

Estudio de caso trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de inicio temprano.

Programa Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente

Documento elaborado por:

Scarlett Rodríguez Rivera

Asesores:

Kelly Arroyo Velandia

Asesora metodológica

Patricia de la Vega

Asesora disciplinar

Escuela de Psicología

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm Cartagena

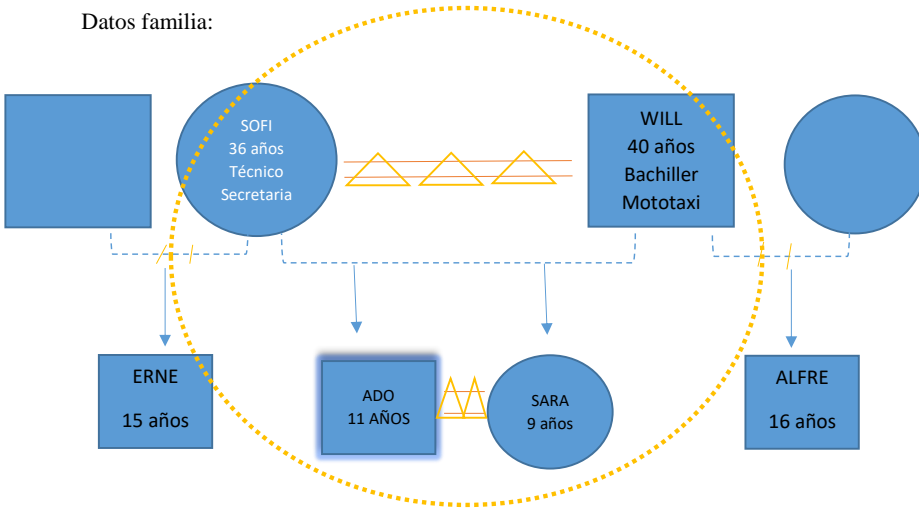
2018-II

A. TÍTULO DEL CASO:

Estudio de caso: Niño de 11 años con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

B. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE:

Datos familia:



Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	sexo
ADO	11 años	28-08-2007	Masculino
Escolaridad	Institución	Estrato Socioeconómico	Ocupación
3° primaria	CISSADE	2 (medio-bajo)	Estudiante

C.

MOTIVO DE CONSULTA.

Se cita a El niño, padres y terapeuta tratante, para obtener información sobre su evolución durante la instancia en el programa, condición actual, detonadores y posibles mantenedores.

Según Padre: “A ADO lo remitió neuropediatría y psiquiatra a este centro, siempre tuvo problemas en el colegio, nunca se quedaba quieto y casa siempre teníamos problemas por su comportamiento.

D. ANTECEDENTES RELEVANTES:

Obtenido con revisión de historias clínicas y cuestionarios de historia evolutiva a padres y maestros, entrevista diagnóstica semiestructurada a padres y niño adaptados de “La entrevista en niños y adolescentes” de James Morrison y Kathryn Flegel (2016) (vea anexo 5)

Antecedentes de desarrollo

- **Prenatales:** Producto de segundo embarazo, no planeado, pero controlado
- **Perinatales:** 40 semanas. El parto se prolongó, por lo que realizaron cesárea
- **Posnatales:** Hipoxia (dificultad respiratoria), por lo que recibió oxígeno y estuvo en observación neonatal.
- **Motores:**
 - **Marcha:** 13 meses
 - **Sedestación:** 7 meses
 - **Gateo:** No
- **Lenguaje:**
 - **Balbuceo:**
 - **Palabras de dos sílabas:** 10 meses
 - **Frases y oraciones:**

Antecedentes Médicos

- **Enfermedades:** Úlcera gástrica a los 12 meses de edad.
- **Procedimientos quirúrgicos:** Apendicitis: hace dos años. Hernia: hace un mes
- **Medicación y tratamientos:** Respiridona tabletas de 1mg. Dosis: 1 en la mañana y 1 en la noche (total: 2 Mg al día). Metilfenidato tabletas de 10 Mg. Dosis: 1 antes de ir al colegio (total: 10 Mg al día) .
- **Accidentes:**

Antecedentes Psicología y/o psiquiatría:

- **Psicológicos Familiares:**
 - **Ansiedad, fobias, obsesiones:** Madre episodios de ansiedad
 - **Autismo:** primo materno
 - **conducta delictiva:** dos tíos paternos en prisión
 - **Depresión:** Madre episodios
 - **TDAH:** dos primos
 - **convulsiones:** hermano materno
- **Trastornos específicos del aprendizaje:** Padre Dislexia

E. REVISIÓN DE LITERATURA QUE FUNDAMENTA LA PROBLEMÁTICA DEL CASO.

(EDUARDO, 2009) evalúa la eficacia de un programa de intervención conductual para el tratamiento de conductas disruptivas y psicosociales en el contexto escolar, utilizando un diseño de reversión ABAB para evaluar el desempeño de los docentes en las técnicas de modificación conductual. En el estudio se encontró que las técnicas de modificación conductual empleadas por los docentes produjeron los cambios deseados en el comportamiento de los estudiantes. Por otro lado (Xavier & María, 2017), realiza un estudio del sueño en niños con trastorno de desregulación disruptivo y bipolares, en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes trastornos afectivos comparados. De la misma forma (Ana Gil, 2014)

analiza la intervención clínica en un caso de problemas de conducta en una niña de 13 años con problemas de conductas disruptivas, este caso fue tratado utilizando terapia cognitivo-conductual, para la cual se observó un resultado positivo en la frecuencia, intensidad y duración de los problemas de conducta. Así mismo, (Tatiana Ferri, 2014) examina la eficacia de un tratamiento conductual en un niño de 07 años con trastorno alimenticio, para este caso se utilizó un tratamiento de reforzamiento positivo, extinción, moldeamiento y modelado, para la introducción gradual de una nueva conducta alimenticia obteniendo resultados positivos en los hábitos de alimentación del paciente. (Florian & Caroline, 2017) analiza el trastorno disruptivo del estado de ánimo, y su presencia en los individuos durante diferentes etapas del desarrollo, encontrando una clara correlación ente disfuncionalidades familiares, trastornos biológicos y el padecimiento de trastorno disruptivo. De forma análoga, (Kenia, 2013) analiza el inventario de depresión infantil y su uso como métrica en el estudio de la depresión en niños, facilitando el estudio y tratamiento de este tipo de trastornos.

El TDDEA como categoría diagnóstica se incorporó al DSM-5 tras la controversia respecto al trastorno bipolar en niños, que condujo a la identificación del trastorno, inicialmente llamado “desregulación grave del ánimo”. La descripción de la desregulación grave del ánimo como un fenotipo clínico fue realizada por Leibenluft y colaboradores en el 2003, quien lo definió como una irritabilidad crónica (no episódica) y grave, con una hiperactivación pero sin la euforia y grandiosidad que son el sello distintivo del trastorno bipolar. El TDDEA fue introducido en el DSM-5 para proporcionar un diagnóstico que permitiese incluir rabietas y episodios de cólera desproporcionados al contexto, no consistentes con el nivel de desarrollo del niño, y que ocurren con un promedio de tres o más veces por semana. Una revisión de historias clínicas observó que los pacientes con TDDEA tenían una media de 4 accesos de cólera por semana (Tufan et al, 2016). En los períodos entre estos episodios, el niño debe presentar irritabilidad crónica—rabietas explosivas, enfado, y susceptibilidad (Stringaris, 2011). En la Tabla E.3.1 se resumen los criterios diagnósticos para el TDDEA, incluido en la sección de trastornos depresivos en el DSM-5.

A diferencia de los niños y adolescentes con trastorno bipolar—que presentan episodios distintos de ánimo, depresivo y manía o hipomanía—los pacientes con TDDEA no muestran episodios bien definidos

Hasta la fecha, se han realizado pocos estudios sobre los factores familiares, sociales o ecológicos que pudiesen contribuir al desarrollo de un TDDEA. En una revisión de historias clínicas realizada por Tufan y colaboradores (2016) observaron que más de un 75% de los pacientes con un TDDEA tenían antecedentes familiares de problemas de salud mental, incluyendo trastornos de depresión mayor, TDAH y trastornos de ansiedad (56%, 25% y 17% respectivamente). Aunque la depresión materna ha sido asociada a la irritabilidad en los niños con TND (Krieger et al, 2013), ningún estudio ha encontrado evidencia que sugiera que la depresión parental u otra psicopatología parental tiene un papel en el desarrollo del TDDEA (p.e., Axelson et al, 2012).

Scott y O'Connor (2012) investigaron los efectos de una intervención de entrenamiento para padres y terapia cognitivo conductual en niños de 4 a 6 años que presentaban un perfil de desregulación emocional (definida como los subtipos irritable y vengativo del TND), en comparación con niños con un TND que no

Mostraban este perfil. Aunque los niños eran demasiado jóvenes para cumplir los criterios de la desregulación grave del ánimo o del TDDEA, el estudio demostró que los niños que presentaban desregulación emocional eran más sensibles a los cambios en la parentalidad generados por el entrenamiento, y el tratamiento tuvo mayor efecto en ellos que en los niños que no presentaban desregulación.

F. EVALUACIÓN INICIAL.

(1. Anamnesis, 2. Evaluación inicial (línea base), 3. Análisis funcional 4. Diagnóstico diferencial)

1. ANAMNESIS

1.1. DESCRIPCIÓN FÍSICA

ADO es un niño de contextura mediana, delgado, de piel trigueña, ojos color café claro, cabello liso color castaño. Mantiene extremidades superiores e inferiores acordes a su desarrollo y edad. Presentación e higiene personal regular.

1.2. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA

ADO presenta dificultades para mantener la atención en la actividad, evade con frecuencia las actividades y deja la silla para salir corriendo o molestar a sus compañeros. Se le dificulta seguir instrucciones, y mantener la secuencia del juego de UNO, coloca cartas incorrectas y sin ser su turno, acumulaba una cantidad innecesarias, dado que no hacía una revisión ni organización de su manójo. Su actitud al principio es desafiante, expresa palabras obscenas con bastante regularidad, No admite la instauración de reglas en el juego, inicialmente rechaza e incluso reta al entrevistador durante el juego, pasado un tiempo luego de establecer rapport la actitud frente a esta cambia. Se encuentra orientado en 3 esferas, mantiene contacto visual.

En el tercer encuentro con el niño, se observa la interacción con la hermana menor. Durante la observación, ADO en reiteradas ocasiones la empuja, le jala el cabello, la agrede verbalmente diciéndole palabras ofensivas como “gorda”, “fea”, entre otras empleadas culturalmente para humillar y ofender.

En última instancia cuando se le pregunta a ADO por la relación y sentimientos hacia su hermana, asegura que la odia y quiere matarla, en ese momento la amenaza con matarla, realizando posturas corporales incitando los golpes. En la cuarta sesión, asegura que quiere ser militar, asegura que “le gustaría matar personas”, y que “ese es el trabajo de los militares”.

1.3. EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. Área familia:

ADO es un niño de diez años que vive con su padre WILL, hermana menor SARA (8 años), y madre SOFI; quien actualmente se hace cargo económicamente y el Padre es quien se encarga de llevar a los niños al colegio, terapias y demás labores domésticas.

En la cuarta entrevista ADO, se muestra cabizbajo y desinteresado, asegura que WILL, suele castigarlo con gritos y golpes; y que justo ese día lo había golpeado por las piernas con un jean. A lo cual WILL y SOFI responden que esto es debido al nivel de angustia y desesperación causado por el comportamiento del niño.

El psicólogo de la institución informa que este patrón de conducta de los padres se presentaba con mayor frecuencia e intensidad durante el primer año de tratamiento y que en alguna ocasión amenazó con golpear al padre con un palo.

SOFI trabaja la mayor parte del día, ADO asegura que al llegar del trabajo generalmente se encuentra agotada y poco comparte con ellos, y que algunos momentos se torna irritable. SOFI en varias ocasiones se ha comunicado con el psicólogo de la institución y el terapeuta tratante, manifestando desesperación, agotamiento, desinterés e incluso suele llorar cuando toca el tema.

El comportamiento de los padres respecto a la problemática se caracteriza por la poca adherencia al tratamiento, agresión verbal permanente y corrección con castigos físicos por parte del padre. Padres desbordados, suelen delegar en manejo de las situaciones a los terapeutas y otras personas. Antecedentes psiquiátricos relevantes en la familia.

1.3.2. Área social y educativa:

La madre de ADO asegura que todo empezó a los 5 años, cuando la profesora en el preescolar hizo que lo retiraran, por comportarse mal y excretar en el baño de las niñas.

Desde ese momento, ha padecido exclusión y marginación de las experiencias usuales de la infancia, como invitaciones a fiestas y a juegos, en diferentes contextos en la escuela, el vecindario y en la familia extensa. Generalmente estos niños prefieren no jugar con él, y los adultos evitan invitarlo debido a sus estallidos de mal humor, su actitud, conducta verbal y su constante inquietud.

El aspecto académico no ha sido mejor, actualmente se encuentre repitiendo tercer grado, ha tenido varias suspensiones y expulsiones de la escuela, por peleas con compañeros y profesores, e incluso las directivas tomaron la decisión de recortar su horario de clases. Siempre está en movimiento, alterando la clase con su inquietud, saltando de sus lugares, hablando sin parar, interrumpiendo a los demás y siendo incapaz de esperar su turno o de jugar en calma.

También tiene dificultades para poner atención y mantenerse enfocado en su trabajo o juego, la parte de falta de atención. No le gusta y evita las tareas que requieran esfuerzo sostenido o cualquier tarea escolar, no atienden a los detalles y, por ello, cometen errores por descuido.

Lee palabras de manera inexacta, con lentitud o con titubeos, y tiene dificultad para comprender el significado del texto (comprensión). Cuando lee en voz alta pronuncia mal las palabras, se salta las palabras, No le gusta leer y no termina las tareas; en la escritura sus letras son inconsistentes en tamaño o incompletas; no pone atención a los detalles cuando escribe. WILL asegura que El padeció problemas de aprendizaje, a pesar de haber sido escolarizado lee con mucha dificultad, confunde algunas letras y no escribe de manera adecuada, aun invierte letras. En general evita tareas relacionadas con leer y escribir.

1.3.3. Estado de ánimo y conducta:

Los padres y el terapeuta tratante, reporta que regularmente sucumbe a los berrinches y/o ataques de ira, en los cuales amenaza, gritan e incluso ataca verbal y físicamente a otras personas de manera verbal y, a veces. Estos berrinches ocurren de modos, que no son congruentes con la edad de ADO. Y entre cada explosión, el estado de ánimo suele ser irritable.

Los padres también informan episodios de tristeza, que se presente de manera irregular, sin detonador evidente, en los cuales pierde el interés por asistir al colegio o terapias o realizar otras actividades y llora por un lapso de minutos a horas sin consuelo, e incluso se aísla. Los padres le aún atribuido estos cambios a la medicación, aunque estas no reportan este síntoma como posible efecto colateral.

A menudo, es irritable, tiende a ser susceptible, se enoja con facilidad ante bromas, amonestaciones verbales e incluso cuando se le hace regalo; la respuesta de enojo suele ser desproporcionada. Desobedece, no acata instrucciones o reglas proveniente de figuras de autoridad o discuten con ellas, y se niegan a cooperar o seguir las reglas, aunque sólo sea para molestar a los demás.

Generalmente hace bromas ofensivas a sus compañeros, padre y hermana. Ha filmado videos con una canción improvisada, burlándose de manera ofensiva de la alopecia del padre y el peso de la hermana

A veces, culpa a otros de sus conductas indebidas. WILL y SOFI, asegura que “Parece que siempre está resentido muchas veces, pero no sabemos por qué”.

ADO refiere que sus juegos favoritos son “San Andrea”, “Carlos Dutti”, estos son juegos de consola considerados para personas mayores de 16 años y con una carga elevada de violencia y muerte.

Se considera que existe pobre modulación del estado de ánimo y las emociones, presentando irritabilidad frecuente y explosiones de ira, en las cuales agrede verbalmente a los padres, y a otros adultos; los cuales son mantenidos con un manejo inadecuado de las contingencias por parte los padres en la casa

1.3.4. Sueño y alimentación:

El sueño de ADO puede aumentar o disminuir, abruptamente. Los padres reportan episodios que pueden durar tres días consecutivos, en los que ADO tiene dificultad para conciliar el sueño, quedando despierto hasta las 3:00 o 4:00 am.

También reportan episodios, en los que se despierta aterrorizado y muy agitado en la madrugada, teniendo después dificultades para volver a dormir.

En cuanto a la alimentación, suele permanecer regularmente con hambre. Durante el día pide reiteradamente comida.

2. EVALUACIÓN INICIAL (LÍNEA DE BASE PRE-TRATAMIENTO)

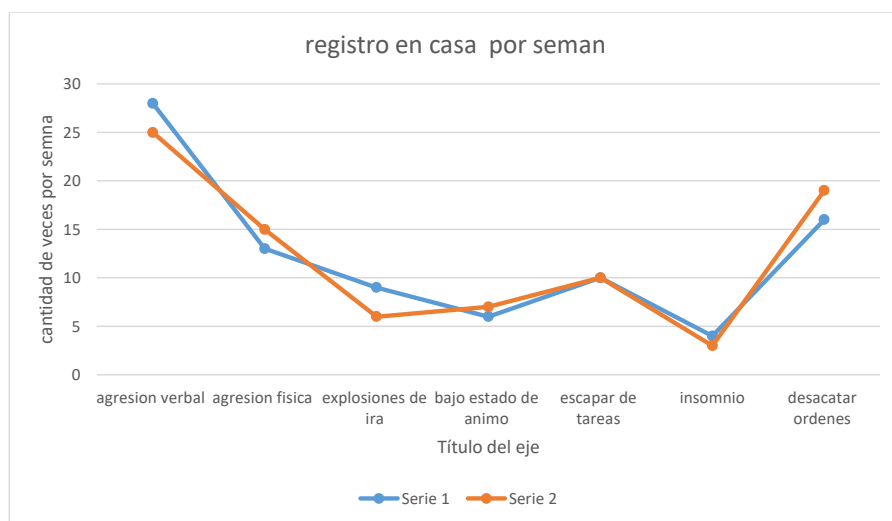
2.1. Resumen de descriptores hallados en las entrevistas a referentes (padres y psicólogo de la institución), así como también resultado de la observación directa. (vea anexo 7 y 8)

Comentado [CLP1]: Antes de aplica el registro debes definir la conducta blanco o problema, así como el proceso para utilizar el registro

Descriptores	Operacionalización
Irritabilidad y/ explosiones de ira	Estado de ánimo voluble (hipersensibilidad), suele enojarse fácilmente, sus reacciones emocionales son desproporcionadas en relación con el estímulo. Sucede en casa y escuela En estos episodios suele agredir verbal y físicamente a la Hermana y compañeros del colegio; así como también, patear sillas y romper objetos
Peleas y agresión física frecuente	En la escuela y en casa con la hermana. Con compañeros de clase, cuando lo molestan o hacen bromas. Con la hermana, cuando están viendo TV, y no llegan a acuerdo sobre el control y el canal que verán. En las sesiones asegura que casi siempre que esto sucede, es con intención de dañar o hacer sufrir a la hermana.
Agresión verbal	Amenaza, lanza expresiones de odio, palabras ofensivas y vulgares. Contra Hermana, Padres, maestros, compañeros de escuela y otros adultos. Cuando se le regaña o recibe un Llamado de atención verbal, cuando el padre utiliza el castigo físico (golpes). También sucede con una docente, Cuando lo reprende, de manera inadecuada. Ej.: “no te tomaste la pastilla hoy”. Generalizado, Excepto a terapeutas
Bromas indiscriminadas, molestar y ofender a su hermana, compañeros y padre.	Escuela, centro y casa Muy frecuente. Generalmente las bromas hacia la hermana tienen un tinte humillante, le dice “gorda”, “marrana” “estúpida” y otras expresiones de odio y rechazo. En las sesiones asegura que casi siempre que esto sucede, es con intención de dañar o hacer sufrir a esa persona.
Atención dispersa en actividades escolares con contingencias no motivacionales Conductas de escape	Su atención se pierde a los 5 o 10 minutos de haber iniciado una tarea no motivante. Suele salir corriendo del consultorio y salón cuando se le pide que realice alguna actividad que no es de su “agrado” o no representa una contingencia motivante. En la mayoría de las ocasiones suele volver por si solo al consultorio.
No sigue ordenes e instrucciones	Ignora las órdenes e instrucciones que se les dan para realizar actividades en la casa y escuela. Suele hacer la actividad con los pasos y forma más “agradable” para El o sencillamente no la realiza

Impulsividad- pobre inhibición y autocontrol	Durante el juego de uno colocaba las cartas sin ser su turno y de forma inadecuada
Dificultades para conciliar el sueño	De 2 a 4 veces por semana presenta dificultades para conciliar el sueño; Logrando conciliar el sueño, entre 2 a 4 am aproximadamente. Durante estas noches suele pasear por toda la casa y molestar a los familiares.

