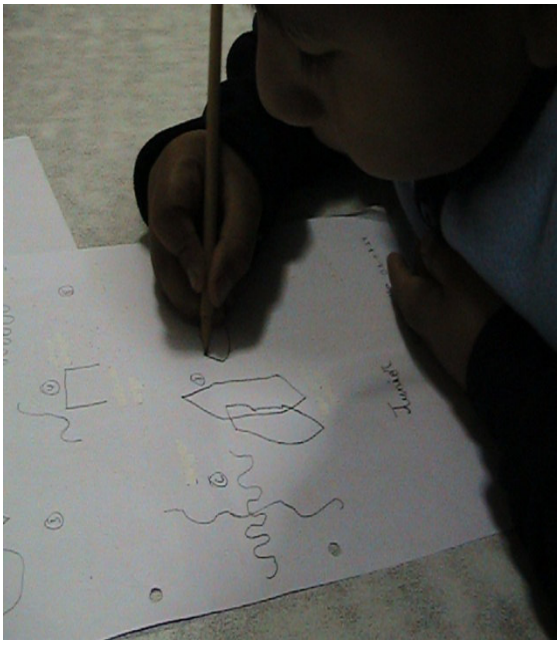
Edad 2 - 3:

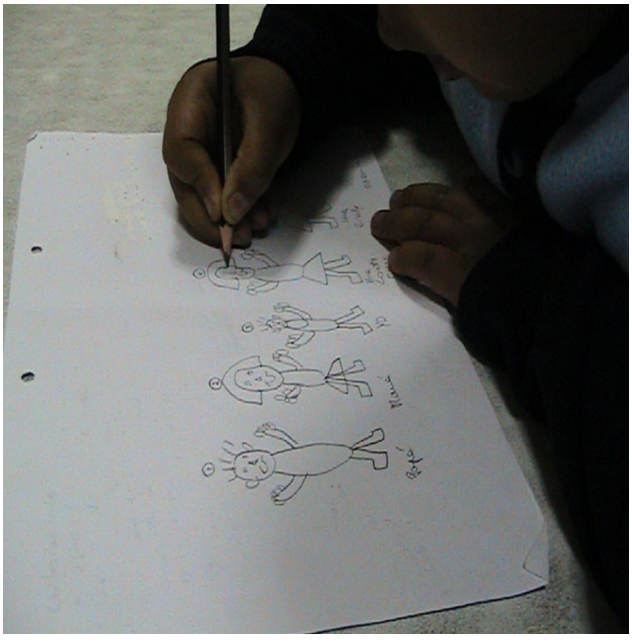
..... 35. Pide ir al baño
..... 36. Inicia sus propias actividades y juegos
..... 37. Se saca el vestido
..... 38. Come con tenedor
..... 39. Se sirve agua solo
..... 40. Se seca las manos

EVALUACIÒN PSICOLÒGICA









SESIONES DE TERAPIA

1º SESIÒN DE TERAPIA FAMILIAR







ROLE-PLAYING





1º SESIÒN TERAPIA GRUPAL













GUÌAS DE TRABAJO

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA
PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA PSICOLÓGICA

CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA Y/O NEUROPSICOLOGIA

Definición: Es el conjunto de actividades y procedimientos psicológicos que se realizan ambulatoriamente en Consultorios Externos a pacientes que provienen por solicitud de atención directa, interconsulta o referencias.

Objetivos:
Brindar atención especializada: Entrevista, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Documento de Identidad, Ticket de Atención por solicitud directa, interconsulta y/o referencia, historia clínica.

Descripción:

1. Revisión de la historia clínica
2. Entrevistar al paciente observando el desempeño y comportamiento.
3. Elaborar la historia clínica psicológica consignando antecedentes y problema actual. En caso de niños y discapacitados se corrobora con los datos proporcionados por los padres, familiares o tutores.
4. Realizar la evaluación diagnóstica con el objetivo de conocer las habilidades, potenciales y limitaciones de los componentes psicológicos del paciente.
5. Establecer requerimientos de evaluación psicométrica, proyectiva, neuropsicológica u otros.
6. Elaborar programa de tratamiento psicoterapéutico.
7. Referencia o Contrareferencias
8. Consejería u orientación al paciente.
9. Elaborar informe o evolución e indicar diagnóstico en concordancia con el CIE 10.

