

ANÁLISIS SOBRE EL ESTUDIO DE CASO DE UNA NIÑA DIAGNOSTICADA CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Elaborado por:

Ospino, Marevis.

Docente:

Dra. De la Vega, Patricia.

Tutora disciplinar.

Especialización de psicología clínica del niño y del adolescente.

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm

Cartagena de Indias D T Y C.

2018

1. Datos sociodemográficos del paciente

Nombre: María Paula Hernández Espinosa.	Edad: 13 años.
Escolaridad: Tercero de primaria.	Nombre de la escuela: Institución Educativa especial Mente Activa.
Sexo: Femenino.	Estrato socioeconómico: Bajo.

2. Motivo de consulta

De acuerdo con la información suministrada por la IPS Mente activa, (VER ANEXOS B Y C) La niña ingresa a la Institución desde hace 2 años remitida por la Clínica General del Norte con un diagnóstico de Retardo en el desarrollo, presentando problemas de lenguaje, lectura y escritura, habilidades sociales nulas, problemas de comportamiento conductas agresivas y desafiantes, conductas de distracción y falencias en la atención sostenida y conductas de desobediencia.

3. Antecedentes relevantes.

- **Familiares.**

María Paula es única hija por parte de la madre y la tercera hermana por parte del padre de 42 años y quien es Docente de profesión, hace dos meses sus padres se separaron y actualmente vive con su madre de 38 años, de ocupación impulsadora en un almacén de cadena.

- **Personales.**

María paula tiene 12 años, fue el primero y único embarazo de la madre, parto por cesárea con preclamsia sin complicaciones.

Desarrollo evolutivo de la niña: Sostén cefálico a los tres meses, gateo al año, lenguaje dificultades en comprensión, control de esfínteres a los 3 años, fue atendida en Neuropediatría desde meses por observación de demora en los avances de Neurodesarrollo, proceso de aprendizaje, dificultad en el rendimiento académico en la lectura y escritura. A los 9 años fue diagnosticada por la clínica General del Norte con retardo en el desarrollo, (VER AMEXOS B Y C) entonces cursaba primero de primaria. La niña ha recibe terapia con Fonodiología, fisioterapia, Neuropediatría y psicología desde los 6 meses cuando los padres se dieron cuenta que el desarrollo de la niña era lento. La madre relata que hace un año le realizaron unos estudios por neurología una resonancia magnética y los resultados fueron normales. (VER ANEXO J).

- **Social- Académica.**

Durante la entrevista con la madre se recolectan datos sobre su escolaridad (VER ANEXO N)la cual inicia en la institución educativa Mente Activa a los 7 años, solo duro 6 meces en la institución, ya que la madre decide retirarla porque la niña no evolucionaba luego ingresa en un nuevo colegio, donde le informan que la niña no alcanzaba los logros, sin embargo luego de dos años ingresa nuevamente en Mente Activa recomendada por el fisioterapeuta quien atendía a la niña en ese momento y desde entonces sigue allí, la madre expresa que María Paula ha avanzado en la lectura y escritura, en las mañanas recibe terapias del cuerpo de profesionales, fisioterapeuta, terapia ocupacional y psicología. Por las tardes recibe clases en la misma institución.

- **Afectiva**

La niña se muestra tímida, poco contacto visual, su lenguaje es pausado, tartamudea y repite las palabras (ecolalia). La niña manifiesta que sus padres la quieren mucho lo que no le gusta es que pelean y se gritan, cada vez que lo hacen ella se tapa los oídos para no escucharlos; dice además que su mamá la regaña demasiado porque no le obedece, que su papá la quiere más porque siempre juega con ella, y no la regaña. La interacción con sus compañeros es limitada.

4. Anamnesis

María Paula tiene 12 años, cursa tercer año de primaria, es única hija por parte de la madre y la tercera por parte del padre, sus hermanos mayores tienen 17 y 22 años, no existen antecedentes familiares, refiere la madre que la niña fue atendida por Neuropediatría desde los 6 meses porque notaba que su desarrollo no evolucionaba acorde a su edad, posteriormente presento problemas de aprendizaje, dificultad en el rendimiento académico; refiere además que la niña siempre ha tenido conductas irritable frente a exigencias realizadas o cuando se le da una instrucción, luego se aísla y la encuentra con las manos metidas entre sus piernas (ahora con menos frecuencia); dice también que cuando ella regaña a la niña el papá se molesta y comienzan a discutir.