2.2. Gráfico de Línea base: Obtenido a través de registros conductuales (vea anexo 4).



Conducta	Operacionalización
Agresión verbal	Expresar palabras de odio, ofensas hacia la hermana. Se burlarse de su peso y otras bromas humillantes. Amenaza a padre y hermana con hacerles daño y se burla del padre
Agresión física	Golpear, Escupir y morder a la hermana.
Explosiones de ira	Agredir objetos y personas, gritar, pataletas cuando este enojado. (respuesta de enojo desproporcionada)
Bajo estado de animo	Desinterés, aislamiento, fatiga, cabizbajo, expresar tristeza
Escapar de tareas	Huir o escapar ante tareas y actividades. No terminarlas
Desacatar ordenes e instrucciones	Ignorar las ordenes e instrucciones que se les dan para realizar actividades en la institución, casa y escuela, hacer la actividad con los pasos y salir o dejar la actividad y no hacerla o terminarla Le incomoda el establecimiento de reglas para una actividad

Dificultad para conciliar el sueño (Insomnio) Durante tres o cuatro días de la semana se le dificulta conciliar el sueño, suele quedar despierto hasta las 3 o 4 am; en ese tiempo suele molestar a los demás familiares.

(vea anexo 4)

2.3.Listado de problemas Blanco identificado: Se realizó resumen o emparejamiento de los descriptores antes mencionados y hallaron los siguientes problemas blanco. (vea anexo 7)

Resumen de problemas blanco-identificados

Déficit de habilidades sociales: asertividad, conductas prosociales (empatía) **Déficit modulación estado emocional. Explosiones de ira intermitentes con Agresión física y verbal y Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente**

Déficit autocontrol y solución de problemas **No seguimiento de ordenes e instrucciones.**

Desregulación del sueño, intermitente y persistente.

3. ANALISIS FUNCIONAL (vea anexo 7)

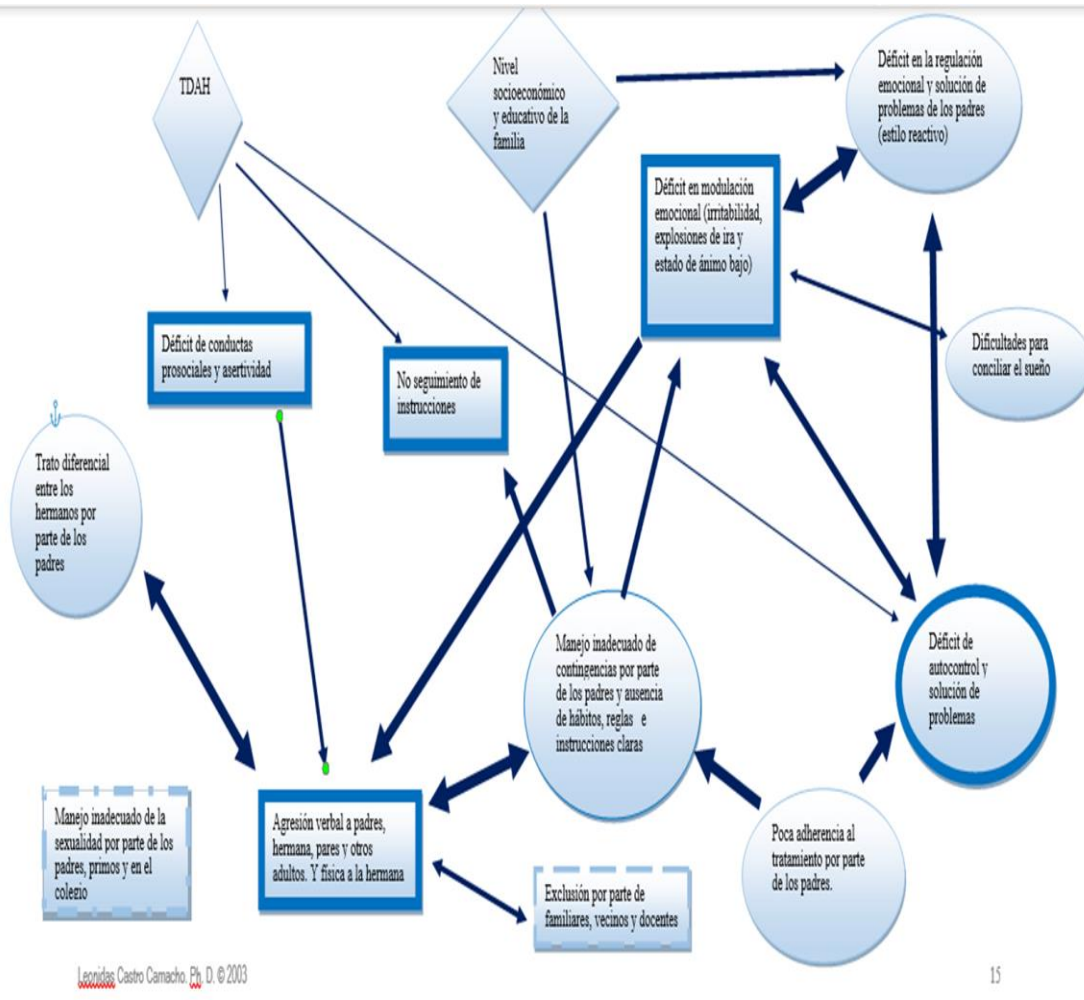
3.1. Problema Blanco: Déficit modulación estado emocional. -Explosiones de ira intermitentes

Antecedentes	Respuestas	Relación	Consecuentes
Discusión por el TV u otros objetos. Bromas y provocación mutua. Trato diferencial de los padres, hacia los niños.	Agrede Verbalmente a la hermana (le grita, dice palabras soeces, amenaza con agredirla y humillaciones)	Ref. positivo.	Llamado de atención de padres. “deja de molestar a tu hermana”, seguido de una amenaza de castigo
Discusión verbal previa con la hermana. Madre ocupada o descansando o desconectada del contexto familiar.	Agrede físicamente a la hermana. (mordiscos, patadas y puños)	Cast. Positivo. Ref. Positivo.	Castigo físico del padre. Satisfacción propia por haber agredido a la hermana.
Correcciones inadecuadas de conducta, por parte del padre (gritos y golpes)	Agrede verbalmente al padre. (le grita, dice palabras soeces, amenaza con agredirlo)	Ref. positivo	Llamado de atención. O ninguna otra consecuencia.
Correcciones inadecuadas de conducta, por parte del padre (gritos y golpes)	Agrede objetos	Ref. positivo.	Llama la atención. Enojo de los padres

3.2. Problema Blanco: No seguimiento de ordenes e instrucciones

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
Instrucciones y actividades, no claras o en tono inadecuado por parte de padres o docentes.		Incumplir las instrucciones dadas por los padres y docentes.	Ref. negativo	Evitar realizar actividades con contingencias poco motivadoras para El.

3.3. Resumen y diagrama de análisis funcional



4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

4.1. Técnicas y herramientas utilizadas para la evaluación de caso

- Entrevista Psicólogo de CISSADE (vea anexo 8 resumen de sesiones)
- Primer contacto, establecimiento de Rapport (Dadas la característica de resistencia al tratamiento, que han evidenciado otros terapeutas con este paciente era fundamental establecer un primer contacto menos estructurado y más fluido, con el fin de obtener rapport y buena relación terapéutica. Se utilizaron juegos de mesa “UNO”
- Observación conductual en juego libre. (vea anexo (vea anexo 8 resumen de sesión 2)
- Entrevista diagnostica semiestructurada a padres, adaptado de “La entrevista en niños y adolescentes” de James Morrison y Kathryn Flegel (2016) (vea anexo 8 resumen de sesión 3)
- cuestionarios de historia evolutiva a padres, adaptado de “La entrevista en niños y adolescentes” de James Morrison y Kathryn Flegel (2016) (vea anexo 5)
- entrevista diagnostica semiestructurada a padres y niño, adaptado de “La entrevista en niños y adolescentes” de James Morrison y Kathryn Flegel (2016) (vea anexo 8 resumen de sesión 3)
- Registros conductuales a Padres (elaborados por terapeuta. Adaptado o basado de Vicente Caballo) (vea anexo 4)
- Modelo de formulación clínica de Leonidas Castro Camacho (2003) (vea anexo 7)
- Revisión de historia clínica médica. (vea anexo 3)
- Inventario de Depresión infantil (CDI), elaborado por María Kovacs (vea anexo 6)
- Formato de descriptores, basado en Modelo diagnóstico de Vicente Caballo (vea anexo 9)

4.2. Validación de hipótesis diagnosticas: Las técnicas de evaluación anteriormente mencionadas, permitieron hacer la validación de las hipótesis diagnostica.

Comentado [CLP2]: Y qué pas con el análisis funcional? Y con las hipótesis preliminares?

Comentado [CLP3]: Todavía no, debes tener todos los resultados de la evaluación y todavía nos falta

Comentado [CLP4]: Rapport

Comentado [CLP5]: Anexos

Comentado [CLP6]: Anexos

Hipótesis preliminares	Estrategia de validación	Resultados obtenidos
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de animo (problemas de conducta y del estado de ánimo)	Registros conductuales (elaborados por terapeuta. Adaptado o basado de Vicente Caballo) y Modelo de formulación clínica de Leonidas Castro Camacho (2003)	A partir de ellos, se identificaron las siguientes conductas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déficit modulación estado emocional. ➤ Explosiones de ira intermitentes y persistentes ➤ Déficit de habilidades sociales (asertividad, conductas prosociales), ➤ Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente ➤ Agresión física y verbal (Ideación y/o intención de dañar a otro.) ➤ Déficit en solución de problemas ➤ Déficit autocontrol

- Desregulación del sueño, intermitente y persistente.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

de cuestionarios de historia evolutiva a padres, entrevista diagnóstica semiestructurada a padres y niño adaptados de “La entrevista en niños y adolescentes” de James Morrison y Kathryn Flegel (2016)

A partir de ellos, se identificaron las siguientes características de la historia evolutiva que podrían considerarse como cumplimiento de criterios diagnósticos (descritos en el segmento evolución del problema, corroborados en los registros conductuales mencionados anteriormente):

- Accesos de cólera graves y recurrentes en respuesta a estresores comunes, regaños y castigos que son: Agresión verbal a padres, docentes y terapeutas (amenazas de golpes o daño físico, gritos, groserías, otros); verbal y física (mordiscos, patadas, puños y otros) a hermana y pares; agresión y daño a objetos (patear sillas, partir objetos)

Se dan con las siguientes características:

- En promedio, tres o más veces a la semana (evidencia en registros conductuales)
- Los accesos de cólera no concuerdan con el nivel de desarrollo
- El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día y casi todos los días.
- Las conductas están presentes en al menos dos de tres contextos (en casa, en la escuela, con los compañeros o pares) y es grave en casa

Pobre modulación del estado de ánimo y miedo al abandono.

El Inventario de Depresión infantil, es un cuestionario de autoinforme elaborado por **María Kovacs**, en coautoría con Aaron Beck para su primera versión de 1977. Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva y se usa en la evaluación, investigación y el rastreo de casos (screening). Ha demostrado ser válido y confiable en muchos de los ámbitos donde se han comprobado sus cualidades psicométricas (Doefler, 1988 & Crowley, 1992 citados en Ramírez, 2009).

La calificación e interpretación de este inventario arroja los siguientes resultados:

➤ Cuantitativo:

Puntuación directa total: 17

Percentil: 80

Puntuación directa escala disforia: 15

Percentil: 96

Puntuación directa escala

autoestima: 2

Percentil: 5

➤ Cualitativo:

Según el percentil de la puntuación total indica que no hay síntomas depresivos relevantes.

sin embargo, la escala Disforia se encuentra en el percentil 96, con esto se pueden considerar problemas significativos del estado de ánimo y de la modulación de este.

El análisis de los ítems revela que podría existir riesgo de ideación suicida, el cual debe explorarse a detalle. También corrobora los problemas graves relacionados con la conciliación del sueño, la preocupación por el dolor, la pérdida y el abandono, así como también, tristeza y deseos de llorar recurrentes. Durante el juego de UNO se saltaba los turnos, colocaba las cartas incorrectas, no organizaba el mazo de cartas, de hecho, no sabía las que tenía. con frecuencia perdía el hilo del juego, tuvo varias sanciones por eso, por ejemplo: cuando se colocaba el numero 9 todas debían poner las manos sobre la carta, generalmente él era el último y se veía confundido cuando esto pasaba.

Además, le molestaban las reglas del juego, varias veces amenazo con irse

En las entrevistas a referentes Se identificó:

➤ peleas recurrentes

➤ actitud y comportamiento desafiante con maestros, El padre y otros adultos, en especial si son personas que recién conoce.

Pobre mantenimiento de la atención y autocontrol.

Observación conductual.

Conductas disruptivas o problemas de conducta y déficit de habilidades sociales (asertividad y conductas prosociales)

Entrevistas de referentes (padres y psicólogo tratante) y entrevista diagnóstica a Ado.

En la entrevista diagnóstica realizada al Evaluado:

- en reiteradas ocasiones asegura, que muchas de sus agresiones verbales y físicas son con intención de dañar o lastimar, en especial a la hermana.
- También asegura, querer ser guerrillero, para poder matar personas.

Problemas para conciliar el sueño.	Entrevista semiestructurada al niño y a padres; registros conductuales	<p>A partir de ellos, se identificó lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La dificultad para conciliar el sueño ha estado presente aproximadamente tres años. ➤ Durante tres o cuatro días de la semana se le dificulta conciliar el sueño, suele quedar despierto hasta las 3 o 4 am; en ese tiempo suele molestar a los demás familiares. <p>No se identificaron antecedentes inmediatos y/o constantes para todos los episodios. Sin embargo, se idéntico que el día inmediatamente posterior su irritabilidad aumentaba.</p>
---	--	---

4.3. Diagnóstico sugerido (hallazgo nuevo)

Las estrategias de validación permitieron corroborar el diagnóstico clínico **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**

296.99	Trastorno desregulación disruptiva del estado de ánimo	Inicio temprano Moderado Episodios intermitentes	El Diagnóstico de TDDEA descarta el diagnóstico inicial de Trastorno opositor desafiante y cualquier otro trastorno del estado de ánimo, incluyendo la distimia, debido a que el DSM 5, plantea que, en caso de existir criterios para trastorno negativista desafiante, distimia y/o TDDEA, solamente se debe hacer el de TDDEA .
--------	---	--	---

Conductas	Resumen de resultados de estrategias de validación	Criterios DSM5	Cumplimiento de criterios
<p>*Déficit en la modulación del estado emocional</p> <p>*Irritabilidad</p> <p>*Explosiones de Ira intermitentes y recurrentes.</p> <p>*Bajo estado de ánimo intermitente y persistente</p> <p>*Agresiones físicas y verbales hacia la hermana.</p> <p>*Dificultades para conciliar el sueño</p> <p>*Déficit en autocontrol y solución de problemas</p> <p>*Déficit habilidades sociales (conductas prosociales y asertividad)</p> <p>*Actitud y comportamiento desafiante, sumado a agresión verbal a padres, docentes y otros adultos.</p>	<p>registros de observación conductual realizado por la madre del niño: Durante el periodo de estudio del contexto familiar la madre describe que se presenta irritabilidad constante y explosiones de ira, seguida de rabietas, frente a exigencias realizadas, cuando se le da una instrucción o cuando se le corrige de forma inadecuada o discusiones cotidianas con la hermana, generando posteriormente una conducta agresiva como por ejemplo tirar objetos o agredir verbal y físicamente la hermana y verbalmente a los padres, amenazándolos. la conducta que prevalece es la agresión verbal y posterior agresión física.</p> <p>El análisis cualitativo de la prueba revela: Según el percentil de la puntuación total (80) indica que no hay síntomas depresivos relevantes. sin embargo, la escala Disforia se encuentra en el percentil 96, con esto se pueden considerar problemas significativos del estado de ánimo y de la modulación de este. El análisis de los ítems revela que podría existir riesgo de ideación suicida, el cual debe explorarse a detalle.</p>	<p>A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p.ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.</p> <p>B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.</p> <p>C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.</p> <p>D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).</p> <p>E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.</p> <p>F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Accesos de cólera graves y recurrentes en respuesta a estresores comunes, regaños y castigos que son: Agresión verbal a padres, docentes y terapeutas (amenazas de golpes o daño físico, gritos, groserías, otros); verbal y física (mordiscos, patadas, puños y otros) a hermana y pares; agresión y daño a objetos (patear sillas, partir objetos)</p> <p>Se dan con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En promedio, tres o más veces a la semana (evidencia en registros conductuales) • Los accesos de cólera no concuerdan con el nivel de desarrollo • El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día y casi todos los días. <p><input type="checkbox"/> Los síntomas se iniciaron alrededor de los 5 o 6 años</p> <p><input type="checkbox"/> Los síntomas han estado presentes durante 12 o más meses.</p> <p><input type="checkbox"/> Los síntomas no han estado ausentes por tres o más meses consecutivos.</p> <p><input type="checkbox"/> El niño tiene 11 años</p> <p><input type="checkbox"/> Los síntomas están presentes en al menos dos de tres contextos (en casa, en la escuela, con los compañeros o pares) y es grave en casa</p> <p><input type="checkbox"/> Los síntomas no son causados por otra afección médica, no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (no se han encontrado evidencias de enfermedades medicas o</p>

También corrobora los problemas graves relacionados con la conciliación del sueño, la preocupación por el dolor, la pérdida y el abandono, así como también, tristeza y deseos de llorar recurrentes "

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco "

consumo de sustancias, sin embargo, dadas las características del niño y el contexto se considera riesgo)

no se cumplen los criterios para un episodio maníaco/hipomaníaco por más de un día, y las conductas no ocurren exclusivamente durante un episodio de depresión mayor "

4.4. Diagnósticos previos:

En la revisión de la historia clínica (vea anexo 3), se identificaron los siguientes diagnósticos, otorgados por neuropsiquiatría y psiquiatría; los cuales fueron estudiados durante la evaluación y cotejados con la validación de las hipótesis, obteniendo los siguientes resultados:

Código DSM5	Diagnósticos previos.	Observaciones
314.01	Trastorno déficit de atención con hiperactividad. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación predominante hiperactividad ➤ Impulsividad ➤ Grave 	Este diagnóstico fue confirmado por psiquiatría, neuropsiquiatría y psicología. Ha recibido terapia para esto desde hace más de 14 meses, aproximadamente. Los reportes previos de psicología revelan que el trabajo de activación de circuitos básicos de aprendizaje (vea anexo 3) ha permitido evolución positiva entre el 30 al 45%, sumado a esto recibe medicación. En el momento de la evaluación se presentan algunas conductas como pobre mantenimiento de la atención, inquietud y escape de las actividades, las cuales disminuían al modificar las contingencias (vea anexo 8).