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA
PROCEDIMIENTOS DE CONSULTA PSICOLÓGICA

CONSULTA PSICOLÓGICA DE NIÑOS HOSPITALIZADOS

Definición: Actividades y procedimientos realizados por el profesional psicólogo al menor y a sus padres en el proceso de internamiento hospitalario.

Objetivos:

- Brindar atención psicológica especializada: entrevista, evaluación (si el caso lo amerita), dinámicas grupales, talleres, psicoterapia y psicoeducación.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Historia Clínica, formatos de atención, material lúdico, educativo y psicológico, equipo de sonido.

Descripción:

1. Realizar visita con el equipo multidisciplinario y detectar sintomatología que requiera intervención psicológica a criterio profesional y/o a solicitud del equipo multidisciplinario, paciente y/o familia.
2. Iniciar Entrevista con el paciente, padres o tutor.
3. Informar del plan de trabajo durante su estancia
4. Realizar evaluación si el caso lo amerita
5. Intervención psicoeducativa a los niños y padres (adaptación hospitalaria y procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento):

- Psicoeducación
- Taller de dibujo y pintura
- Video Forum
- Psicorelajación
- Taller de cuenta cuentos
- Terapia de apoyo emocional a los padres
- Técnicas lúdicas: juego directivo – no directivo
- Taller de autoestima al niño (con estancia prolongada)

6. Registrar la evolución y/o informe en la historia clínica
7. Coordinar con el médico y/o equipo multidisciplinario sobre los avances y/o manejo del paciente.
8. Dar cita para continuar con paciente en consulta externa (si el caso lo amerita).
9. Registrar la atención en el parte diario estadístico
10. Entregar el parte de atención a la secretaria y/o digitadora

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Definición: Actividad psicológica que consiste en la administración de prueba o batería psicológica.

Objetivos:

- Administrar prueba psicológica para conocer un área específica.
- Administrar una batería psicológica para conocer en forma integral al evaluado.
- Reconocer las habilidades, destrezas y déficits del evaluado.

Requisitos:

- Tener cita.
- Requerimiento de evaluación.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Historia clínica, pruebas psicológicas (psicométricas, proyectivas, neuropsicológicas), protocolos de respuestas, manuales técnicos, ambiente sin interferencias, cronómetro, útiles de escritorio.

Descripción:

1. Entrevistar al paciente, observando el desempeño y comportamiento
2. Obtener datos de filiación y problema actual.
3. Determinar la aplicación de prueba psicológica o batería psicológica.
4. Selección de la prueba considerando edad, problema actual, antecedentes personales y familiares.
5. Administrar pruebas psicométricas y/o proyectivas.
6. Administrar pruebas neuropsicológicas
7. Administración de cuestionarios, inventarios y otros.
8. Registrar en la historia clínica las pruebas aplicadas y los comentarios sobre la conducta del paciente durante la administración.
9. Citar al paciente para entrega de resultados.
10. Registrar atención en el parte diario.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

EVALUACIÓN - INTELIGENCIA

Definición: Procedimiento psicológico especializado orientado a conocer la capacidad cognitiva, de aprendizaje y de adaptación a las nuevas situaciones.

Objetivos:

- Medir el factor G de la inteligencia
- Determinar los conocimientos generales, asimilación de experiencias, juicio práctico, comprensión y adaptación a situaciones sociales.
- Medir la concentración, razonamiento y cálculo numérico, manejo automático de símbolos.
- Evaluar pensamiento abstracto y asociativo.
- Evaluar la atención, concentración, memoria.
- Evaluar percepción, coordinación visomotora, estructuras espaciales, previsión asociativa y rapidez motora.

Requisitos:

- Paciente con atención directa, o por interconsulta para evaluación.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Manual técnico, manual de aplicación y corrección, cuaderno de elementos, protocolo de respuestas, accesorios de acuerdo a la prueba psicológica seleccionada, equipo de cómputo, software.

Descripción:

1. Conocer el requerimiento de evaluación
2. Entrevista para establecer rapport.
3. Selección y preparación del material.