En la entrevista con la profesora (VER ANEXO O) manifiesta que desde hace 8 meses le da clases a la niña la cual no escribía solo hacia la letra m, no contaba los números y ahora cuenta y los escribe del 1 hasta el 300 y escribe muchas palabras; además cuenta la maestra que la niña solo quiere andar y compartir con una compañera del salón se relaciona poco con los demás, en los momentos de jugar e interactuar en las actividades académicas pocas veces

se relaciona, dice además que la niña se molesta cuando le llaman la atención sobre todo cuando le dice que termine las tareas académicas.

Línea de base pre-tratamiento

Para establecer las conductas problemas se llevaron a cabo registros conductuales (VER ANEXO D Y E) aplicados por la madre y la docente durante una semana todos los días, obteniendo los siguientes resultados:

Conductas problemas:

- Dificultad para cumplir normas en casa.
- Problemas en la interacción social con pares.
- Dificultad para realizar actividades académicas.

Operacionalización de las conductas problemas.

- Golpea cuando sus compañeros le quitan algo.
- Distrae a los compañeros cuando están en actividades.
- Interrumpir a los compañeros en clase.
- Resistirse a realizar las actividades académicas.
- Gritar cuando le llaman la atención en casa y en el colegio.

Conducta problema.	Conducta Meta.
<ul style="list-style-type: none">• Problemas en la interacción social.	Fortalecer las habilidades sociales para la interacción con pares.

<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para cumplir normas en casa. 	<p>Entrenamiento a padres para que logren instaurar pautas de crianza adecuadas para el desarrollo integral de la niña.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para realizar actividades académicas. 	<p>Enseñarle nuevas estrategias pedagógicas, más adaptadas a las necesidades de la niña.</p>

Registros conductuales: los registros conductuales se aplican a los padres y a la docente, este registro se realizó diariamente durante una semana.

Como métodos de validación se aplicaron dos pruebas estandarizadas: WISC-R, escala de inteligencia y el C-MAS- R escala de ansiedad manifiesta en niños, (VER ANEXOS K,L,M) se obtuvieron los siguientes resultados:

Escala de ansiedad manifiesta en niños C-MAS-R: Según los datos obtenidos en el presente test de ansiedad, la paciente presenta una puntuación de 66 por encima de lo esperado en la categoría de ansiedad fisiológica, por lo que es pertinente hacer seguimiento a la niña con respecto a las actividades cotidianas y las responsabilidades. Es importante tener en cuenta que cuando se le suministre una orden se realice de manera tranquila. Las manifestaciones conductuales encontradas en los resultados son miedos, nervios hipersensibilidad a las presiones ambientales, internaliza gran parte de la ansiedad por no capaz de vivir de acuerdo las capacidades de otras personas significativas para ella. Su preocupación el no ser efectiva y capaz como los otros lo cual se relaciona con el nivel de ansiedad; por lo tanto interfiere en la capacidad de concentrarse en las tareas académicas o de otro tipo.

- **Escala de inteligencia WISC- R aplicada** el día 10 de octubre del año 2018 en donde obtuvo una puntuación total de 54,(VER ANEXO K.L)presentando mayor dificultad

en la subescala de velocidad de procesamiento de la información, de igual forma puntuó por debajo de la media en las demás subescalas de la prueba. Durante la aplicación se mostró poco participativa y manifestó sentir pereza para responder a las preguntas y estímulos de la aplicación.