Comentado [CLP7]: Se coloca DSM 5, ésta vez no se utiliza numeración romana

Comentado [CLP8]: Y este DX se confirma? Pueden encontrarse casos en los que se presenten varios DX, pero ten cautela porque estas entregando 4 Dx, son necesarios todos ellos o la patología se puede explicar mejor con uno o 2 solamente?

En el análisis funcional e hipótesis de mantenimiento (vea anexo 7), se plantea que, probablemente los cambios y la mejora que se observa en el centro CISSADE, no se ha generalizado a la casa y la escuela, debido a que, Los padres han recibido psicoeducación al respecto, pero no se han adherido al tratamiento y en la escuela los docentes no se encuentran entrenados.

313.81 Trastorno opositorista desafiante
➤ Presentación grave.

El Diagnóstico de TDDEA descarta el diagnóstico inicial de Trastorno opositorista desafiante y cualquier otro trastorno del estado de ánimo, incluyendo la distimia, debido a que el DSM 5, plantea que, en caso de existir criterios para trastorno negativista desafiante, distimia y/o TDDEA, solamente se debe hacer el de TDDEA

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
Referenciado en historia clínica con código CIE10 Otras esquizofrenias

DX referido por psiquiatría. Al explorar este aspecto se halla que no existen alucinaciones, ni delirios; cuando se entrevista a los padres (anexo 8), aseguran que esto sucede cuando veía películas de terror.

Su afecto no está disminuido, por el contrario, suele ser muy expresivo y presenta explosiones de ira frecuentemente.

Su discurso es coherente y organizado en relación con su edad.

Su comportamiento suele ser desorganizado, pero esto podría explicarse mejor por alteraciones en la atención, la conducta y el estado de ánimo.

Comentado [CLP9]: Tiene diagnóstico por esquizofrenia? Qué resultados tienes para rechazarlo, no pongas no se ha logrado evidenciar, sino rechazado por XXXX

4.5. Otros problemas sujetos a atención

Códigos DSMV	Otros problemas sujetos a atención clínica	Especificaciones
V61.20	Problemas de relación entre padres e hijos	
V61.8	Problemas relaciones con los hermanos	
V60.2	Problemas exclusión o rechazo social	➤ En familia, vecindario y escuela. Al parecer por sus alteraciones de comportamiento.

V62.3	Problema académico o educativo	
V60.2	Ingresos bajos	
V995.54	Maltrato infantil (físico)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sospechado ➤ Hallazgo ulterior
V995.52 (T76.02 XD)	Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sospechado ➤ Hallazgo ulterior

G. TRATAMIENTO PROPUESTO:

1. Objetivos terminales para cada problema blanco (vea anexo 7):

Categoría del problema en blanco	Objetivos generales	Objetivos específicos/ Indicadores clínicos
1. Déficit autocontrol	Establecer un plan de entrenamiento, motivacional, cognitivo y auto instruccional. casa y escuela con el fin de disminuir conductas no deseadas e incrementar las esperadas.	<p>Administrar reforzamiento positivo de tipo social cada vez que se emita la conducta esperada en sesión.</p> <p>Administrar técnica de auto instrucciones</p> <p>Administrar técnicas de respiración y relajación</p>
	Diseñar actividades para entrenar a padres en el manejo adecuado de las contingencias y estrategias de afrontamiento y solución de problemas.	<p>Facilitar estrategias para promover familia sana (hábitos de sueño, alimentación, espacios de calma)</p> <p>Enseñar a administrar técnicas de economía de fichas</p> <p>Enseñar cómo se relaciona la conducta con sus antecedentes y sus consecuencias: principios básicos del aprendizaje social (Administrar Sobre corrección-restauración Castigo negativo)</p> <p>Introducir la noción de «consecuencias positivas para los Comportamientos positivos».</p> <p>Debatir sobre la importancia de supervisar el comportamiento y de elogiar.</p>

Promover el establecimiento de un momento especial entre Padres e hijos.

2. Déficit modulación estado emocional.
-Explosiones de ira intermitentes.
- Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente
-miedo al rechazo y abandono

Establecer un programa de entrenamiento en reconocimiento, automonitoreo y modulación de emociones y solución de problemas

Entrenar reconocimiento de emociones

Entrenar en automonitoreo de emociones

Entrenar en habilidades de afrontamiento solución de problemas

Identificar pensamientos útiles y no útiles

Diseñar actividades para entrenar a padres en el fortalecimiento de comunicación y manifestaciones de afecto en la familia

Reconocer la importancia de la comunicación para mejorar la Relación con los hijos.

Entrenar a los padres en habilidades de escucha activa.

Entrenar a los padres en habilidades de comunicación positiva.

Debatir sobre la ineficacia del castigo físico como técnica de Disciplina.
Entrenar en solución de problemas

Entrenar en autocontrol y gestión de emociones

3. Déficit de habilidades sociales (empatía asertividad, conductas prosociales),

Establecer un programa para incrementar habilidades sociales y conductas prosociales

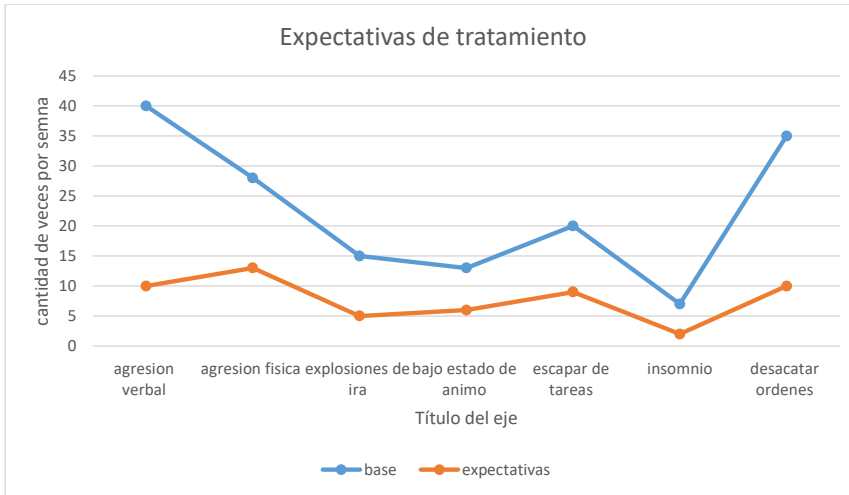
Emplear técnicas de refuerzo positivo social para incrementar conductas prosociales.
Entrenar en asertividad.

Administrar técnicas de modelamiento prosociales

	Diseñar actividades para entrenar padres en conductas prosociales y restaurativas	Administrar técnicas restaurativas cuando agrede verbal o físicamente a otros
		Administrar técnicas de reforzamiento diferencial de otras conductas: agresión Vs Amabilidad con la hermana
		Entrenar a los padres en habilidades de comunicación positiva.
4. No seguimiento de ordenes e instrucciones	Emplear técnicas operantes, para el aprendizaje de seguimiento de instrucciones y ordenes (Coterapeutas)	Administrar técnicas de economía de ficha (coterapeuta) Administrar técnicas en principio de Premack
		Emplear técnica Encadenamiento de conductas
		Administrar Reforzamientos tangibles y sociales
	Diseñar actividades para entrenar a padres en establecimiento de límites y órdenes. (entrenar a padres o psico educar)	Educar sobre las diferencias entre las órdenes eficaces e ineficaces, Introducir el concepto de reglas familiares como forma de establecer límites.
		introducir el concepto de establecer metas para fomentar la Buena conducta.
		introducir el concepto de refuerzo tangible como complemento del elogio.
		Presentar los programas de economía de fichas como refuerzo tangible. (modificación conductual)

H. EXPECTATIVAS DE TRATAMIENTO

Comentado [CLP10]: Todavía no he entendido cuál es el diagnóstico, ahora que vengas lo conversamos



I. APLICACIÓN DE TÉCNICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS:

1. Planeación de sesiones:

En el anexo 8, encontrará el resumen de cada sesión mencionada en este apartado.

Sesión	Metas	Actividad clínica	Tareas practicas
1	Obtener información del caso.	Entrevista al psicólogo tratante en institución Revisión historia clínica	
2	Instaurar contacto inicial Establecer rapport Observar conductas	Juego libre, observación directa, entrevista abierta.	Juego de mesa "UNO"
3	Entrevistar a padres. Obtener información del desarrollo del niño, historia del problema, mantenedores y reforzadores.	Entrevista diagnóstica semiestructurada. Cuestionario de desarrollo adaptados de "La entrevista en niños y adolescentes" de James Morrison y Kathryn Flegel (2016) Firma de consentimiento informado	

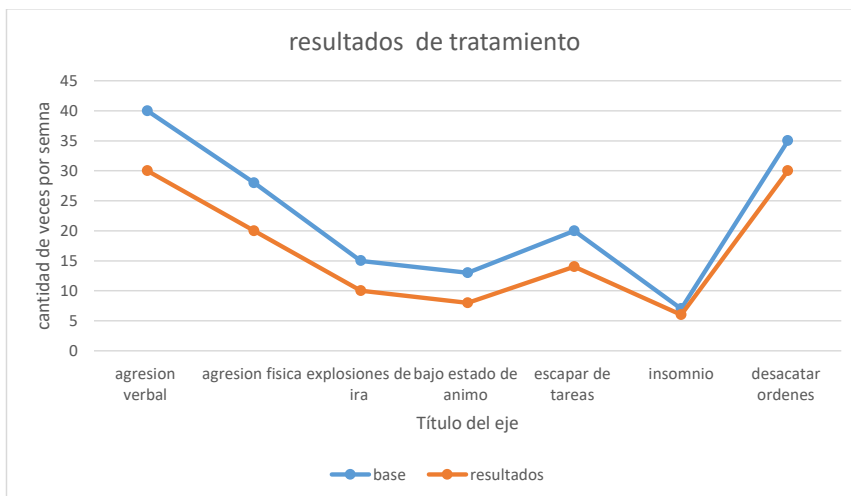
4	Observar interacción con la hermana y conductas emitidas. Realizar formulación clínica.	Observación conductual durante la interacción y los juegos. Entrevista semiestructurada a los niños. Se realizaron avances de la formulación clínica, estableciendo algunos problemas blancos y análisis funcional.	Juegos y actividades de interacción libres.
5	Socializar plan de trabajo con padres y modelo cognitivo conductual.	Explicar a los padres algunos hallazgos de la evaluación en que consiste el plan terapéutico y las metas de este.	Actividad de preguntas y respuestas.
6	Identificar pensamientos útiles y no útiles (oruga y mariposa) Educar sobre relación entre pensamiento, emociones y control. Aplicar CDI	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en Autocontrol Reforzamiento positivo. Intervalo fijo. Finalización de formulación clínica, se establece confirmación de covariación	*El reloj de las emociones. *Pensamientos orugas y mariposa *Contrato conductual *Reforzar la permanencia en lugar de *trabajo y acatar ordenes con dulces.
7	Presentar el programa Aborde Vuelo. Educar sobre la importancia de su participación en el proceso.	Sesión # 1 de “¡ABORDE VUELO! piloto, copilotos y pasajeros”. programa de entrenamiento a coterapeutas (padres) en el tratamiento de los problemas de conducta infantiles Elaborado por: Scarlett Rodríguez Rivera Psicóloga Esp. Psicología clínica del niño y adolescente Basado en el programa empecemos de romero, villar, luengo, gomez-fraguela, y robles (2013) y s.o.s programs & parents press, de Clark [2012]	1. Presentación del guía y descripción del trabajo a desempeñar 2. Presentación del programa 3. Introducción breve al tema: los problemas de conducta de los niños 4. Establecimiento de objetivos de mejora de comportamiento 5. Debate y rolle playing 6. Asignación de actividad para casa y cierre
8	Entrenar en pensamientos útiles y no útiles y en auto instrucciones	Reestructuración cognitiva. Auto instrucciones	*Pensamientos oruga y mariposa *el detective

	Modificar pensamientos no útiles (orugas)		*modelamiento de auto instrucciones
9	Entrenar en auto instrucciones y asertividad	Auto instrucciones Moldeamiento por aproximaciones sucesivas	*ejercicios de auto instrucciones con historietas * Rollo playing de situaciones en casa con las que generalmente tiene explosiones de ira y agrede. El terapeuta moldeo sucesivamente las conductas emitidas
10	□ Educar a los padres en nociones de conducta: los principios de aprendizaje operante y socia; a no reforzar conductas no deseadas por accidente; Presentar la relación entre los antecedentes, respuestas y consecuencias	Sesión # 2 de “¡ABORDE VUELO! Nociones sobre conducta y su mejoramiento. El comportamiento y sus consecuencias	Revisión de las tareas para casa 2. Explicación de los principios básicos de aprendizaje y conducta (el espiral) 3. Castillo de la educación 4. Relación entre antecedentes, respuestas y consecuencias. Principios básicos del aprendizaje operante 5. rollo playing 6. Asignación de tareas y cierre
11	Entregar y entrenar al psicólogo de la institución el programa “aborde vuelo”, para el entrenamiento de los padres de ADO.	Hacer entrega y entrenamiento al psicólogo de la institución en el programa “Aborde Vuelo” Cierre de caso con Psicólogo de la institución y los padres.	

Se implementó “¡ABORDE VUELO! piloto, copilotos y pasajeros”. programa de entrenamiento a coterapeutas (padres) en el tratamiento de los problemas de conducta infantiles Elaborado por: Scarlett Rodríguez Rivera, Psicóloga Especialista en Psicología clínica del niño y adolescente. Basado en el programa empecemos de romero, villar, luengo, gomez-fraguela, y robles (2013) y s.o.s programs & parents press, de clark [2012]. (ficha técnica Anexo 1 - sesiones y objetivos Anexo 2)

Durante este estudio se lograron desarrollar 2 de 11 sesiones del programa “Aborde Vuelo”; razón por la cual se le hace entrega del manual de aplicación y cuadernillo de trabajo al Psicólogo de la institución CISSADE, junto con la formulación clínica, con el objetivo de que este desarrolle las sesiones faltantes.

2. Resultados obtenidos:



J. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO REALIZADO:

Hipótesis de mantenimiento (vea anexo 7): El Estilo reactivo de los padres (déficit en la modulación emocional y solución de problemas), sumado a la poca adherencia al tratamiento, manejo inadecuado de contingencias, trato diferencial entre los hermanos y la ausencia de hábitos, reglas e instrucciones claras en la familia, y vivir en un contexto social vulnerable y violento; han sido variables causales y mantenedoras de la desregulación del estado de ánimo, las conductas disruptivas, el déficit de conductas prosociales y los problemas de sueño.

Esto genera que los resultados obtenidos en los tratamientos previos y en este no se vean generalizados en casa y no cumplan las expectativas. Por tal motivo se recomienda enfocar el tratamiento en entrenar a los padres, basado en el programa “Aborde Vuelo” u otro que cumpla con las mismas características.

K. REFERENCIAS:

Referencias

- Ana Gil, I. (2014). Intervención en un caso de un adolescente con problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 61-67.
- EDUARDO, C. S. (2009). EFECTOS DE UN PROGRAMA COMBINADO DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL PARA LA DISMINUCIÓN DE LA CONDUCTA DISRUPTIVA Y EL AUMENTO DE LA CONDUCTA PROSOCIAL EN ESCOLARES CHILENOS. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 67-76.
- Florian, D. Z., Caroline, S. B., Martin, H., & Kevin, R. (2017). *TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO*. Gindora: IACAPAP.
- I. Miguel, M. (2017). Programa de Formación Continuada en pediatría extrahospitalaria. *pediatría integral*, 71-141.
- Isabel Menéndez, B. (2001). TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD: CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc*, 92-102.
- James, M., & Kathryn, F. (2018). *LA ENTREVISTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, habilidades y estrategias para el desarrollo eficaz del DSM 5*. Mexico: El manual moderno.
- Jarumi Jaquelin, C. V. (2017). *Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI) en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Lima, 2017*. Lima: Unicesar.
- JORGE HOLGUÍN, A., & OSCAR OSÍO, U. (2007). Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001. *IATREIA*, 101-110.
- Kenia, M. P. (2013). *ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS EN ADOLESCENTES CUBANOS DE 12 a 15 AÑOS*. Santa clara: UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS VILLAS.
- Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

- María Elena, N. C. (2004). Depresión en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Reflexiones*, 107-120.
- Susana Quiroga, L. P. (2004). ABORDAJE TERAPEUTICO PARA ADOLESCENTES TEMPRANOS CON CONDUCTAS PERTURBADORAS: TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL. *XI Jornadas de Investigación*, 1-10.
- Veytia, L., González, A., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 37-43.
- villar, O. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por deficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 19-30.
- Tatiana Ferri, D. (2014). Intervención conductual en un caso infantil de problemas de alimentación. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 173-181.
- Xavier, E., & María, B. (2017). Estudio del sueño en niños con Trastorno de Disregulación Disruptivo del Estado de Ánimo y Bipolares. *Actas Esp Psiquiatr*, 12-20.