4. Explicación del motivo de la evaluación y las diferentes áreas a ser evaluadas, en el caso de pre escolares se realizará a través de método lúdico.
5. Instrucciones de administración considerando los tiempos del test y de los sub tests que comprende la prueba.
6. Pruebas, sesiones y tiempo requerido:
   - Evaluación Factor G, 2 sesiones, cada sesión de 45 minutos
   - Raven Especial (niños) - General (Adolescentes – Adultos)
   - Dominós Naipes – G OS - Otis
   - Evaluación Multifactorial, 3 sesiones, cada sesión de 45 minutos
   - Stanford Bidet Escala Weschler (Pre Escolar – Niños – Adolescentes – Adultos) Cattell (Niños – Adultos) California (Niños - Adultos)
   - Barsit – Test Rápido de Barranquilla
7. Calificación, análisis e interpretación de resultados.
8. Informe, conclusiones, pronóstico y recomendaciones.
9. Entrega de resultados a padres.
10. Remisión del informe al solicitante, de ser el caso.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

EVALUACIÓN – INTELIGENCIA EMOCIONAL

Definición: Procedimiento psicológico especializado que mide la inteligencia emocional a través de un coeficiente general y coeficientes específicos.

Objetivos:

- Determina la capacidad de manejo de las emociones en las áreas: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, control de impulsos y estado de ánimo.

Requisitos:

- Cita de Atención.
- Paciente mayor de 8 años de edad.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Manual técnico, protocolo de respuesta, formato del perfil, Plantillas de calificación, equipo de cómputo, software.

Descripción

1. Entrevista y toma de datos.
2. Explicación del motivo de la evaluación y las diferentes áreas a ser evaluadas
3. Instrucciones sobre la administración de la prueba.
4. Áreas evaluadas:
    - Conocimiento de sí mismo
    - Seguridad
    - Autoestima
    - Autorrealización
    - Independencia
    - Relaciones Interpersonales
    - Responsabilidad Social Empatía
    - Solución de Problemas.
    - Prueba de la Realidad
    - Flexibilidad

- Manejo de la Tensión
- Control de Impulsos
- Felicidad
- Optimismo

5. Sesiones 2, cada sesión de 45 minutos.
6. Calificación manual o computarizada
7. Interpretación de resultados por áreas y del perfil de Inteligencia Emocional.
8. Integración de resultados, historia clínica y datos obtenidos.
9. Informe psicológico.
10. Entrega de resultados
11. Remisión de informe al solicitante, de ser el caso.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

EVALUACIÓN - ORGANICIDAD

Definición: Procedimiento psicológico especializado orientado a la detección de indicadores funcionales que permitan el diagnóstico o descarte de organicidad.

Objetivos:

- Determinar la presencia de indicadores de daño orgánico y estado maduracional del evaluado y su influencia en la conducta y/o funciones cognitivas.

Requisitos:

- Cita de atención
- Paciente por consulta directa, interconsulta o referencia.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Manual técnico, Tarjetas de figuras, papel bond A4, lápiz, borrador**.**

Descripción:

1. Conocer el requerimiento de evaluación
2. Entrevista para establecer rapport.
3. Selección y preparación del material.
4. Explicación del motivo de la evaluación.
5. Instrucciones de administración.
6. Pruebas, sesiones y tiempo requerido:
   - Test Guestàltico Visomotor de Bender
   - Test de Bentón
   - Figura del Rey
7. Se consideran adicionalmente pruebas psicológicas consideradas en otros procedimientos de evaluación.
8. Se realiza en 2 sesiones, cada sesión de 45 minutos.
9. Calificación, análisis e interpretación de resultados.
10. Informe, conclusiones, pronóstico y recomendaciones.
11. Remisión del informe al solicitante, de ser el caso.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Definición: Procedimiento psicológico especializado que está orientado a la evaluación del menor de 0 a 6 años para determinar su desarrollo en concordancia con su edad cronológica.

Objetivos:

- Determinar si los estados sucesivos de desarrollo están en concordancia con la edad cronológica
- Establecer los déficits en el desarrollo del menor de 0 a 6 años.
- Prevenir problemas en el desarrollo del menor de 0 a 6 años.

Requisitos:

- Cita de atención
- Paciente: consulta directa, referencia o interconsulta.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Manual técnico, cuadernillo de reactivos, reactivos concretos, protocolo de respuestas, hoja de calificación, material de escritorio.