- **Memoria:** Se observa un déficit en el manejo mental de la información, con una puntuación de 54 en (VER ANEXO K) la atención y concentración, la memoria a corto y largo plazo, el razonamiento numérico y la alerta mental.
- **Percepción-Atención:** Presenta déficit medio o moderado en las pruebas visuales de cancelación de dibujos y en pruebas auditivas, puntuación de 53 (amplitud atencional) mostrando distractibilidad, lo cual se relaciona con las dificultades académicas que siempre ha evidenciado en la etapa escolar. (VER ANEXO K).
- **Área verbal:** Puntuación de 59 lo cual indica dificultad para la comprensión verbal y auditiva, formación de los conceptos, para adquirir, conservar y recuperar conocimientos referidos a hechos generales, razonamiento general, la abstracción verbal, la aptitud para integrar y condensar distintas informaciones, los conocimientos y la habilidad para generar conceptos alternativos.
- **Entrevista con los padres:** En la entrevista con los padres (VER ANEXO N) se recolecto información sobre el desarrollo evolutivo de la niña. Los padres manifiestan, que desde los 6 meses notaron que el desarrollo de la niña no iba acorde con su edad y deciden llevarla a Neuropediatria (VER ANEXO F-G)
- **Observación directa:** Durante la observación en el juego (VER ANEXO P) interactúa de manera brusca con su compañera de terapia, actitud desafiante al

quitarle un objeto, dificultad para dibujar y escribir su nombre. Poco contacto visual, escasa comunicación.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA.

- Dificultad en la interacción Social y personal.

Antecedentes	Respuestas	Consecuentes
Cuando está realizando las actividades académicas.	Deja de hacerlas, dice que está cansada.	Llamado de Atención por parte de la docente, ausencia de actividades en clase
Cuando interactúa con pares(en el colegio y la casa)	Se irrita cuando le quitan algo	Obtiene la atención de los demás.
Cuando debe compartir objetos con los pares (En la casa y en el colegio)	Se aísla y se rehúsa a compartir los objetos.	Logra evitar la interacción con los demás.

- Dificultad para cumplir normas en la casa.

Antecedentes.	Respuestas.	Consecuentes.
Cuando le ordenan organizar su habitación.	Se niega a organizar la habitación y se encierra en esta.	Los padres le piden que salga y que la puede organizar después, logrando llamar la atención.
Cuando le piden que se cepille los dientes después de cada comida.	Llora y grita a la madre, negándose a hacerlo.	La madre le grita, o reprende y le dice que lo haga cuando quiera.

- Dificultad para realizar actividades académicas.

Antecedentes.	Respuestas.	Consecuentes.
Cuando la maestra le dice que pase al tablero.	Llora y grita, negándose a pasar.	Logra la atención de la docente y compañeros de estudio.

Cuando lleva tareas para realizar en casa.	Se niega a realizarlas y se aísla en su habitación.	La madre le insiste en que las realice y la ayuda a hacer la mayor parte de las actividades.
Cuando la docente asigna las actividades en clases.	Dice que tiene pereza y que no sabe como hacerlas.	La docente le pone mala nota y se la envía a los padres.

HIPÓTESIS DE ADQUISICIÓN.

Conducta Problema.	F. Predisposición	F. precipitantes	PR	Hipótesis de adquisición
1. Problemas en la interacción personal social.	Diagnóstico de discapacidad intelectual.	Encontrarse con iguales que se intenten interactuar con ella.	Aprendizaje Biológico.	Interactuar con pares y realizar tareas en clase
2. Dificultades en el seguimiento de normas en la casa.	La negación de los padres sobre las dificultades de la niña desde edad temprana.	Al recibir instrucciones y no realizarlas, al no lograr ser entendida por los padres.	Aprendizaje social-afectivo.	La ausencia de pautas de crianza adecuadas para su adaptación.

3. Dificultad para realizar actividades académicas.	Diagnóstico de discapacidad intelectual, ausencia de establecimiento adecuado de normas y límites en los padres.	Al momento de realizar las actividades académicas en clases o en la casa.	Aprendizaje biológico-afectivo.	Ausencia establecimiento de hábitos de estudio y de estimulación temprana en el área académica.
---	--	---	---------------------------------	---

OBJETIVOS TERMINALES.