Scarlett Rodríguez Rivera
T.P. 174600
Psicólogo estudiante de especialización psicología clínica del niño y el adolescente
Universidad del Sinú Cartagena

17/11/2018

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha técnica programa “Aborde Vuelo”

FICHA TÉCNICA

- ✓ Nombre: ¡ABORDE VUELO! piloto, copilotos y pasajeros. programa de entrenamiento a coterapeutas (padres) en el tratamiento de los problemas de conducta infantiles
- ✓ Autores: Scarlett Rodríguez. Basado en programa Empecemos de Romero, Villar, Luengo, Gomez-Fraguela, Y Robles (2013) y SOS Programs & Parents Press, de Clark [2012]
- ✓ Aplicación: Colectiva (de 4 a 14 participantes).
- ✓ Ámbito de aplicación: Padres y madres de niños de 5 a 13 años con problemas de conducta.
- ✓ Duración: 11 sesiones semiestructuradas, de 45 minutos aproximadamente cada una. Cada sesión. está compuesta por entre cuatro y siete actividades (visionado y comentario de videos, debates abiertos, *role-playing*, etc.)
- ✓ Objetivo general: Entrenar a los padres (coterapeutas) en habilidades eficaces para potenciar las conductas prosociales de sus hijos, para reducir sus comportamientos disruptivos y fomentar hábitos familiares saludables.

- ✓ **Materiales necesarios:** Cuadernillo de trabajo, notas de recuerdo, contenidos audiovisuales, espacio de juego y útiles de papelería
- ✓ Para medir y garantizar la efectividad, eficacia y eficiencia del programa, se utilizarán registros conductuales que aparecen en el cuadernillo de trabajo. Se aplicaran durante una semana antes de iniciar y la primera semana de intervención o dos semanas antes de empezar (pretest). En la sesión 5 y 6 (control medio) del programa y durante las semana 10 y 11 (postest), con el fin de identificar la modificación de las conductas problemas y el fortalecimiento de las conductas prosociales.
Sumado a esto es importante la evaluación clínica del niño durante todo este periodo y las intervenciones clínicas individuales enfocados en él.
- ✓ Es un programa de entrenamiento para coterapeutas en el tratamiento de los problemas de conducta en niños, desde los 5 a los 13 años.
- ✓ Está basado en un programa de entrenamiento exitoso como lo es EmPeCemos, y en S.O.S, el cual es un programa de ayuda para padres que ha vendido muchas copias y ha tenido gran acogida entre el público.
- ✓ Fundamentado teóricamente en los principios de la terapia cognitivo conductual, el aprendizaje operante y social.

ANEXO 2

Sesiones y objetivos programa “Aborde Vuelo”

	SESION	OBJETIVOS
1	Presentación del programa Aborde Vuelo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover la familiarización del guía con los padres del grupo y viceversa. ✓ Presentar el programa para padres: objetivos y procedimiento de trabajo. ✓ Informar a los padres sobre los problemas de conducta. ✓ Resaltar la importancia de la cooperación entre la familia y la familia en el tratamiento
2	Nociones sobre conducta y su mejoramiento. El comportamiento y sus consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educar a los padres en nociones de conducta ✓ Informar sobre los principios de aprendizaje operante y social ✓ Enseñar a no reforzar conductas no deseadas por accidente ✓ Presentar la relación entre los antecedentes, respuestas y consecuencias
3	Manejar el estrés y entrenar el autocontrol. Mejorar la comunicación familiar. Escucha activa y comunicación positiva (1.ª parte)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocer la importancia de la comunicación para mejorar la relación con los hijos. ✓ Entrenar a los padres en habilidades de escucha activa. ✓ Entrenar a los padres en para ser modelo proactivo y reactivo ✓ Acercarse al concepto del estrés. ✓ Conocer y practicar técnicas de relajación basadas en el control de los signos fisiológicos del estrés. ✓ Conocer y practicar técnicas para el desarrollo del pensamiento positivo.
4	Mejorar la comunicación familiar. Supervisar y elogiar para mejorar la relación entre padres e hijos (2.ª parte)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducir la noción de «consecuencias positivas para los comportamientos positivos». ✓ Debatir sobre la importancia de supervisar el comportamiento y de elogiar. ✓ Promover el establecimiento de un momento especial entre padres e hijos.

5	<p>Establecer límites a la conducta: órdenes eficaces y reglas familiares. Establecer metas de buena conducta: los refuerzos tangibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar la importancia de que los niños sigan las indicaciones <p>y normas familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocer las diferencias entre las órdenes eficaces e ineficaces. ✓ Introducir el concepto de reglas familiares como forma de establecer límites. ✓ Introducir el concepto de establecer metas para fomentar la buena conducta. ✓ Introducir el concepto de refuerzo tangible como complemento del elogio. ✓ Presentar los programas de economía de fichas como refuerzo tangible.
6	<p>Aplicar consecuencias a la mala conducta (1.ª parte): consecuencias naturales y lógicas. como utilizar adecuadamente el regaño y la sanción por la conducta (costo de respuestas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debatir sobre el uso de las consecuencias para respaldar las órdenes y las reglas. ✓ Introducir los conceptos de consecuencias naturales y de consecuencias lógicas. ✓ Promover la aplicación de la técnica de retirada de privilegios ante el incumplimiento de órdenes y reglas familiares. ✓ Reflexionar sobre las características que deben tener las consecuencias negativas. ✓ Presentar la posibilidad de utilizar los «trabajos extra» como consecuencia negativa de la mala conducta. ✓ Instruir en el manejo adecuado de los regaños y amonestación verbal ✓ Debatir sobre el uso de las técnicas de castigo ante las conductas negativas severas.
7	<p>Aplicar consecuencias a la mala conducta (2.ª parte): el «tiempo fuera», Como controlar las conducta agresivas y peligrosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir en el manejo de las conductas agresivas y peligrosas ✓ Presentar la manera adecuada de manejar las conductas disruptivas fuera de casa ✓ Debatir sobre la ineficacia del castigo físico como técnica de

		<p>disciplina.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introducir la técnica del «tiempo fuera»: instrucciones para <p>ponerlo en práctica, complicaciones y pasos a seguir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Practicar la técnica de «tiempo fuera» en el grupo.
8	Ignorar las conductas perturbadoras poco importantes y la resistencia pacífica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentar «ignorar» como técnica para responder a la mala <p>conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Practicar la técnica «ignorar» en el grupo. ✓ Conocer las reacciones de los padres ante esta técnica. ✓ Instruir en resistencia pacífica
9	Hábitos familiares saludables. Como manejar discusiones familiares, hábitos de sueño, refuerzo y tareas escolares, juego y esparcimiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acentuar la importancia de apoyar el trabajo escolar de los hijos. ✓ Establecer una rutina diaria para las tareas escolares. ✓ Promover la motivación de los hijos para hacer los deberes. ✓ Establecer hábitos y rutinas de suelo ✓ Acentuar la importancia del juego y esparcimiento, así como su programación ✓ Instruir en el manejo adecuado de las discusiones familiares
10	Enseñar a los hijos a resolver los problemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acentuar la importancia de utilizar las técnicas de solución de <p>problemas para afrontar los conflictos en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover la aplicación del proceso de solución de problemas <p>con los hijos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover la aplicación del proceso de solución de problemas <p>por parte de los padres.</p>
11	Finalización del programa Aborde Vuelo. ¿Como conservar la mejoría?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repasar el trabajo realizado en el programa y aclarar las posibles <p>dudas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrar los conocimientos y las habilidades adquiridas en el <p>programa.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proponer indicaciones para afrontar las conductas problemáticas frecuentes. ✓ Reflexionar sobre las formas de enfrentarse a los problemas una vez que el programa haya finalizado. ✓ Llevar a cabo la evaluación del programa por parte de los padres. ✓ Medir los cambios de conducta de los niños, las consecuencias dadas por los padres y su nivel de nerviosismo

ANEXO 3

Imágenes Historias Clínicas previas

ALIMENTARIOS VINCULADO A LA DIETA FAMILIAR

INMUNOLÓGICOS COMPLETAS NO DOCUMENTADOS

FACTORES DE RIESGO	Exposición a tabaco	NIEGA
	Otros ¿Cuáles?	NIEGA

EVOLUCIÓN NEURODESARROLLO

Lactancia	SI	Hasta que edad en meses recibió Lactancia Materna:	HASTA LOS 2 AÑOS APROXIMADAMENTE
-----------	----	--	----------------------------------

DESARROLLO SENSORIAL: ADECUADO

DESARROLLO DEL LENGUAJE: 12 MESES

DESARROLLO MOTOR: CAMINO A LOS 11 MESES

DESARROLLO DE LA SOCIALIZACIÓN:

DESARROLLO EMOCIONAL HETEROAGRESIVO SE IRRITA Y SE OPONE FRECUENTEMENTE A TODOS

CLASIFICACIÓN DSM V - APLAZADO

REVISIÓN POR SISTEMAS / EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL: CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES

CABEZA Y CUELLO: NO HAY DISMORFIAS CRANEOFACIALES, GLOBOS OCULARES PRESENTES CON MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS, RESPUESTA PUPILAR A ESTIMULO LUMINOSO, REFLEJO ROJO PRESENTE, BASE NASAL NORMAL, LOS LABIOS Y MENTÓN SON DE CONFIGURACIÓN NORMAL, PALADAR DURO Y BLANDO INDEMNES, CUELLO MÓVIL SIMÉTRICO SIN ALTERACIONES NI LIMITACIÓN FUNCIONAL, SIN MASAS PALPABLES.

CARDIOPULMONAR: SIN EVIDENCIA DE ALTERACION

ABDOMEN: SIN EVIDENCIA DE ALTERACION DURANTE LA EVALUACION

EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS MÓVILES CON FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, BUEN TONO REFLEJOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR PRESENTES, BUENA COORDINACIÓN, NO LIMITACIÓN FUNCIONAL A LA MOVILIZACIÓN.

NEUROLÓGICO: DESPIERTO ACTIVO NO COLABORA NO ACATA ORDENES TIENDE A DESAFIAR CON SU POSTURA, IMPULSIVIDAD, REFIERE QUE NO DIRA NADA,

OBSERVACIONES / VALORACIÓN PSICOLÓGICA: PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO CLINICO DE TRASTORNO OPONICIONISTA DESAFIANTE - TRASTORNO DE LA CONDUCTA. ASISTE A VALORACION EN COMPAÑIA DE PADRES EN ESTADO DE ALERTA Y VIGILIA, SE EVIDENCIA CONTACTO VISUAL INTERMITENTE, GIRA AL ESCUCHAR SU NOMBRE, REALIZA RASTRO VISUAL DE OBJETOS, PRESENTA CONDUCTAS HIPERCINETICAS, INQUIETUD MOTORA, DIFICULTAD ANTE LA PUESTA DE LIMITES, PRESENTA INTOLERANCIA A LA FRUSTRACION, IMPULSIVIDAD, IRRITABILIDAD, SELECTIVO AL SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES, PRESENTA CONDUCTAS HETEROAGRESIVAS, PRESENTA CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y/O AGRESIVAS GRAVES. PRESENTA ALTERACIONES EN EL DESARROLLO COGNITIVO (ATENCIÓN - MEMORIA - PENSAMIENTO). SE RECOMIENDA INTENSIFICAR SESIONES TERAPEUTICAS POR PSICOLOGIA ENFOCADAS A MODIFICACION DE CONDUCTAS INADECUADAS E INCREMENTO DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS Y DE SOCIALIZACION.

OBSERVACIONES / VALORACIÓN NEUROPEDAGOGICA: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN CONSULTA DE JUNTA MEDICA EN SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD ASOCIADO A Opositor DESAFIANTE, PERSENTA DENTRO DEL INTERROGATORIO IDEAS FIJAS Y DE LESION A TERCEROS, TIENDE A SENTIR QUE LO SIGUEN, SIENTE MIEDO EN QUEDARSE SOLO, REFIERE QUE VE COSAS QUE SOLO EL PUEDE VER LO CUAL PUDE RECONOCER COMO TINTE DELIRANTE Y PSICOTICO, DESOBEDECE ACTIVAMENTE LAS PETICIONES DE LOS ADULTOS, IRA Y RESENTIMIENTO CON LOS DEMÁS, DISCUTE CON LOS ADULTOS, CULPA A OTROS DE SUS PROPIOS ERRORES, TIENE POCOS O NINGUN AMIGO O HA PERDIDO LOS AMIGOS, SE INVOLUCRA EN PROBLEMAS CONSTANTES EN LA ESCUELA, PIERDE LA PACIENCIA, ES RENCOROSO O VENGATIVO, ES SUSCEPTIBLE O SE MOLESTA CON FACILIDAD SE CONSIDERA MANTENER MANEJO TERAPEUTICO COMO SE INICIO RECIENTEMENTE Y SE PLANTEA EN ORDENAMIENTO DE JUNTA.

OBSERVACIONES / VALORACIÓN PSQUIATRÍA INFANTIL: PACIENTE CON ANTECEDENTES Y DIAGNOSTICOS ANOTADOS QUIEN PRESENTA UNA RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO DE REHABILITACION INTEGRAL. PACIENTE PRESENTA: PACIENTE PRESENTA ACTITUD OPOSITORA Y DESAFIANTE PERMANENTEMENTE QUE MANIFIESTA HACIA LOS PADRES, TERAPEUTAS, DOCENTES Y MEDICOS. PRESENTA DIFICULTADES DE COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA, HA PRESENTADO IDEACION DE DAÑO HACIA TERCEROS, AMENAZO CON MATAR AL PADRE HACE UN PAR DE SEMANAS Y DE GOLPEARLO CON UN PALO, REFIERE MADRE EN OCASIONES ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS: "VIO ALGO EN EL BAÑO, PEGO UN GRITO Y LUEGO NO QUISO DECIR QUE ERA " AGREDE A SU HERMANA MENOR DE 8 AÑOS. PRESENTA INSOMNIO DE MANTENIMIENTO, PRESENTA APETITO CONSERVADO. PADRES SE ENCUENTRAN DESBORDADOS CON LA SITUACION DEL NIÑO Y SE EVIDENCIA DINAMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL (VIOLENCIA VERBAL). PACIENTE PRESENTA ESPECIAL INTERES EN JUGAR CON FUEGO. DURANTE EL INTERROGATORIO SE MUESTRA RETICENTE, OPOSICIONISTA HACIA EL ENTREVISTADOR, NO CONTESTA LAS PREGUNTAS O LO HACE CON DESDEN, NIEGA ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS AUNQUE NO SE DESCARTAN, NO DESPUEGA IDEACION DURANTE AUNQUE NO SE DESCARTA, HA PRESENTADO IDEACION DE DAÑO HACIA TERCEROS, PRESENTA INSOMNIO DE MANTENIMIENTO, JUICIO IMPRESIONA DESVIADO, NIVEL DE INTELIGENCIA IMPRESIONA POR DEBAJO DE LO ESPERADO PARA SU EDAD. LENGUAJE SIN ALTERACIONES. SE EVIDENCIAN SITUACIONES DE VIOLENCIA VERBAL INTRAFAMILIAR, Y DINAMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL, MADRE DESBORDADA CON LA SITUACION, QUEJAS FRECUENTES DESDE LA ESCUELA, BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO. PACIENTE PRESENTA SINTOMAS DE TIPO PSICOTICO QUE PODRIAN CORRESPONDER A ESQUIZOFRENIA AUNQUE NO CUMPLE TODOS LOS CRITERIOS, TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA. SE MANTIENEN DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SE REALIZA PSICOEDUCACION A LOS PADRES, SE INDICA TRATAMIENTO DE REHABILITACION INTEGRAL. PSICOLOGIA ESPECIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE LA CONDUCTA: 3 SESIONES POR SEMANA, TERAPIA OCUPACIONAL: 3 SESIONES POR SEMANA SE INDICA, TRATAMIENTO POR 3 MESES, SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: RISPERIDONA TABLETAS DE 1MG: TOMAR VIA ORAL 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE TOTAL: 2MG/DIA + METILFENIDATO TABLETAS DE 10MG TOMAR UNA TABLETA CADA DIA EN LA MAÑANA ANTES DE IR A LA ESCUELA. SE CITA A CONTROL EN JUNTA MEDICA EN 1 MES PARA CONTROL DE MEDICACION. SE INDICA ATENCION POR PSICOLOGIA PARA AMBOS PADRES. SE RECOMIENDA CONTINUAR ESCOLARIDAD REGULAR.

OBSERVACIONES / VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA: USUARIO DE GENERO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO CLINICO DE TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE, OTRAS ESQUIZOFRENIAS, QUIEN DURANTE VALORACION NO SE OBSERVA ALTERACIONES EN TONO MUSCULAR, PRESENTA BUEN CONTROL POSTURAL, REALIZA TRASLADO Y DESPLAZAMIENTOS EN FORMA AUTONOMIA, PRESENTA BUENA FUERZA Y FLEXIBILIDAD MUSCULAR, PRESENTA BUEN EQUILIBRIO ESTATICO-DINAMICO Y BUENA COORDINACION, LOS PATRONES DE DESARROLLO MOTOR, SE ENCUENTRAN EN ESTADIO MADURO ACORDES A SU EDAD. EN CUANTO A ACTITUD POSTURAL NO PRESENTA ALTERACIONES RELEVANTES CONCLUSION: USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIONES A NIVEL MOTRIZ QUE REQUIERAN INTERVENCION POR FISIOTERAPIA.