Descripción

1. Conocer el requerimiento de evaluación
2. Entrevista para establecer rapport y conocer los antecedentes personales y familiares del menor.
3. Selección y preparación del material.
4. Explicación del motivo de la evaluación.
5. Instrucciones de administración.
6. Pruebas, sesiones y tiempo requerido:
   - Brunet Lezine
   - Goodenough Harris
   - Jordan y Massey
   - Prueba de Frostig
   - ABC Filho
   - Denver

- PEABODY Tesat de Vocabulario de Imágenes.

7. Se consideran adicionalmente pruebas psicológicas consideradas en otros procedimientos de evaluación.
8. Se realiza en 2 sesiones, cada sesión de 45 minutos.
9. Calificación, análisis e interpretación de resultados.
10. Informe, conclusiones, pronóstico y recomendaciones.
11. Entrega de resultados
12. Remisión del informe al solicitante, de ser el caso.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

CALIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Definición: Actividad psicológica consistente en la calificación de la prueba o batería psicológica en forma cuantitativa y emitir un resultado cualitativo.

Objetivos:

- Calificar la prueba o batería psicológica
- Analizar los resultados
- Integrar la información con lo observado durante la administración.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Protocolo de respuesta, formato de calificación, manual técnico, útiles de escritorio.

Descripción:

1. Revisar la historia clínica y las observaciones durante la administración de la prueba y problema actual.
2. Calificar la prueba psicológica o batería psicológica haciendo uso de los formatos y protocolos de calificación.
3. Realizar análisis cuantitativo y cualitativo.
4. Hacer un resumen de los hallazgos obtenidos.
5. Dar recomendaciones.
6. Preparar material informativo para la elaboración de informe psicológico.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
EXPLORACIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

INFORME PSICOLÓGICO

Definición: Actividad especializada orientada a la integración de los procedimientos de consulta psicológica, evaluación especifica o general que se consolidan cualitativamente previa interpretación y emisión de resultados.

Objetivos:

- Interpretación de entrevista y evaluación psicológica
- Perfil específico o general del evaluado
- Conclusiones, recomendaciones y pronóstico

Requisitos:

- Cita de atención.
- Consulta directa, interconsulta o referencia.
- Requerimiento institucional o judicial.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Historia clínica, resultado de evaluaciones psicométricas, proyectivas, formato, materiales de escritorio, papel membretado.

Descripción

1. Revisar la historia clínica considerar:
   - Problema actual
   - Antecedentes personales y procedimientos
2. Consolidación e integración de resultados.
3. Interpretación de los resultados.
4. Conclusiones.
5. Diagnóstico.
6. Recomendaciones al médico o profesional solicitante, usuario y/o familia.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA PSICOLÓGICA

TERAPIA INDIVIDUAL

Definición: Procedimiento terapéutico realizado por el psicólogo con atención focalizada en una sola persona, el cual tiene como objetivo el restablecimiento emocional del individuo a fin que pueda integrarse a sus esferas afectadas. Este tipo de terapia puede ser multimodal.

Objetivos:

- Restituir habilidades psicológicas.
- Incrementar o potenciar sus habilidades y destrezas de tipo cognitivo, conductual y emocional.
- Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.

Requisitos:

- Cita de atención.
- Previa consulta psicológica y, de ser necesario, evaluación psicológica.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Descripción:

1. Recepcionar al paciente y al familiar, en caso de niños o personas con discapacidad.
2. Identificar la problemática y/o preocupaciones del paciente considerando: la frecuencia, duración, situaciones, motivos precursores y las consecuencias
3. Informar al paciente y/o familiar sobre los objetivos y el plan terapéutico.
4. Psicoeducar al paciente en relación a su problemática.
5. Aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas multimodales.
6. Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
7. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan psicoterapéutico.

8. Establecer el plan de espaciamiento y seguimiento del tratamiento y las actividades extra hospitalarias.
9. Revisar lo aprendido por el paciente y su uso futuro.
10. Realizar entrevista final previa al alta. En la que puede participar la pareja o familiar.
11. Informe y evolución final concluido el proceso psicoterapéutico.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA PSICOLÓGICA

TERAPIA GRUPAL

Definición: Procedimiento especializado realizado por el psicólogo en la cual se trabaja bajo programas establecidos, ya que los integrantes del grupo cuentan con problemática común, logrando su planeación a futuro, así como el restablecimiento emocional, buscando su integración en cualquier ámbito. (Grupo máximo de 12 a 15 personas).