DIAGNOSTICO DE LA JUNTA


1. F913 TRASTORNO OPOSITOR DESAFIANTE


2. F208 : OTRAS ESQUIZOFRENIAS

RECOMENDACIONES Y ORDENES MEDICAS

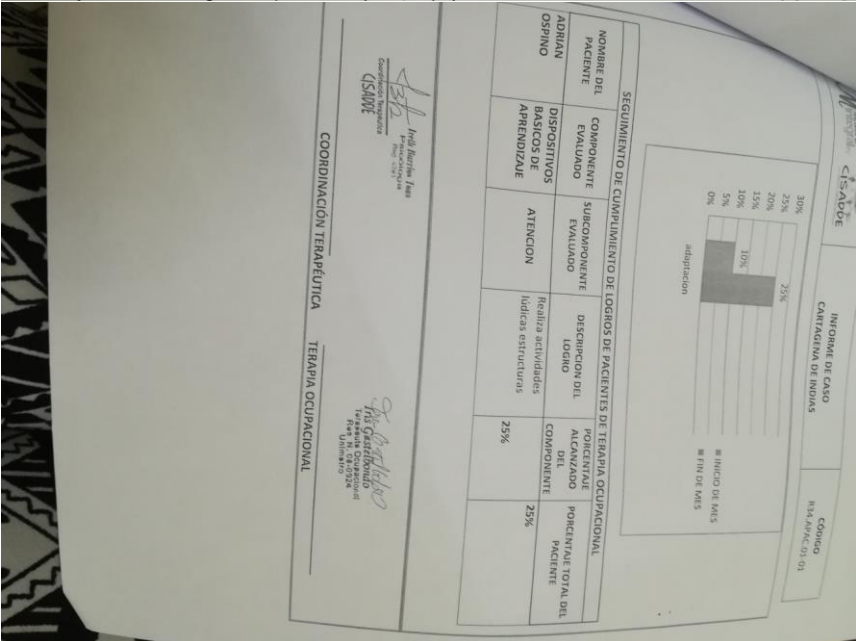
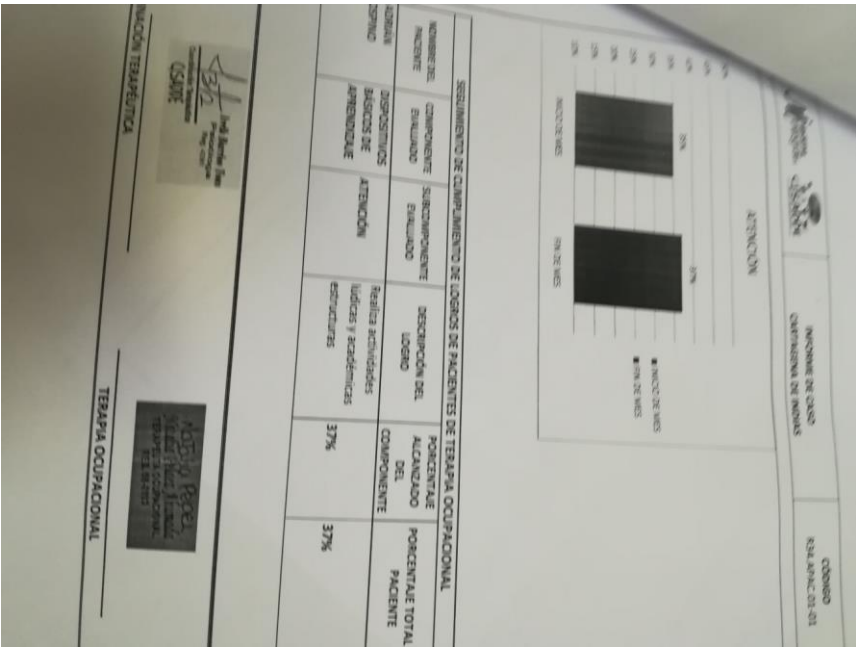
SE REALIZA PSICOEDUCACION A LOS PADRES, SE INDICA TRATAMIENTO DE REHABILITACION INTEGRAL. PSICOLOGIA ESPECIAL PARA EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE LA CONDUCTA: 3 SESIONES POR SEMANA, TERAPIA OCUPACIONAL: 3 SESIONES POR SEMANA SE INDICA, TRATAMIENTO POR 3 MESES, SE INDICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: RISPERIDONA TABLETAS DE 1MG: TOMAR VIA ORAL 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE TOTAL: 2MG/DIA + METILFENIDATO TABLETAS DE 10MG TOMAR UNA TABLETA CADA DIA EN LA MAÑANA ANTES DE IR A LA ESCUELA. TOTAL: 10MG/DIA. SE CITA A CONTROL EN JUNTA MEDICA EN 1 MES PARA CONTROL DE MEDICACION. SE INDICA ATENCION POR PSICOLOGIA PARA AMBOS PADRES. SE RECOMIENDA CONTINUAR ESCOLARIDAD REGULAR.

INTEGRANTES JUNTA

FIRMA 
 NOMBRE JESUS DAVID BALAGUERA
 ESPECIALIDAD PSQUIATRA INFANTIL
 REG. MEDICO 472773

FIRMA 
 NOMBRE ERWIN TORRES COHEN
 ESPECIALIDAD NEUROLOGO PEDIATRA
 REG. MEDICO 081285

DE ELABORACIÓN	30 DE ABRIL DE 2018	PERÍODO EVALUADO	ABRIL DE 2018
DE INGRESO	21 DE SEPTIEMBRE DE 2017	SEGURIDAD SOCIAL	SALUD TOTAL
OSTICO	F900 PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION		
SERVICIO	INFORME DE EVOLUCIÓN MENSUAL		
PSICOLOGIA	<p>CONDICIONES INICIALES Usuario de género masculino con diagnóstico Perturbación de la actividad y de la atención, quien ingresa el 21 de septiembre del 2017 al servicio de psicología en la IPS el del 2017 presentando las siguientes dificultades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades conductuales • Dificultades en el desarrollo cognitivo (funciones ejecutivas) • Poca tolerancia a la espera. • Poca tolerancia a la frustración. • conductas desafiantes y oposicionistas. <p>En intervención se plantean los siguientes objetivos terapéuticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer funciones ejecutivas mediante ejercicios de organización y planeación a través de actividades de ordenar por color y forma, cubos lógicos. • Fortalecer memoria de trabajo mediante la ejecución de instrucciones brindadas por el terapeuta como seguir un orden de secuencia, recordar una serie de números, relatar en orden las actividades que realiza en una situación, relatar los sucesos que pasaron en un cuento o narración. <p>El proceso terapéutico se orientó a fortalecer en el usuario la memoria de trabajo mediante el cumplimiento y la ejecución de instrucciones brindadas por el terapeuta tales como seguir el orden en una secuencia de acciones, relatar en orden las actividades que realiza en una situación específica, recordar una serie de números entre otras, el usuario realiza las instrucciones de manera mala dentro de las categorías de medición lo que equivale a un porcentaje de ejecución de 25% finalizando el mes, manteniendo su desempeño.</p> <p>De la misma manera la intervención se orientó a fortalecer en el usuario funciones ejecutivas mediante ejercicios de organización como ordenar figuras por color, tamaño o como lo indique el terapeuta, realiza rompecabezas, realiza figuras con los cubos lógicos y revisión de diferencia entre 2 figuras el usuario desarrolla de 3 a 4 actividades por sesiones en lapso de tiempo de 27 minutos de forma continua lo que equivale a un porcentaje de ejecución de 44% desde el inicio hasta finalizar el mes, el desempeño del usuario es bueno ya que logra apropiarse con más facilidad de las actividades y muestra más iniciativa a la hora de comenzar una nueva actividad.</p>		



ANEXO 4

Registros conductuales

conducta (Interna o externa)	ANTECEDENTES ¿Dónde estaba? ¿Qué estaba haciendo? ¿con quién estaba? ¿Qué paso antes?	Intensidad ad 1 al 100	Tiempo minutos	CONSECUENCIAS ¿Qué hizo Ud.? ¿que hizo el? ¿Qué hicieron los compañeros?	comentarios adicionales
Decirle "te odio" similar a "burlarse", decirle malos palabras a la hermana	-Viendo televisión. -esta uno guero -ver un canal -y cuando voy a cambiarse el canal	100 80		Se quite por un momento de un momento y ellos me hicieron cosas y seguían con cuando el canal hasta que me quite bien pronto y así	
Golpear, morder, escupir a hermana	Le compré un regalo a la mamá y se molestó y se la cosas y también me la cosas pero que sea serio yo estaba casado que me lo le dio y le dio a la mamá	100 100		Lo pegue para que respete cuando le compro algo a él ella no se molesta	- el papá le pegó cuando me con papá
Agregar objetos gritar, cuando se enoja	Le tiro cosas y ella también le delo. me lo que le tiro	80		te dije que si se queira yo no lo que le iba a tirar objetos	

Tristeza y aislamiento		70	le puzto q le sueld y le digo que no hay pen para estar triste	
Incompro		60	quely depende noster los que trabaja lo reconocen y le da mas que dijid. Almas	- Esto pes muy a menu
Molestar y gritar a papa	De dia disculpan yel papa le dije que ya no le plae a componerle rapida		El papa ya no le pates colman ocuple que deh saber	

DESOBEDECER (especifica la orden que da) No se hacoso	- le dije que se puede hacer la cosa de la abuela - le dije que ayudara a la mamá		- Molestancia Me hacen - No razonamos - el papa le q pago	
ESCAPAR, EVADIR, EVITAR LAS TAREAS	no hacer las tareas en casa		lo pagan q gnto. por siempre el van	

Intervalos de 30 minutos hora.

Coloque un / o X cada vez que suceda la conducta relacionada en el lapso de tiempo especificado.

Gritar y burlarse de hermana

	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360	390	420	total
Lunes				//		//	/	///							11
Martes									//			////			7
Miércoles											///	///			8
Jueves								/		///	///	///	/	///	15
Viernes										///	///	///		/	5
Sábado						/	//	//		///	///	///		///	19
Domingo														///	21 - 7
															40

golpear a la hermana

	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360	390	420	total
Lunes									/		///	/		/	4
Martes									/		/			/	3
Miércoles											/	/			2
Jueves															6
Viernes										///	/	///	/	/	8
Sábado										///	/	/			5
Domingo							/			///	/	/			13 - 15
															28

Robar papaleles

	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360	390	420	total
Lunes										///	/				2-1
Martes											/				0-1
Miércoles													/		0-1
Jueves											///				2-0

Viernes										/	//								1-2
Sábado					/						/	/	/						3-1
Domingo	/						/				/	/							3-2
																			9-6
																			15

Antena

	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360	390	420	total
Lunes															
Martes															
Miércoles															
Jueves															
Viernes															
Sábado															
Domingo															

6-5

Insomnio

	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360	390	420	total
Lunes															/
Martes															//
Miércoles															/
Jueves															
Viernes															//
Sábado															/
Domingo															4-3

Esfor físico y estado

	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360	390	420	total
...															//
...															/

Los cambios con el paso del tiempo de el día	Los motivos de la conducta del paciente/colaborador
Exposición a traumas, acontecimientos traumáticos	Clonismo de alcohol y drogas
Resumen del lenguaje hablado	El uso excesivo de video en la familia
Exposición del aprendizaje de (lecturas/audios/lecturas)	El inicio de los padres
Se acerca el objetivo previsto o se reduce la grad	Madre familia SI
¿Tiene pocos amigos?	Pérdida de una mascota
¿Tiene acceso escolar (físico, verbal, virtual)?	Pérdida de amorales o relaciones sexuales
¿Vive en negligencia, maltrato físico o abuso sexual?	Abandono parental
¿Algo emocionalmente rígido a las rutinas?	Muerte de un miembro de la familia/amigo
¿Problemas en las transiciones entre actividades?	Retrasamiento social Retrasamiento social

Nota de Children and Adolescents Second Edition. Skills and Strategies for Effective DSM-5 Diagnosis de James Morrison y Kathryn Figet. Copyright © The Guilford Press. Versión descargable en www.manualsdepsicologia.com/informacion

Detalles (añad, breve descripción) de los problemas arriba señalados:

Detalles de la historia pre- y perinatal:

¿Fue un embarazo planificado? **NO - 23-35 años**

¿El embarazo llegó a término? **40 Semanas**

¿Problemas o complicaciones durante el embarazo? **NO**

¿Consumo excesivo de sustancias (incluye uso de alcohol/tabaco) o exposición a sustancias tóxicas durante el embarazo? **NO**

¿Dificultades perinatales? **- Parto prolongado - hipoxia**

¿Prematur? **SI**

¿Pese al nacer (kilos, gramos). Estatura al nacer

¿Tiene otros problemas para respirar? **SI**

¿Se le administraron antibióticos? **SI**

¿Hubo asfixia? **SI**

¿Hubo transfusión de sangre?

¿A qué edad (meses, años), por primera vez, el niño:

Se sentó sin apoyo?

DTPa (difteria, tétanos, tos ferina)	Mezcla triple viral (sarampión, paperas, rubéola)
Hepatitis A	Polio
Hepatitis B	Micela
Influenza	VPH (virus del papiloma humano)
Meningococo (meningitis)	

Escolaridad:

Escuela actual	
Grado	3°.
Maestro principal	
Cualificaciones actuales (rango)	hepo.
¿Problemas con materias específicas?	lechu.
¿Problemas de disciplina?	Si
¿Ha repetido un grado?	Si
¿Necesidades de educación especial?	
Número de escuelas a las que ha asistido	

Datos familiares (por favor, incluya información sobre cualquier hermanastro o medio hermano):

	Madre	Padre	Madrastro	Padrastro
Nombre				
Dirección				
Ciudad, estado, CP				
Último grado escolar terminado				
Número de matrimonios	2	2		
Ocupación actual		Mo-		
Hijos (nombres, edades)	2	2		
Nombres de los abuelos				
Ubicación de los abuelos				

Antecedentes familiares de enfermedades:

Algun familiar consanguíneo del niño (madre, padre, hermanos, tíos, abuelos, primos) ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes trastornos?

	Familiares)	Breve descripción
Uso de alcohol u otras sustancias	SI	Sociod.
Ansiedad, fobias, obsesiones	SI	manía episódica
Autismo de Asperger	Bip.	
Problemas de conducta/trastorno de la conducta/conducta delictiva	SI - 2 hijos	padre no tiene problema pad.
Conflicto con la familia u otros	SI-NO.	
Depresión	Bip -	Manía episódica
Trastornos del aprendizaje o dificultades intelectuales	SI	padre dif. lectura
Manía/trastorno bipolar		
Trastorno de déficit de atención/hiperactividad	SI	
Psicosis/esquizofrenia	NO.	
Control de epilepsia/trastorno cerebral	SI - 1/2 hijo.	
Secado o intento de suicidio/hospitalización psiquiátrica	NO.	
Triciclo la Tourette	NO.	

Exclusivo = Nivel de...

El niño, niña o adolescente ha presentado algunos de los siguientes signos neurológicos durante su desarrollo? En caso de haber presentado alguno, especifique el momento o edad en que presentó el signo, en caso de tener inquietud en algún término consúltelo con la profesional en la sesión siguiente

SEÑALES NEUROLÓGICAS BLANDAS

Discoordinación Bimanual (dificultad para realizar movimientos rítmicos coordinados con ambas manos.)	NO
Discoordinación en los movimientos de oposición digital (incapacidad para organizar un movimiento rítmico de oposición de los dedos)	SI
Dispraxia en la utilización del lápiz (presión anormal del lápiz.) (dispraxia: falta de coordinación de los movimientos)	SI
Dispraxia constructiva (dificultad para reproducir o ejecutar espontáneamente formas espaciales o gráficas)	SI
Dispraxia ocular (dificultad para realizar el seguimiento visual de un objeto.)	NO.
Dispraxia buco-lingual-facial (dificultad para hacer movimientos finos y complejos de los músculos de la cara.)	
Trastornos menores de la marcha (dificultad para mantener el equilibrio mientras camina en línea recta, ya sea de puntillas o talones.)	

SR

SCARLETT RODRIGUEZ

PSICOLOGÍA (SALUD MENTAL)
TEL. 3748999

Movimientos asociados innecesarios (Dificultad para inhibir la participación muscular de otras regiones del cuerpo)	
▣Sincinesias (reproducción contralateral simultánea de movimientos solicitados en un lado del cuerpo)	
▣Perseveración (Incapacidad de pasar con fluidez de un programa de acción a otro)	SI
▣Hiperactividad -Hipoactividad (actividad motora anormal.)	
▣Trastornos del Tono Muscular. (hipertonía Hipotonía más marcada en la motricidad fina.	
▣Ataxia Digital (Movimiento involuntario, rápido e irregular de las extremidades superiores en dedos y manos.	
▣"Pianoteo" de las Manos (Dificultad en el movimiento rítmico de los dedos al hacer la imitación de tocar un piano.	NO.
▣Incoordinación y Dismetría en la prueba Dedo-Nariz. (tocarse la punta de la nariz con su dedo índice y con el dedo índice del adulto lo mueve en distintas direcciones.	Evaluat.
▣Disdiadococinesis (dificultad para realizar movimientos rápidos alternantes con las manos.	Evaluat.
▣Simultagnosia (alteración en la percepción simultánea de doble estimulación táctil con los ojos cerrados.	EW.
▣Discriminación táctil digital (niños entre 4 y 9 años identificación de cada dedo de la mano.	EW.
▣Agnosia digital (Incapacidad para distinguir, designar, nominar o seleccionar los propios dedos de sus manos.	-
▣Prueba de extensión de los brazos ▣Cruzamiento de la línea media (dificultad para cruzar la línea media del cuerpo.	EW.
▣Desorientación derecha -izquierda (a partir de los 6 a 7 años, dificultades para reconocer derecha e izquierda en sí mismo y en otros.	EW.
▣Trastornos en la integración y discriminación auditiva (dificultades de percepción y discriminación de estímulos auditivos)	
▣Dislalias (retardo en la adquisición o dominio de algunos fonemas que conducen a una pronunciación defectuosa.)	

SR

Signos Neurológicos Duros

- Presencia de herida abierta en masa encefálica
- Coma severo de larga duración
- Encefalopatía hipóxico - isquémica severa
- Tumores del sistema nervioso.
- Alteraciones sensoriales y motoras de origen neurológico.
- Epilepsia severa.
- Malformaciones craneoencefálicas y del sistema nervioso.

Sueño

Lugar y compañía según las distintas edades. *Antes duerme con papá - Si viene con mamá*

Necesidad de elementos de compañía: luz, juguetes, etc. *Antes sí, ahora no. Sí, biblioteca actual.*

Horarios. *7:00pm*

Llanto nocturno y reacción de los padres. *SI - NO.*

Pesadillas y sueños. Relato de los más significativos. *SI*

Insomnio, hipersomnio. *SI - Antes era frecuente*

Características actuales

Área sexual

Tocamientos. Masturbación. *NO se sabe.*

Juegos e investigaciones sexuales. *SI*

Curiosidad sexual en la infancia. *NO -*

Nivel de esclarecimiento sexual por parte de 10 años. Edad y reacciones. *NO.*

Desarrollo sexual.

Actitud de los padres frente a este tema. *Regañó*

AREA LUDICA

Solo o en compañía.
Intensidad del juego. Rol. Horas.
Especial atención a deportes y lectura

SP - auto no jugaba.
Fut - Corer.

Activos o pasivos.

Amigos preferidos. SP -
Comportamiento ante los adultos. Carlón-
Relación con los compañeros de clase.
Relación con los maestros. Greso.

Reacciones afectivas
Grado de emocionabilidad.

Lloros y marasmos. Cuando se enoja
Mentiras. SP - muchos, se niega
Fantasías.

posica para que mamá no

Relaciones familiares. Premisas educativas

Familiares por los que presta mayor atención.

Anno.

Familiares con los que mantiene indiferencia o problemas.
Reacción frente a la pérdida de seres queridos.
Reacción ante las mudanzas.
Reacción ante festejos y regalos.

Primero familia
llora - Trizga.
- no le da importancia.

Tiempo dedicado por los padres a la convivencia familiar.

- books y FDS.

Características de la convivencia.

- Descripción de un día de vacaciones.
- Aplicación de premios y castigos.
- Hijos preferidos.
- Relación entre los padres.
- Autoevaluación de los padres respecto a su propio carácter e incidencia en el niño.
- Actitudes básicas frente a la religión, orden social y político.
- Situación económica.
- Descripción de la vivienda.
- Horarios generales del niño.

Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs

CDI N°	Nombre y grupo	ADON
Sexo: Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Educación: 10 años	Fecha: 03/10/18
Centro: C.J.S.A.D.E.	Examinador: Scarlett Rodriguez	

CDI

INSTRUCCIONES

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA como te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor CÓMO TE HAS ENCONTRADO últimamente. Pon un **aspa (x)** en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una aspa junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA ESCOGE SOLO UNA, LA QUE MAS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

Marca con un aspa (X) el círculo de la frase que describa mejor como te has encontrado últimamente.

- 1**
- Estoy triste de vez en cuando.
 - Estoy triste muchas veces.
 - Estoy triste siempre.

- 2**
- Nunca me saldrá nada bien.
 - No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 - Las cosas me saldrán bien.

- 3**
- Hago bien la mayoría de las cosas.
 - Hago mal muchas cosas.
 - Todo lo hago mal.

- 4**
- Me divierten muchas cosas.
 - Me divierten algunas cosas.
 - Nada me divierte.

- 5**
- Soy malo siempre.
 - Soy malo muchas veces.
 - Soy malo algunas veces.

- 6**
- A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 - Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 - Estoy seguro de que van a ocurrir cosas terribles.

- 7**
- Me odio.
 - No me gusta como soy.
 - Me gusta como soy.

- 8**
- Todas las cosas malas son culpa mía.
 - Muchas cosas malas son culpa mía.
 - Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

- 9**
- No pienso en matarme.
 - Pienso en matarme pero no lo haría.
 - Quiero matarme.

- 10**
- Tengo ganas de llorar todos los días.
 - Tengo ganas de llorar muchos días.
 - Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

- 11**
- Las cosas me preocupan siempre.
 - Las cosas me preocupan muchas veces.
 - Las cosas me preocupan de vez en cuando.

- 12**
- Me gusta estar con la gente.
 - Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
 - No quiero en absoluto estar con la gente.

- 13**
- No puedo decidirme.
 - Me cuesta decidirme.
 - Me decido fácilmente.

- 14**
- Tengo buen aspecto.
 - Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 - Soy feo o fea.

- 15**
- Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 - Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 - No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

- 16**
- Todas las noches me cuesta dormirme.
 - Muchas veces me cuesta dormirme.
 - Duermo muy bien.

- 17**
- Estoy cansado de vez en cuando.
 - Estoy cansado muchos días.
 - Estoy cansado siempre.

- 18**
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 - Muchos días no tengo ganas de comer.
 - Como muy bien.

**No te detengas,
continúa en la
página siguiente.**

Autora: María Jiménez. Adaptadores de la edición española: M. V. del Barrio Quirós y Miguel Ángel. España. Todos los derechos reservados. En beneficio de la proyección de la cultura. Adaptadores de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Copyright de la edición española © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España. Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS** si se presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la proyección de la cultura. Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS** si se presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la proyección de la cultura.

19
 No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20
 Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces.
 Me siento solo siempre.

21
 Nunca me divierto en el colegio.
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.

22
 Tengo muchos amigos.
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 No tengo amigos.

23
 Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien.

24
 Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.

25
 Nadie me quiere.
 No estoy seguro de que alguien me quiera.
 Estoy seguro de que alguien me quiere.

26
 Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen.

27
 Me llevo bien con la gente.
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

Total = 17.

Fin de la prueba.
Si has terminado antes del tiempo, repasa tus contestaciones.

¡MUY IMPORTANTE!
NO HAGA NINGUNA ANOTACION O MARCA EN ESTA ZONA YA QUE PODRÍA INVALIDAR SU APLICACIÓN.

ANEXO 7

Formato de Formulación Clínica Leonidas Castro Camacho

[FORMULACION CLINICA caso cisade.doc](#)

FORMULACIÓN CLÍNICA

HIPÓTESIS PRELIMINARES DESCRIPTIVAS

Paciente: ADO Terapeuta: Scarlett Rodríguez Asesor :LILIANA ORTIZ

	Operacionalización	Categorización Nivel III	Otros problemas
es de ira	<p>Estado de ánimo voluble (hipersensibilidad), suele enojarse fácilmente, sus reacciones emocionales son desproporcionadas en relación con el estímulo.</p> <p>Sucede en casa y escuela</p> <p>En estos episodios suele agredir verbal y físicamente a la Hermana y compañeros del colegio; así como también, patear sillas y romper objetos</p>	Trastorno desregulación disruptiva del estado de ánimo	Problemas de relación entre padres e hijos
eciente	<p>En la escuela y en casa con la hermana.</p> <p>Con compañeros de clase, cuando lo molestan o hacen bromas.</p> <p>Con la hermana, cuando están viendo TV, y no llegan a acuerdo sobre el control y el canal que verán.</p> <p>En las sesiones asegura que casi siempre que esto sucede, es con intención de dañar o hacer sufrir a la hermana.</p>	Trastorno oposicionista desafiante (Diagnóstico previo dado por psiquiatría)	Problemas relaciones con los hermanos
	<p>Amenaza, lanza expresiones de odio, palabras ofensivas y vulgares. Contra Hermana, Padres, maestros, compañeros de escuela y otros adultos.</p> <p>Cuando se le regaña o recibe un Llamado de atención verbal, cuando el padre utiliza el castigo físico (golpes). También sucede con una docente, Cuando lo reprende, de manera inadecuada. Ej.: "no te tomaste la pastilla hoy".</p> <p>Generalizado, Excepto a terapeutas</p>	Trastorno déficit de atención con hiperactividad. ➤ Presentación predominante hiperactividad con Impulsividad (Diagnóstico previo dado por neuropsiquiatría)	Problemas exclusión o rechazo social
molestar y mpañeros y	<p>Escuela, centro y casa</p> <p>Muy frecuente.</p> <p>Generalmente las bromas hacia la hermana tienen un tinte humillante, le dice "gorda", "marrana" "estúpida" y otras expresiones de odio y rechazo.</p> <p>En las sesiones asegura que casi siempre que esto sucede, es con intención de dañar o hacer sufrir a esa persona.</p>	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Diagnóstico previo dado por psiquiatría, el cual es descartado a través de las estrategias de validación)	Problema académico o educativo

actividades encias no	Su atención se pierde a los 5 o 10 minutos de haber iniciado una tarea no motivante.		➤ Correcciones inadecuadas de conducta (gritas y golpes)
	Suele salir corriendo del consultorio y salón cuando se le pide que realice alguna actividad que no es de su "agrado" o no representa una contingencia motivante. En la mayoría de las ocasiones suele volver por si solo al consultorio.		Señales relacionadas con Negligencia en afecto y supervisión
cciones	Ignora las órdenes e instrucciones que se les dan para realizar actividades en la casa y escuela. Suele hacer la actividad con los pasos y forma más "agradable" para El o sencillamente no la realiza		Trastorno específico del aprendizaje
hibición y	Durante el juego de uno colocaba las cartas sin ser su turno y de forma inadecuada.		Vulnerabilidad social
el sueño.	De 2 a 4 veces por semana presenta dificultades para conciliar el sueño; Logrando conciliar el sueño, entre 2 a 4 am aproximadamente. Durante estas noches suele pasear por toda la casa y molestar a los familiares.		

Resumen de Hipótesis preliminares descriptivas

Desregulación disruptiva del estado de ánimo	Problemas del estado de ánimo y miedo al abandono	Problemas de conductas disruptivas.	- Dificultades para conciliar el sueño.
--	---	-------------------------------------	---

PROBLEMAS BLANCO

Hipótesis preliminares	Estrategia de validación	Resultados obtenidos
Desregulación disruptiva del estado de ánimo y problemas de conducta y del estado de ánimo	Registros conductuales (elaborados por terapeuta. Adaptado o basado de Vicente Caballo) y Modelo de formulación clínica de Leonidas Castro Camacho (2003)	A partir de ellos, se identificaron las siguientes conductas: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déficit modulación estado emocional. ➤ Explosiones de ira intermitentes y persistentes ➤ Déficit de habilidades sociales (asertividad, conductas prosociales), ➤ Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente ➤ Agresión física y verbal (Ideación y/o intención de dañar a otro.) ➤ Déficit en solución de problemas ➤ Déficit autocontrol ➤ Desregulación del sueño, intermitente y persistente.
Desregulación disruptiva del estado de ánimo	cuestionarios de historia evolutiva a padres, entrevista diagnóstica semiestructurada a padres y niño adaptados de "La entrevista en niños y adolescentes" de James Morrison y Kathryn Flegel (2016)	A partir de ellos, se identificaron las siguientes características de la historia evolutiva que podrían considerarse como cumplimiento de criterios diagnósticos (descritos en el segmento evolución del problema, corroborados en los registros conductuales mencionados anteriormente): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accesos de cólera graves y recurrentes en respuesta a estresores comunes, regaños y castigos que son: Agresión verbal a padres, docentes y terapeutas (amenazas de golpes o daño físico, gritos, groserías, otros); verbal y física (mordiscos, patadas, puños y otros) a

		<p>hermana y pares; agresión y daño a objetos (patear sillas, partir objetos)</p> <p>Se dan con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En promedio, tres o más veces a la semana (evidencia en registros conductuales) • Los accesos de cólera no concuerdan con el nivel de desarrollo • El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día y casi todos los días. <p>➤ Las conductas están presentes en al menos dos de tres contextos (en casa, en la escuela, con los compañeros o pares) y es grave en casa</p>
<p>re modulación del estado de ánimo iedo al abandono.</p>	<p>El Inventario de Depresión infantil, es un cuestionario de autoinforme elaborado por María Kovacs, en coautoría con Aaron Beck para su primera versión de 1977.</p> <p>Tiene por objetivo evaluar la sintomatología depresiva y se usa en la evaluación, investigación y el rastreo de casos (screening). Ha demostrado ser válido y confiable en muchos de los ámbitos donde se han comprobado sus cualidades psicométricas (Doefler, 1988 & Crowley, 1992 citados en Ramírez, 2009).</p>	<p>La calificación e interpretación de este inventario arroja los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuantitativo: <ul style="list-style-type: none"> Puntuación directa total: 17 Percentil: 80 Puntuación directa escala disforia: 15 Percentil: 96 Puntuación directa escala autoestima: 2 Percentil: 5 ➤ Cualitativo: <p>Según el percentil de la puntuación total indica que no hay síntomas depresivos relevantes.</p> <p>sin embargo, la escala Disforia se encuentra en el percentil 96, con esto se pueden considerar problemas significativos del estado de ánimo y de la modulación de este.</p> <p>El análisis de los ítems revela que podría existir riesgo de ideación suicida, el cual debe explorarse a detalle. También corrobora los problemas graves relacionados con la conciliación del sueño, la preocupación por el dolor, la pérdida y el abandono, así como también, tristeza y deseos de llorar recurrentes.</p>

<p>problemas de mantenimiento de la atención y control.</p>	<p>Observación conductual.</p>	<p>Durante el juego de UNO se saltaba los turnos, colocaba las cartas incorrectas, no organizaba el mazo de cartas, de hecho, no sabía las que tenía. con frecuencia perdía el hilo del juego, tuvo varias sanciones por eso, por ejemplo: cuando se colocaba el número 9 todas debían poner las manos sobre la carta, generalmente él era el último y se veía confundido cuando esto pasaba.</p> <p>Además, le molestaban las reglas del juego, varias veces amenazó con irse</p>
<p>conductas disruptivas o problemas de conducta y déficit de habilidades sociales (asertividad y conductas sociales)</p>	<p>Entrevistas de referentes (padres y psicólogo tratante) y entrevista diagnóstica a Ado.</p>	<p>En las entrevistas a referentes Se identificó:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ peleas recurrentes ➤ actitud y comportamiento desafiante con maestros, El padre y otros adultos, en especial si son personas que recién conoce. <p>En la entrevista diagnóstica realizada al Evaluado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ en reiteradas ocasiones asegura, que muchas de sus agresiones verbales y físicas son con intención de dañar o lastimar, en especial a la hermana. ➤ También asegura, querer ser guerrillero, para poder matar personas.
<p>problemas para conciliar el sueño.</p>	<p>Entrevista semiestructurada al niño y a padres; registros conductuales</p>	<p>A partir de ellos, se identificó lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La dificultad para conciliar el sueño ha estado presente aproximadamente tres años. ➤ Durante tres o cuatro días de la semana se le dificulta conciliar el sueño, suele quedar despierto hasta las 3 o 4 am; en ese tiempo suele molestar a los demás familiares. <p>No se identificaron antecedentes inmediatos y/o constantes para todos los episodios. Sin embargo, se idéntico que el día inmediatamente posterior su irritabilidad aumentaba.</p>

Listado de problemas blanco identificados

Resumen de problemas blanco-identificados	
Déficit de habilidades sociales: asertividad, conductas prosociales (empatía)	Déficit modulación estado emocional. Explosiones de ira intermitentes con Agresión física y verbal y Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente
Déficit autocontrol y solución de problemas	No seguimiento de ordenes e instrucciones.
	Desregulación del sueño, intermitente y persistente.

OBJETIVOS TERMINALES

Categoría del problema en blanco	N.A	Objetivos generales	Objetivos específicos/ Indicadores clínicos
2. Déficit autocontrol		Establecer un plan de entrenamiento, motivacional, cognitivo y auto instruccional. casa y escuela con el fin de disminuir conductas no deseadas e incrementar las esperadas.	<p data-bbox="818 564 1188 661">Administrar reforzamiento positivo de tipo social cada vez que se emita la conducta esperada en sesión.</p> <p data-bbox="818 669 1188 724">Administrar técnica de auto instrucciones</p> <p data-bbox="818 753 1188 808">Administrar técnicas de respiración y relajación</p>
		Diseñar actividades para entrenar a padres en el manejo adecuado de las contingencias y estrategias de afrontamiento y solución de problemas.	<p data-bbox="818 921 1188 1018">Facilitar estrategias para promover familia sana (hábitos de sueño, alimentación, espacios de calma)</p> <p data-bbox="818 1026 1188 1081">Enseñar a administrar técnicas de economía de fichas</p> <p data-bbox="818 1089 1188 1144">Enseñar cómo se relaciona la conducta con sus antecedentes</p> <p data-bbox="818 1152 1188 1228">y sus consecuencias: principios básicos del aprendizaje social</p> <p data-bbox="818 1236 1188 1312">(Administrar Sobre corrección- restauración Castigo negativo)</p> <p data-bbox="818 1362 1188 1459">Introducir la noción de «consecuencias positivas para los Comportamientos positivos».</p> <p data-bbox="818 1530 1188 1627">Debatir sobre la importancia de supervisar el comportamiento y de elogiar.</p>

			Promover el establecimiento de un momento especial entre Padres e hijos.
<p>2. Déficit modulación estado emocional.</p> <p>Explosiones de ira intermitentes.</p> <p>Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente</p> <p>Miedo al rechazo y abandono</p>		<p>Establecer un programa de entrenamiento en reconocimiento, automonitoreo y modulación de emociones y solución de problemas</p>	Entrenar reconocimiento de emociones
			Entrenar en automonitoreo de emociones
			Entrenar en habilidades de afrontamiento solución de problemas
			Identificar pensamientos útiles y no útiles
		<p>Diseñar actividades para entrenar a padres en el fortalecimiento de comunicación y manifestaciones de afecto en la familia</p>	Reconocer la importancia de la comunicación para mejorar la Relación con los hijos.
			Entrenar a los padres en habilidades de escucha activa.
			Entrenar a los padres en habilidades de comunicación positiva.
			Debatir sobre la ineficacia del castigo físico como técnica de Disciplina.
			Entrenar en solución de problemas
			Entrenar en autocontrol y gestión de emociones

5. Déficit de habilidades sociales (empatía asertividad, conductas prosociales),	Establecer un programa para incrementar habilidades sociales y conductas prosociales	Emplear técnicas de refuerzo positivo social para incrementar conductas prosociales.
		Entrenar en asertividad.
		Administrar técnicas de modelamiento prosociales
	Diseñar actividades para entrenar padres en conductas prosociales y restaurativas	Administrar técnicas restaurativas cuando agrade verbal o físicamente a otros
		Administrar técnicas de reforzamiento diferencial de otras conductas: agresión Vs Amabilidad con la hermana
		Entrenar a los padres en habilidades de comunicación positiva.
6. No seguimiento de ordenes e instrucciones	Emplear técnicas operantes, para el aprendizaje de seguimiento de instrucciones y ordenes Coterapeutas)	Administrar técnicas de economía de ficha (coterapeuta)
		Administrar técnicas en principio de Premack
		Emplear técnica Encadenamiento de conductas
		Administrar Reforzamientos tangibles y sociales
	Diseñar actividades para entrenar a padres en establecimiento de límites y órdenes. (entrenar a padres o psico educar)	Educar sobre las diferencias entre las órdenes eficaces e ineficaces,
		Introducir el concepto de reglas familiares como forma de

			establecer límites.
			introducir el concepto de establecer metas para fomentar la Buena conducta. introducir el concepto de refuerzo tangible como complemento del elogio.
			Presentar los programas de economía de fichas como refuerzo tangible. (modificación conductual)

HIPÓTESIS DE ADQUISICIÓN

Problema blanco	Fecha inicio	F. Predisposición	F. precipitantes	PR	Hipótesis de adquisición
Agresiones Físicas y verbales hacia la hermana.	7 años.	Presencia hacia la hermana. Compartir espacios, actividades y objetos con la hermana.	Situaciones en las que la hermana puede tener preferencia o privilegios ante los padres.	Apz. afectivo	Miedo y/o preocupación reactiva al abandono o no preferencia de los padres.
Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente	8 años	Rechazo, maltrato físico.	Variables	Apz. afectivo	falta de interacción y atención padres e hijo
Déficit modulación estado emocional. Explosiones de ira intermitentes	6 años	Ausencia de motivación y reconocimiento de las conductas positivas	Regaños y castigo físico ante conductas no deseadas.	Afectivo Biológico	Ausencia de programa de reconocimiento de emociones en casa. Castigo físico y refuerzo de conductas neg.
Déficit autocontrol y habil. de solución de problemas		TDAH.	Llamados de atención verbal Castigos físicos	Biológico Social	Modelos de conducta Reactivos, en familia, barrio y escuela.
Déficit de habilidades sociales (empatía, asertividad, conductas prosociales),		Contexto sociocultural vulnerable, y modelos de comportamiento reactivos.	Falta de reforzamiento social ante conductas deseables.	Biológico	Poca motivación, reconocimiento y expresiones afectivas positivas
No seguimiento de ordenes e instrucciones en casa		Poca adherencia al tratamiento de los padres.	Ordenes no claras y/o ambivalentes.	Azj operante Biológico	Ausencia de un programa de reforzamiento en casa.
Dificultades para conciliar el sueño		Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.	Cambios en el estado de ánimo.	Azj operante Biológico Azj social y operante	Ausencia de hábitos familiares y reglas. Características del trastorno.

ANÁLISIS FUNCIONAL:

Problema Blanco: Déficit modulación estado emocional. -Explosiones de ira intermitentes

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
el TV u otros objetos. provocación mutua. Trato los padres, hacia los niños.		Agrede Verbalmente a la hermana (le grita, dice palabras soeces, amenaza con agredirla y humillaciones)	Ref. pos.	Llamado de atención de padres. "deja de molestar a tu hermana", seguido de una amenaza de castigo
bal previa con la hermana. pada o descansando o del contexto familiar.		Agrede físicamente a la hermana. (mordiscos, patadas y puños)	Cast. Pos. Ref. Pos.	Castigo físico del padre. Satisfacción propia por haber agredido a la hermana.
s inadecuadas de conducta, el padre (gritos y golpes)		Agrede verbalmente al padre. (le grita, dice palabras soeces, amenaza con agredirlo)	Ref. pos	Llamado de atención. O ninguna otra consecuencia.
s inadecuadas de conducta, por re (gritos y golpes)		Agrede objetos	Ref. pos.	Llama la atención. Enojo de los padres

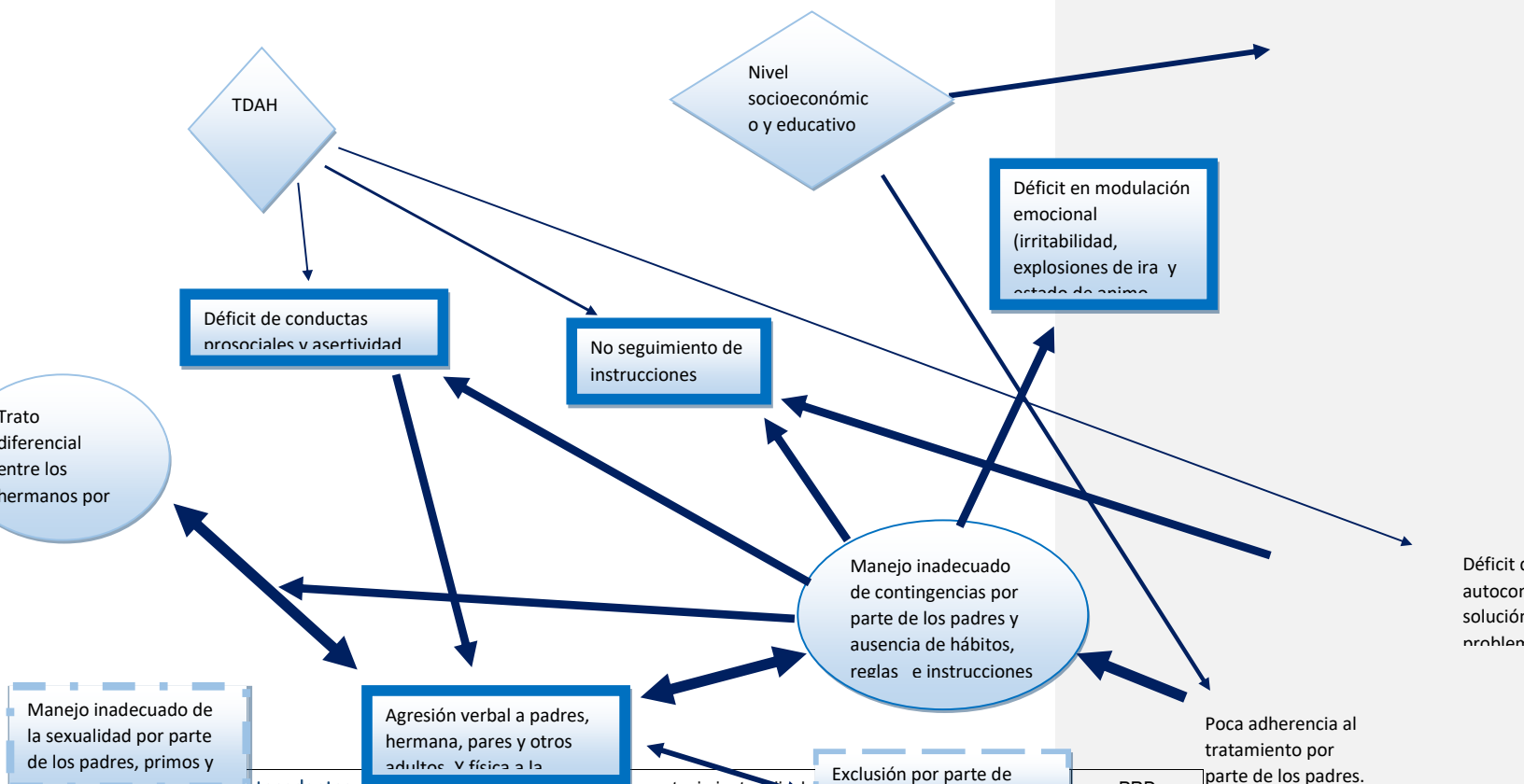
Problema Blanco: No seguimiento de ordenes e instrucciones

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
Instrucciones y actividades, no claras o en tono inadecuado por parte de padres o docentes.		Incumplir las instrucciones dadas por los padres y docentes.	Ref. negativo	Evitar realizar actividades con contingencias poco motivadoras para EI.

HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

Problemas-blanco	Hipótesis de mantenimiento	Proceso	PRD
Agresiones Físicas y verbales hacia la hermana.	Atención de los padres. Disminución del enojo y malestar. Trato diferencial de los niños, por parte de los padres.	Aprendizaje Operante. Refuerzo positivo y negativo	
Déficit modulación estado emocional.	Atención de los padres.	Cognitivo (pensamientos)	
Explosiones de ira intermitentes	Manejo inadecuado de la expresión emocional y afectiva de los padres.	Aprendizaje Afectivo	
Bajo estado de ánimo, intermitente persistente	Manejo inadecuado de las contingencias por parte de los padres.		
Déficit autocontrol y solución de problemas	Modelos reactivos en la familia y contexto social cercano. Los padres carecen de habilidades de regulación emocional. No refuerzan las conductas positivas.	Aprendizaje Social.	
Déficit de habilidades sociales (asertividad y conductas prosociales),	Poca adherencia de los padres al tratamiento.	Ausencia de refuerzo positivo.	
No seguimiento de ordenes en instrucciones en casa	Padres dan instrucciones poco claras y ambiguas. No refuerzan cuando sigue las órdenes.	Aprendizaje social. Refuerzos positivos y negativos	
Dificultades para conciliar el sueño	Ausencia de hábitos y reglas claras.		
		Aprendizaje social.	

INTREGRACIÓN DE ANÁLISIS FUNCIONAL



Comentarios en antecedentes	Hipótesis de mantenimiento (MHO)	Exclusión por parte de familiares, vecinos y amigos	PRD
Distanciamiento de las figuras paternas, ausencia de motivación y reconocimiento de conductas positivas.	El Estilo reactivo de los padres (déficit en la modulación emocional y solución de problemas), sumado a la poca adherencia al tratamiento, manejo inadecuado de contingencias, trato diferencial entre los hermanos y la ausencia de hábitos, reglas e instrucciones claras en la familia, y vivir en un contexto social vulnerable y violento; han sido variables causales y mantenedoras de la desregulación del estado de ánimo, las conductas disruptivas y el déficit de conductas prosociales.	Apz. Afectivo	Aprendizaje
Relación antecedente – respuesta			Aprendizaje afectivo
Castigo positivo Reforzadores			

Características de respuesta			
Aprendizaje afectivo			
Relación de contingencia			
Castigo, reforzamiento positivo			

RESUMEN DE FORMULACIÓN

<p>nivel IV.</p> <p>Déficit modulación estado emocional.</p> <p>Explosiones de ira intermitentes</p> <p>Bajo estado de ánimo, intermitente y persistente</p> <p>Agresiones Físicas y verbales hacia la hermana.</p> <p>Déficit autocontrol y solución de problemas</p> <p>Déficit de habilidades sociales (empatía asertividad, conductas prosociales),</p> <p>No seguimiento de ordenes e instrucciones en casa</p> <p>Dificultades para conciliar el sueño, intermitente y persistente-</p>		
<p>Covariación</p> <p>Trastorno desregulación disruptiva del estado de ánimo</p> <p>Trastorno déficit de atención con hiperactividad. (Presentación predominante hiperactividad con Impulsividad)</p>		
<p>Emoción</p> <p>Rabia</p> <p>Miedo</p> <p>Tristeza</p>	<p>Afecto</p> <p>Inquieto</p> <p>Explosivo intermitente</p>	
<p>Neurológico</p> <p>DAH</p> <p>Trastorno específico del aprendizaje lectoescritura. Evaluado por educación (special)</p>	<p>Información/Aprendizaje/Cognición</p>	<p>Motivación</p> <p>La falta de interacción, de acercamiento continuo de las figuras paternas a partir de la dimensión afectiva mantiene los miedos de aislamiento y rechazo social</p>

Scarlett Rodríguez Rivera
 Psicólogo en práctica de especialización
 Universidad del Sinú Cartagena

Andrea Liliana Ortiz
 Docente Asesor
 Reg.

METAS Y ACTIVIDADES CLÍNICAS

Hipótesis de mantenimiento (¿Por qué?)	Metas clínicas generales y específicas (¿Qué?)	Actividades (¿Cómo?)	Orden
<p>Si, entonces, los padres continúan presentando el estilo reactivo (déficit en la modulación emocional y solución de problemas), la baja adherencia al tratamiento, el manejo inadecuado de contingencias, el trato diferencial entre los hermanos y la ausencia de hábitos, reglas e instrucciones claras en la familia; se mantendrá y promoverá la presencia de la desregulación del estado de ánimo (explosiones de ira y bajo estado de ánimo intermitente), las conductas disruptivas (agresión física verbal, no seguimiento de ordenes e instrucciones) y el déficit de conductas prosociales.</p>	<p>Establecer un programa de entrenamiento a Coterapeutas (padres). En el manejo adecuado de contingencias, comunicación positiva, instrucciones claras, reglas y hábitos familiares</p> <p>Establecer plan de reforzamiento y moldeamiento de las conductas prosociales.</p>	<p>Entrenar a padres en el manejo adecuado de contingencias y las relaciones entre conductas y consecuencias.</p> <p>Entrenar a los padres en comunicación positiva y autogestión de emociones.</p> <p>Entrenar a padres en la implementación de elogios y premios para las conductas positivas.</p> <p>Entrenar a los padres en la instauración de hábitos y reglas en la familia.</p> <p>Entrenar a los padres en el empleo adecuado de las ordenes e instrucciones.</p>	

Scarlett Rodríguez Rivera
 Psicólogo en práctica de especialización
 Universidad del Sinú Cartagena

Andrea Liliana Ortiz
 Docente Asesor
 Reg.

CRONOGRAMA DE TRATAMIENTO

Fecha:
 Paciente: ADO Terapeuta: Scarlett Rodríguez Asesor: Andrea Ortiz

H. Cl. No.:

ACTIVIDAD CLÍNICA	PR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Entrevista psicólogo		x															
Revisión historia clínica		x															
Entrevista a padres.				x													
Firma de consentimiento informado				x													
Aplicar cuestionarios y registros conductuales a padres				x	x												
Aplicar CDI							x										
Observación directa de interacción con hermana					x												
Observación directa de conductas			x		x												
Contacto inicial y establecimiento de rapport			x														
Identificar pensamiento útiles y no útiles							x										
Socializar plan de trabajo con padres						x											
Sesión 1 de "aborde vuelo"								x									
Sesión 2 de "aborde vuelo"											x						
Entrenamiento en auto instrucciones							x		x	x							
Entrevista semiestructurada al niño			x		x												
Reestructuración cognitiva							x										

Entrenamiento en asertividad									X	X								
Formulación clínica					X													

PLANEACIÓN DE SESIONES

Fecha:

Paciente: ADO Terapeuta: Scarlett Rodríguez Asesor: Andrea Ortiz

H. Cl. No.:

Fecha	Sesión	Metas	Actividad clínica	Tareas practicas
	1	Obtener información del caso.	Entrevista al psicólogo tratante en institución Revisión historia clínica	
	2	Instaurar contacto inicial Establecer rapport Observar conductas	Juego libre, observación directa, entrevista abierta.	Juego de mesa "UNO"
	3	Entrevistar a padres. Obtener información del desarrollo del niño, historia del problema, mantenedores y reforzadores.	Entrevista diagnóstica semiestructurada. Cuestionario de desarrollo adaptados de "La entrevista en niños y adolescentes" de James Morrison y Kathryn Flegel (2016) Firma de consentimiento informado	
	4	Observar interacción con la hermana y conductas emitidas. Realizar formulación clínica.	Observación conductual durante la interacción y los juegos. Entrevista semiestructurada a los niños. Se realizaron avances de la formulación clínica, estableciendo algunos problemas blancos y análisis funcional.	Juegos y actividades de interacción libres.
	5	Socializar plan de trabajo con padres y modelo cognitivo conductual.	Explicar a los padres algunos hallazgos de la evaluación en que consiste el plan terapéutico y las metas de este.	Actividad de preguntas y respuestas.
	6	Identificar pensamientos útiles y no útiles (oruga y mariposa) Educar sobre relación entre pensamiento, emociones y control.	Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en Autocontrol Reforzamiento positivo. Intervalo fijo.	*El reloj de las emociones. *Pensamientos orugas y mariposa *Contrato conductual

		Aplicar CDI	Finalización de formulación clínica, se establece confirmación de covariación	*Reforzar la permanencia en lugar de *trabajo y acatar ordenes con dulces.
7	Presentar el programa Aborde Vuelo. Educar sobre la importancia de su participación en el proceso.	Sesión # 1 de "¡ABORDE VUELO! piloto, copilotos y pasajeros". programa de entrenamiento a coterapeutas (padres) en el tratamiento de los problemas de conducta infantiles Elaborado por: Scarlett Rodriguez Rivera Psicóloga Esp. Psicología clínica del niño y adolescente Basado en el programa empecemos de romero, villar, luengo, gomez-fragueta, y robles (2013) y s.o.s programs & parents press, de Clark [2012]	1. Presentación del guía y descripción del trabajo a desempeñar 2. Presentación del programa 3. Introducción breve al tema: los problemas de conducta de los niños 4. Establecimiento de objetivos de mejora de comportamiento 5. Debate y rolle playing 6. Asignación de actividad para casa y cierre	
8	Entrenar en pensamientos útiles y no útiles y en auto instrucciones Modificar pensamientos no útiles (orugas)	Reestructuración cognitiva. Auto instrucciones	*Pensamientos oruga y mariposa *el detective *modelamiento de auto instrucciones	
9	Entrenar en auto instrucciones y asertividad	Auto instrucciones Moldeamiento por aproximaciones sucesivas	*ejercicios de auto instrucciones con historietas * Rolle playing de situaciones en casa con las que generalmente tiene explosiones de ira y agrede. El terapeuta moldeo sucesivamente las conductas emitidas	
10	!Educar a los padres en nociones de conducta: los principios de aprendizaje operante y socia; a no reforzar conductas no deseadas por accidente; Presentar la relación entre los antecedentes, respuestas y consecuencias	Sesión # 2 de "¡ABORDE VUELO! Nociones sobre conducta y su mejoramiento. El comportamiento y sus consecuencias	Revisión de las tareas para casa 2. Explicación de los principios básicos de aprendizaje y conducta (el espiral) 3. Castillo de la educación 4. Relación entre antecedentes, respuestas y	

				consecuencias. Principios básicos del aprendizaje operante 5.rolle playing 6. Asignación de tareas y cierre
/ 11/18	11	Entregar y entrenar al psicólogo de la institución el programa "aborde vuelo", para el entrenamiento de los padres de ADO.	Hacer entrega y entrenamiento al psicólogo de la institución en el programa "Aborde Vuelo" Cierre de caso con Psicólogo de la institución y los padres.	

Scarlett Rodríguez Rivera
Psicólogo en práctica de especialización
Universidad del Sinú Cartagena

Andrea Liliana Ortiz
Docente Asesor
Reg.

ANEXO 8

Resumen de sesión

SESIÓN N° 1

<p>OBJETIVOS: Obtener información del caso</p>
<p>ACTIVIDAD REALIZADA: Entrevista inicial con Psicólogo de la institución CISSADE y revisión de historia clínica.</p>
<p>RESULTADOS:</p> <p>En la revisión de historia clínica (anexo 1) y entrevista se logran identificar aspectos de interés de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poca adherencia al tratamiento por parte de los padres. ➤ Dinámica familiar disfuncional, agresión verbal permanente y corrección con castigos físicos por parte del padre. ➤ Padres desbordados, suelen delegar en manejo de las situaciones a los terapeutas y otras personas. ➤ En alguna ocasión amenazó con golpear al padre con un palo. ➤ Antecedentes psiquiátricos relevantes en la familia. ➤ Inicialmente presenta comportamiento y posturas desafiantes hacia los médicos y terapeutas tratantes. Agresión verbal a estos y resistencia a las evaluaciones ➤ Ideas fijas de lesión a otro. ➤ Conductas hipercinéticas ➤ En la H.C de Psiquiatría se encuentran manifestaciones de alteraciones senso-perceptivas en un par de ocasiones (gritar y decir que "ve algo"). Pero en la entrevista con el psicólogo tratante se evidencia que estos episodios fueron detonados luego de ver películas de terror ➤ Interés por jugar con fuego ➤ Resistencia para relacionarse y trabajar con personas nuevas; a lo cual responde con actitud desafiante y agresión verbal en ocasiones. ➤ Tratamiento propuesto: 3 sesiones de psicología, terapia ocupacional y educación especial por semana. ➤ Medicación: Respiridona tabletas de 1mg. Dosis: 1 en la mañana y 1 en la noche (total: 2 Mg al día). Metilfenidato tabletas de 10 Mg. Dosis: 1 antes de ir al colegio (total: 10 Mg al día) <p>Aspectos Relevantes: En la historia clínica se identificó 3 diagnósticos previos, realizados por psiquiatría y neuropediatría, los cuales fueron: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastorno espectro de la esquizofrenia. En los reportes y la entrevista Fabián (psicólogo de la institución) se identifica: Luego de 11 meses de tratamiento los avances son parciales; evolución positiva en los dispositivos básicos del</p>

aprendizaje y disminución en las conductas disruptivas en el centro y hacia los terapeutas, pero no generalizados a casa y escuela.

Próxima sesión: contacto inicial con el niño, juego libre para establecer rapport y observar conductas

SESIÓN N° 2

OBJETIVOS:

Instaurar contacto inicial
Establecer rapport
Observar conductas

ACTIVIDAD REALIZADA:

Juego libre (cartas "UNO"), observación directa, entrevista abierta.

Resultados:

Durante el juego de UNO se saltaba los turnos, colocaba las cartas incorrectas, no organizaba el mazo de cartas, de hecho, no sabía las que tenía. con frecuencia perdía el hilo del juego, tuvo varias sanciones por eso, por ejemplo: cuando se colocaba el numero 9 todas debían poner las manos sobre la carta, generalmente él era el último y se veía confundido cuando esto pasaba.

Además, le molestaban las reglas del juego, varias veces amenazó con irse.