Objetivos:

- Restituir habilidades psicológicas.
- Incrementar o potenciar sus habilidades y destrezas de tipo cognitivo, conductual y emocional.
- Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.

Requisitos:

- Cita de atención.
- Previa consulta psicológica y, de ser necesario, evaluación psicológica.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Descripción:

1. Preparar material educativo a utilizar
2. Recepcionar al grupo de pacientes
3. Explicar metodología de trabajo (Nº de sesiones, tareas)
4. Dar indicaciones claras y el mantenimiento del respeto por las normas y reglas.
5. Iniciar la sesión con dinámicas de presentación.
6. Brindar indicaciones sobre la tarea a desarrollar.
7. Motivar la participación y facilitar el apoyo grupal para la cohesión y la pérdida de miedos y temores.
8. En el caso de niños, por excepción, se permite el acceso de los padres.
9. Psicoeducar a los pacientes en relación a su problemática.

10. Aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas multimodales.
11. Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
12. De acuerdo al avances hacer uso de reforzadores sociales.
13. Al finalizar la sesión hacer una plenaria de evaluación de logros y corregir errores individuales y de grupo,
14. Las altas e ingresos en el grupo deben ser debidamente procesadas en el grupo.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE PSICOLOGÍA
PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA PSICOLÓGICA
TERAPIA FAMILIAR

Definición: Procedimiento especializado realizado por el psicólogo que tiene por finalidad potenciar los recursos de la familia con el objetivo de cambiar el sistema relacional.

Objetivos:

- Cambiar el sistema comunicacional.
- Reconocer la estructura familiar.
- Transformar los procesos de interacciones disfuncionales.

Requisitos:

- Cita de atención.
- Previa consulta psicológica y, de ser necesario, evaluación psicológica.

Responsable: Psicólogo

Materiales: Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Descripción:

1. Recepcionar a la familia e identificar los miembros que la componen.
2. Realizar la entrevista inicial para identificar la problemática.
3. Informar al paciente y/o familiar sobre los objetivos y el plan terapéutico.
4. Puntualizar las interacciones, mensajes, roles, pautas de comunicación de los miembros.
5. Elaborar hipótesis para ordenar la información obtenida.
6. Plantear las estrategias de intervención dirigidas a redefinir el problema de la familia.
7. Prescribir tareas para cada uno de los miembros de la familia dirigidas hacia el cambio.
8. Utilizar técnicas terapéuticas de acuerdo al caso y anotar en la historia los resultados y alcances logrados.
9. Realizar entrevista final previa al alta.
10. Emitir informe y evolución del proceso terapéutico.

MATERIAL DE TRABAJO

EXPRESEMOS NUESTRA CREATIVIDAD CORPORAL



HIJOS TRIUNFADORES

- Debemos preparar a nuestros hijos para el mundo del futuro. En este mundo actual lo determinante para triunfar será el carácter, no exactamente el conocimiento. Tener temple, salir de fracasos adecuadamente, hacer de los fracasos un desafío y no una tragedia.

- Un hijo forjará carácter si percibe claramente la autoridad de los padres. Con presencia de autoridad los niños y jóvenes a su vez actuarán con autoridad para resolver sus problemas; sin presencia de autoridad nuestros hijos serán débiles de carácter y actuarán por impulsos con los consecuentes problemas de adaptación.

- ¿Queremos que nuestros hijos no sufran? Entonces hay que prepararlos para sufrir. No podemos estarle evitando todo el tiempo todo posible sufrimiento ¿si no cuándo aprenderá? Debe comprender la muerte, los problemas de la vida. No debemos resolverles todos los problemas, ayudarlos a que ellos lo hagan.

- Es muy importante enseñarles a carecer, a "sentir la falta de" y arreglárselas por sí mismos, Aunque tengamos para darles el 100%, los chicos deben saber el valor de las cosas, para que de adultos no sufran.