La observación permite corroborar varios de los comportamientos mencionados por Fabian durante la sesión anterior, tales como, conductas desafiantes hacia la nueva terapeuta, suele retarla con palabras vulgares con frecuencia y con respuestas irónicas antes sus comentarios y preguntas. Abandona el consultorio en reiteradas ocasiones, en algunas ocasiones se resiste a hablar, y cuestiona la presencia de la nueva persona.

A medida que transcurre la sesión de juego las conductas antes mencionadas van disminuyendo gradualmente, hasta dejar de cuestionar la presencia de la terapeuta en la sala y responder fluidamente al dialogo, estableciéndose rapport.

Conclusión sobre comportamientos observados y aspectos relevantes:

Podría considerarse que las respuestas neutras o la ausencia de respuestas, por parte de la terapeuta disminuyen la frecuencia e intensidad de las conductas desafiantes de ADO, durante el juego. Como si estas se trataran de probar, provocar y/u obtener atención por parte de esta. Permittiendo plantear como hipótesis que la naturaleza, presencia o mantenimiento de estas conductas es regulada por las respuestas de los adultos, a través de refuerzos

Próxima sesión: Entrevista, entrega de cuestionarios, registros conductuales y consentimiento informado a padres.

Scarlett Rodríguez Rivera.
Psicólogo(a) Practicante de especialización.

SESIÓN N° 3

OBJETIVOS: Entrevistar a padres. Obtener información del desarrollo del niño, historia del problema, mantenedores y reforzadores.

ACTIVIDAD REALIZADA:

Entrevista diagnóstica semiestructurada.

Entrega de registros conductuales.

Cuestionario de desarrollo

adaptados de "La entrevista en niños y adolescentes" de James Morrison y Kathryn Flegel (2016)

Firma de consentimiento informado.

Resultados:

Se identifican aspectos relevantes de la interacción familiar y el curso de sus problemas:

- que vive con su padre WILL, hermana menor SARA (8 años), y madre SOFI; quien actualmente se hace cargo económicamente y el Padre es quien se encarga de llevar a los niños al colegio, terapias y demás labores domésticas.
- La madre de ADO asegura que todo empezó a los 5 años, cuando la profesora en el preescolar hizo que lo retiraran, por comportarse mal y excretar en el baño de las niñas.
- Ha padecido exclusión y marginación de las experiencias usuales de la infancia, como invitaciones a fiestas y a juegos, en la escuela, el vecindario y la familia extensa. Generalmente los niños prefieren no jugar con él, y los adultos evitan invitarlo debido a sus estallidos de mal humor, su actitud, conducta verbal y su constante inquietud.
- actualmente se encuentre repitiendo tercer grado, ha tenido varias suspensiones y expulsiones de la escuela, por peleas con compañeros y profesores, e incluso las directivas tomaron la decisión de recortar su horario de clases.
- Siempre está en movimiento, alterando la clase con su inquietud, saltando de sus lugares, hablando sin parar, interrumpiendo a los demás y siendo incapaz de esperar su turno o de jugar en calma
- Lee palabras de manera inexacta, con lentitud o con titubeos, y tiene dificultad para comprender el significado del texto (comprensión). Cuando lee en voz alta pronuncia mal las palabras, se salta las palabras, No le gusta leer y no termina las tareas; en la escritura sus letras son inconsistentes en tamaño o incompletas; no pone atención a los detalles cuando escribe. WILL asegura que El padeció problemas de aprendizaje, a pesar de haber sido escolarizado lee con mucha dificultad, confunde algunas letras y no escribe de manera adecuada, aun invierte letras. En general evita tareas relacionadas con leer y escribir.
- Los padres y el terapeuta tratante, reporta que regularmente sucumbe a los berrinches y/o ataques de ira, en los cuales amenaza, gritan e incluso ataca verbal y físicamente a otras personas de manera verbal y, a veces, entre cada explosión, el estado de ánimo suele ser irritable.
- Los padres también informan episodios de tristeza, que se presente de manera irregular, sin detonador evidente, en los cuales pierde el interés por asistir al colegio o terapias o realizar otras actividades y llora por un lapso de minutos a horas sin consuelo, e incluso se aísla. los

padres le aún atribuido estos cambios a la medicación, aunque estas no reportan este síntoma como posible efecto colateral.

- A menudo, es irritable, tiende a ser susceptible, se enoja con facilidad ante bromas, amonestaciones verbales e incluso cuando se le hace regalo; la respuesta de enojo suele ser desproporcionada. Desobedece, no acata instrucciones o reglas proveniente de figuras de autoridad o discuten con ellas, y se niegan a cooperar o seguir las reglas, aunque sólo sea para molestar a los demás.
- Generalmente hace bromas ofensivas a sus compañeros, padre y hermana. Ha filmado videos con una canción improvisada, burlándose de manera ofensiva de la alopecia del padre y el peso de la hermana
- A veces, culpa a otros de sus conductas indebidas. WILL y SOFI, asegura que "Parece que siempre está resentido muchas veces, pero no sabemos por qué"
- El sueño de ADO puede aumentar o disminuir, abruptamente. Los padres reportan episodios que pueden durar tres días consecutivos, en los que ADO tiene dificultad para conciliar el sueño, quedando despierto hasta las 3:00 o 4:00 am.
- También reportan episodios, en los que se despierta aterrizado y muy agitado en la madrugada, teniendo después dificultades para volver a dormir.
- En cuanto a la alimentación, suele permanecer regularmente con hambre. Durante el día pide reiteradamente comida.

Se identifican aspectos relevantes de la historia del desarrollo de ADO:

- Prenatales: Producto de segundo embarazo, no planeado, pero controlado
- Perinatales: 40 semanas. El parto se prolongó, por lo que realizaron cesárea
- Posnatales: Hipoxia (dificultad respiratoria), por lo que recibió oxígeno y estuvo en observación neonatal.
- Marcha: 13 meses
- Sedestación: 7 meses
- Gateo: No

Úlcera gástrica a los 12 meses de edad.

Procedimientos quirúrgicos: Apendicitis: hace dos años. Hernia: hace un mes

- Ansiedad, fobias, obsesiones: Madre episodios recurrentes de ansiedad
- Autismo: primo materno
- conducta delictiva: dos tíos paternos en prisión
- Depresión: Madre episodios recurrentes
- TDAH: dos primos
- convulsiones: hermano materno
- Trastornos específicos del aprendizaje: Padre Dislexia

Teniendo en cuenta lo anterior se plantea la hipótesis de la presencia de trastornos mixtos de la conducta y el estado de ánimo (desregulación disruptiva del estado de ánimo)

Se adjunta a continuación de esta tercera sesión, el cuestionario diligenciado.

Próxima sesión: Observar interacción con la hermana y conductas emitidas

Scarlett Rodríguez
Psicólogo Practicante de especialización

SESIÓN N° 4

OBJETIVOS:

Observar interacción con la hermana y conductas emitidas en este.
Realizar formulación clínica.

ACTIVIDAD REALIZADA:

Observación conductual durante la interacción y los juegos.
Entrevista semiestructurada a los niños
Se realizaron avances de la formulación clínica, estableciendo algunos problemas blancos y análisis funcional
Seguimiento telefónico con los padres.

Resultados:

Estuvo ausente de las sesiones y terapias por más de 20 días, debido a una cirugía de hernia. Los padres aseguran que durante su estancia en casa poscirugía, sus conductas disruptivas y desregulaciones del estado de ánimo, aumentaron significativamente.

Durante la observación, ADO en reiteradas ocasiones:

- Discuten con frecuencia por objetos
- La empuja
- le jala el cabello
- SOFI también lo provoca, acercándose demasiado y riéndose de Él.
- la agrede verbalmente diciéndole palabras ofensivas como "gorda", "fea", "marrana", "tocino", "estúpida" entre otras empleadas culturalmente para humillar y ofender.

- cuando se le pregunta a ADO por la relación y sentimientos hacia su hermana, asegura que la odia y quiere matarla, en ese momento la amenaza con matarla, realizando posturas corporales incitando los golpes
- Se disgusta cuando la terapeuta inicia a hacerle preguntas y prestarle atención a la hermana y amenaza con abandonar la sesión.
- Cuando la hermana inicia a llorar ADO se preocupa por la reacción de los terapeutas.
- Asegura que su hermana recibe mas atención, afecto y objetos materiales que él.

La hermana refiere que siempre se comporta de esa manera con ella e incluso peor, manifiesta sentirse muy triste ante estas situaciones e incluso llora al referirse a esto.

ADO refiere que sus juegos favoritos son "San Andrea", "Carlos Dutti", estos son juegos de consola considerados para personas mayores de 16 años y con una carga elevada de violencia y muerte.

Los padres manifiestan dificultades para realizar los registros conductuales, razón por la cual la terapeuta les daba acompañamiento, les ayuda a diligenciarlos vía telefónica y mantiene un registro de las conductas reportadas por ellos en esos contactos telefónicos, ayudando así a completar los registros diligenciados por los padres

Conclusiones: Las conductas agresivas hacia la hermana pueden ser producto de celos y temor al abandono de sus padres. Son mantenidas por manejo inadecuado de las contingencias por parte de los padres y trato diferencial hacia los niños.

Scarlett Rodríguez
Psicólogo Practicante de especialización

SESIÓN N° 5

OBJETIVOS:

Socializar plan de trabajo con padres y modelo cognitivo conductual.

ACTIVIDAD REALIZADA:

Explicar a los padres algunos hallazgos de la evaluación en que consiste el plan terapéutico y las metas de este.

Resultados:

Los padres se muestran receptivos en la sesión. Escuchan y hacen preguntas activamente.

Confiesan que en algunos momentos se sienten culpables por el comportamiento de ADO; pero suelen tener excusas para esto y delegar sus funciones, así como colocar quejas de los comportamientos y situaciones de casa al psicólogo de la institución; al parecer, esperando que este las resuelva y teniendo ellos actitud reactivo-pasiva en casa.

Los padres manifiestan dificultades para realizar los registros conductuales, razón por la cual la terapeuta les daba acompañamiento, les ayuda a diligenciarlos vía telefónica y mantiene un registro de las conductas reportadas por ellos en esos contactos telefónicos, ayudando así a completar los registros diligenciados por los padres.

SESIÓN N° 6

OBJETIVOS: Identificar pensamientos útiles y no útiles (oruga y mariposa) Educar sobre relación entre pensamiento, emociones y control. Aplicar CDI
ACTIVIDAD REALIZADA: Reestructuración cognitiva. Entrenamiento en Autocontrol Reforzamiento positivo. Intervalo fijo. Finalización de formulación clínica, se establece confirmación de covariación Se aplico CDI (anexado a continuación)
Resultados En CDI se obtienen los siguientes resultados: La calificación e interpretación de este inventario arroja los siguientes resultados: ▮ Cualitativo: Según el percentil de la puntuación total indica que no hay síntomas depresivos relevantes. sin embargo, la escala Disforia se encuentra en el percentil 96, con esto se pueden considerar problemas significativos del estado de ánimo y de la modulación de este. El análisis de los ítems revela que podría existir riesgo de ideación suicida, el cual debe explorarse a detalle. También corrobora los problemas graves relacionados con la conciliación del sueño, la preocupación por el dolor, la pérdida y el abandono, así como también, tristeza y deseos de llorar recurrentes. Se realizaron las actividades programadas, durante estas se mantuvo observación conductual. Se identificó: <ul style="list-style-type: none">➤ Logro permanecer en el puesto de trabajo por mas de 15 minutos, sin interrupciones➤ Al inicio intenta evadir la actividad, pero luego se muestra colaborador y calmado.➤ Logra realizar las actividades sin mayor dificultad, se utiliza leve instigación física en algunas ocasiones para redireccionar su atención.➤ Realiza de manera exitosa los ejercicios de autocontrol basado en toma de decisiones➤ Logra identificar la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas.➤ La permanencia y atención en la actividad es reforzada con galletas al finalizar Otros aspectos relevantes: durante la sesión: Comenta que el Padre lo golpeo por las piernas con un jean, y se enojo mucho, tanto que amenazo con devolverle el golpe a su padre. Durante la realización de los ejercicios, Inicia a expresar aspectos de su sexualidad y su aprendizaje sexual comenta. Asegura que vio a sus padres teniendo sexo y con los primos suele ver pornografía, según lo que informa en estas ocasiones sus primos (también menores de edad) se han masturbado delante de Él. en el colegio ha realizado apuestas con los compañeros sobre perder la virginidad y de la utilización de condones. Esto deja manifiesto manejo inadecuado de la Sexualidad.

--

Scarlett Rodríguez
Psicólogo Practicante de especialización

SESIÓN N° 7

OBJETIVOS: Presentar el programa Aborde Vuelo. Educar sobre la importancia de su participación en el proceso.
ACTIVIDAD REALIZADA: 1. Presentación del guía y descripción del trabajo a desempeñar 2. Presentación del programa 3. Introducción breve al tema: los problemas de conducta de los niños 4. Establecimiento de objetivos de mejora de comportamiento 5. Debate y rolle playing 6. Asignación de actividad para casa y cierre
Resultados Esta sesión se realizó en formato grupal, así como lo sugiere el programa Aborde Vuelo. En esta actividad están Los padres de ADO y otras 2 familias. Durante esta sesión los padres participan con preguntas constantemente y en reiteradas ocasiones de manifiestan las formas inadecuadas como corrigen a su hijo; por ejemplo, con golpes gritos y que suelen dar reforzadores cuando les pide algo con actitud desafiante. Reconocen la importancia de su participación el proceso, pero continúan colocando quejas del comportamiento del niño, dan excusas sobre su estilo pasivo-reactivo como padres y continúan delegando la mejoría del niño a los terapeutas. No tiene objetivos claros acerca de la mejora del comportamiento del niño y suelen manifestar conductas "cotidianas" o comunes de su edad, como problemáticas para ellos.

SESIÓN N° 8

OBJETIVOS: Entrenar en pensamientos útiles y no útiles y en auto instrucciones Modificar pensamientos no útiles (orugas)
ACTIVIDAD REALIZADA: Reestructuración cognitiva. Auto instrucciones *Pensamientos oruga y mariposa *el detective *modelamiento de auto instrucciones
Resultados <ul style="list-style-type: none">➤ Reconoce de manera adecuada y rápida sus pensamientos orugas y como puede transformarlos en mariposas.➤ Durante el detective reconoce sus miedos y las direcciones de estos➤ Durante el moldeamiento por auto instrucciones, logra identificarlos y desarrollarlos adecuadamente en la sesión.➤ Asegura odiar a su padre, comenta que no quiere controlarse cuando este lo golpea y desea hacerle daño; agrega que siempre le grita y nunca es amable con El
Conclusiones: ADO logra realizar las actividades adecuadamente en sesión, y logra colocarlas en practica dentro del centro. Pero no logra generalizarlas a casa, debido a que sus padres contenían siendo reactivos, no se han adherido al tratamiento y no colocan en practica las instrucciones dadas por los terapeutas.

SESIÓN N° 9

OBJETIVOS: Entrenar en auto instrucciones y asertividad
ACTIVIDAD REALIZADA: Auto instrucciones Moldeamiento por aproximaciones sucesivas *ejercicios de auto instrucciones con historietas * Rolfe playing de situaciones en casa con las que generalmente tiene explosiones de ira y agrede. El terapeuta moldeo sucesivamente las conductas emitidas
Resultados ➤ Realiza con éxito las actividades, entiende los principios y logra replicarlos en el centro ➤ Le pide a la terapeuta hablar con su padre, "habla con El, dile que me trate mejor, que no me pegue. Me tiene aburrido, si sigue así se lo voy a devolver"
Conclusiones: ADO logra realizar las actividades adecuadamente en sesión, y logra colocarlas en práctica dentro del centro. Pero no logra generalizarlas a casa, debido a que sus padres contenían siendo reactivos, no se han adherido al tratamiento y no colocan en práctica las instrucciones dadas por los terapeutas.

SESIÓN N° 10

OBJETIVOS:

¡Educar a los padres en nociones de conducta:
los principios de aprendizaje operante y social; a no reforzar conductas no deseadas por accidente;
Presentar la relación entre los antecedentes, respuestas y consecuencias

ACTIVIDAD REALIZADA: (programada)

Sesión # 2 de "¡ABORDE VUELO!"

Nociones sobre conducta y su mejoramiento. El comportamiento y sus consecuencias

Revisión de las tareas para casa

2. Explicación de los principios básicos de aprendizaje y conducta (el espiral)
3. Castillo de la educación
4. Relación entre antecedentes, respuestas y consecuencias. Principios básicos del aprendizaje operante
5. rolle playing
6. Asignación de tareas y cierre

Resultados

- Solicitar reprogramar la sesión en 2 ocasiones y dan múltiples excusas para ello
- Nunca asisten a la sesión acordada

Scarlett Rodríguez

Psicólogo Practicante de especialización

SESIÓN N° 11

OBJETIVOS:

Entregar y entrenar al psicólogo de la institución el programa "aborde vuelo", para el entrenamiento de los padres de ADO.

ACTIVIDAD REALIZADA: (programada)

Hacer entrega y entrenamiento al psicólogo de la institución en el programa "Aborde Vuelo"
Cierre de caso con Psicólogo de la institución y los padres

Resultados

Scarlett Rodríguez
Psicólogo Practicante de especialización

ANEXO 9
Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIADORES O PADRES
Mediante el Presente escrito informo que:

He recibido la información adecuada para el Proceso que realizará la Psicóloga Scarlett Rodríguez en lo correspondiente a la evaluación, intervención y orientación que en Psicología clínica llevara a cabo a partir del Agosto de 2018 con

Me han indicado que dentro de este proceso se requieren procesos de evaluación, capacitación y de verificación con el personal terapéutico y profesores, donde tendrán que desarrollar reuniones o encuentros con el personal terapéutico, padres de familia, profesores y personal administrativo. Han presentado también, que al ser este un proyecto de investigación interinstitucional, el cual hace parte de la especialización de Psicología Clínica del niño y adolescente, de la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum, los resultados solo serán utilizados para tal fin; respetando la singularidad, los datos personales y guardando total confidencialidad, únicamente se tendrán en cuenta valores o datos generales, cumpliendo con el debido uso de datos, asegurando su cuidado, respeto y prudencia como lo indica el Código ético y deontológico del Psicólogo, en su apartado relacionado con la investigación. Ley 1090 de sep 6 de 2006.

Yo Juliana Ruiz, identificada con CC 1063134605 he autorizado la participación de mis hijos o representado en lo que requiera la Psicóloga Scarlett Rodríguez identificada con TP: 174600, para las actividades que puedan ser de su aporte para la intervención, así mismo nuestra participación como Acudientes en lo que sea requerido, así mismo, tendrán acceso a documentos institucionales solo para ser actualizados y revisados en coherencia con los objetivos del proyecto.

Juliana Ruiz

Juliana Ruiz
Firma Padre de familia representante o cuidador

73.152.426

Scarlett Rodríguez
Firma Psicóloga Est. De especialización Clínica
TP. 174600