- ¿Cómo les enseñamos a carecer? ¡Dándoles un poquito menos de lo que necesitan! Si no ¿cómo sienten la falta de? Así aprenden a apreciar lo que tienen. Aprenden a no ser ingratos. Aprenden a gozar de la vida con cosas sencillas. Aprenden a no ser quejosos.

- Una excelente escuela para aprender a carecer es la mesa del hogar, la comida. ¿Qué debemos darles de comer? ¡Lo que nosotros decidamos que es bueno para ellos!. "Mami... no me gustan las lentejas". Si quieren hacerles un bien para la vida, denles las lentejas. Habrá berrinches, no se exalten, que no coma si no quiere, pero cuando le vuelva el hambre: ¡SORPRESA! ¡Las lentejas del refrigerador calentadas!.La comida es una buena escuela del carecer, pues así no serán quisquillosos en sus relaciones sociales, en el trabajo y en el mundo real.

- Una familia normal es un equipo de trabajo con pocas tareas: tender la cama, limpiar los cuartos, lavar los platos, etc. Hay que educarlos para que realicen labores de hogar, aunque lo hagan mal al principio. Si no hacen servicios luego tendrán problemas.

- ¿Propinas? Que sean una cantidad fija, semanales y algo menos de lo que creen que necesitan. Así aprenden a administrar el dinero.

- Construyamos hijos luchadores, no debiluchos sobreprotegidos. Que se superen a sí mismos. Hay que ilusionarlos con ideales, metas futuras, sueños para que sean buenos de corazón. Importante también es estar convencidos de que triunfador no equivale a tener "dinero o propiedades", triunfadores son aquellos que son felices con lo que hacen, con su vida. Solamente así podrán hacer felices a otros.

- Los hijos con carácter templado, conocimiento del carecer, educados en el servicio y plenos de amor e ilusiones serán hijos triunfadores.

- Los padres tenemos la gran responsabilidad de criar hijos que transformen nuestro país, en uno donde reine la libertad, la abundancia, la justicia y sobre todo la felicidad.

CONSEJOS A PADRES

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A DESARROLLAR LA AUTOESTIMA DE SU HIJO(a)

1. Estimular cualquier esfuerzo positivo que aprecien en su hijo. (a)
2. Estimular cualquier trabajo realizado por sencillo que este sea.
3. Repare menos en sus fracasos y más en sus éxitos (sus logros)
4. Ayúdelo frente a los errores para que no se sienta mal ("No tienes porque ser perfecto, nadie lo es")
5. Ayúdelo a desarrollar responsabilidad. (Darle pequeñas responsabilidades en la casa) En su hijo esto es importante. Que gane seguridad, confianza pero dándole libertad. Ayudándolo a que enfrente por sí solo sus problemas.
6. Escuche al niño. Demuestre interés por él (ella) .(Qué piensas tú?/Cómo te sientes ahora?)
7. Háblele en forma personal, sean sinceros, no mienta ni prometa lo que no podrá cumplir
8. Anímelo a tomar sus decisiones y a afrontar las consecuencias del éxito y también del error. Que sepa que también se aprende de los errores
9. Ayúdelo a desarrollar la actitud de aprobación de sí mismo (fue valiosa tu ayuda./Lo hiciste bien) para que se vea como persona que vale mucho.
10. Procure que sienta que es una persona capaz e importante (diga: Tu puedes" .. ".inténtalo".... y si fallas lo corriges"...intentar es lo que vale.
11. Acepte los sentimientos de su hijo como reales y apoye su expresión (temores/ miedo al fracaso) existen para él, ayúdelo a enfrentarlos, razone con él que esos miedos están en su pensamiento y que poco a poco podemos controlarlos y botarlos de la cabeza
12. Hágale sentir a su hijo que todos tenemos miedos/temores. Esos sentimientos poco a poco los vamos enfrentando y lo vamos venciendo.
13. Una manera de reducir los sentimientos de incertidumbre de niños como su hijo es proporcionarle un ambiente que esté bien estructurado, estable y predecible.(Los padres deben anunciar claramente los cambios que se den y estos deben ser mínimos. Evitar cambios drásticos y repentinos en la casa) Hablarle de lo que va a enfrentar, pero dejarlo que viva su experiencia.