Categorización del problema blanco.	Objetivos generales.	Objetivos específicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en la interacción Personal social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Generar relaciones positivas entre iguales. • Estimular habilidades sociales • Reforzar y motivar conductas afectivas • Entrenamiento en pautas de crianza a los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la participación de otros. • Reconocer las emociones de los otros. • Compartir en grupo. • Compartir en determinados momentos sus objetos o manualidades con otros. • Que los padres establezcan de forma unánime los

<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el seguimiento de normas en la casa. • Dificultades para realizar las actividades académicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento a los padres y docente en nueva metodologías de estudio para la niña. 	<p>límites y normas adecuados para la niña.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los padres expliquen cada norma a la niña de forma sencilla, estableciendo compromisos de ambas partes. • Los padres y la docente implementen estrategias más efectivas y adaptadas a las necesidades de la niña.
--	---	--

Diagnóstico Diferencial:

De acuerdo con los resultados de los registros conductuales, la observación directa, entrevista a referentes (VER ANEXO Q) y las pruebas aplicadas, Cumple con los criterios según el DSM 5 para la discapacidad intelectual con un nivel de gravedad moderado debido a sus dificultades adaptativas en los diferentes ambientes naturales en los que interactúa, Comienza durante el periodo de desarrollo e incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Los criterios que cumple son los siguientes:

- A.** Deficiencia de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de experiencias.
- B.** Deficiencia del comportamiento adaptativos que producen fracaso del cumplimiento de los estándares del desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el

funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidianas como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo.

PRONOSTICO.

El pronóstico es positivo ya que la niña ha avanzado mucho desde la fase de evaluación hasta la fase de intervención, la familia y docente se han comprometido y han tratado de realizar el tratamiento adecuadamente para el beneficio de la terapia.

TRATAMIENTO PROPUESTO.

Se implementaron diferentes técnicas cognitivo conductuales para la modificación de algunas conductas desadaptativas y para reforzar conductas más adaptativas en la niña.

La intervención se llevó a cabo durante 1 mes, dos veces por semana con una duración por sesión de 45 minutos aproximadamente, con un diseño de línea base tipo ABAB, para medir dos veces la línea base y dos veces el tratamiento aplicado.

Reforzadores: Estos reforzadores fueron escogidos previamente con los padres y el niño.

Reforzadores altos: Computador y tv.

Reforzadores medios: Salir de paseo con los padres

Reforzadores bajos: Comer helado

Social- afectivo: Abrazos y elogios.

Técnicas cognitivo-conductuales.

- Reforzamiento positivo.

CONDUCTA.	OBJETIVO.	PROGRAMA.	PROCEDIMIENTO.
No golpear ni interrumpir a los compañeros de clases.	Extinguir la conducta desadaptativa en clases.	Programa de razón fija.	Cada vez que la niña termine la jornada de clases, sin presentar la conducta problema, se le entrega un reforzador alto durante 45 minutos. (maestra)
Realizar las actividades académicas.	Reforzar la conducta de participar en clases y ser más independiente.	Programa de razón fija.	Cada vez que la niña participe en clases y realice las actividades académicas la maestra y el grupo la felicitaran y la alentaran a realizar esta conducta nuevamente.

Economía de fichas.

- Tipo de ficha: Caritas felices de color verde, carita triste
- Personas que participan: padres y Docente.
- Lugar: en el hogar y en la escuela.

CONDUCTA.	OBJETIVOS.	PROGRAMA.	PROCEDIMIENTO.
Realizar Actividades lúdicas, dinámicas de integración dentro y fuera del salón de clases (padres y docente).	Reforzar las conductas de integración con los pares y la familia.	Programa de intervalo fijo.	Al final de la semana se le entregara un reforzador alto si cumple con las actividades propuestas en su totalidad.

<p>Acatar las órdenes y normas que le den los padres.</p>	<p>Aumentar la capacidad de atender a las órdenes e instrucciones en el hogar.</p>	<p>Programa de intervalo fijo.</p>	<p>Se le entregara una carita feliz de color verde cada vez que obedezca a sus padres y una carita roja cuando no lo haga, al final de la semana debe cumplir con un numero estipulado de caritas verdes para poder recibir el reforzador.</p>
---	--	------------------------------------	--

RESULTADOS:

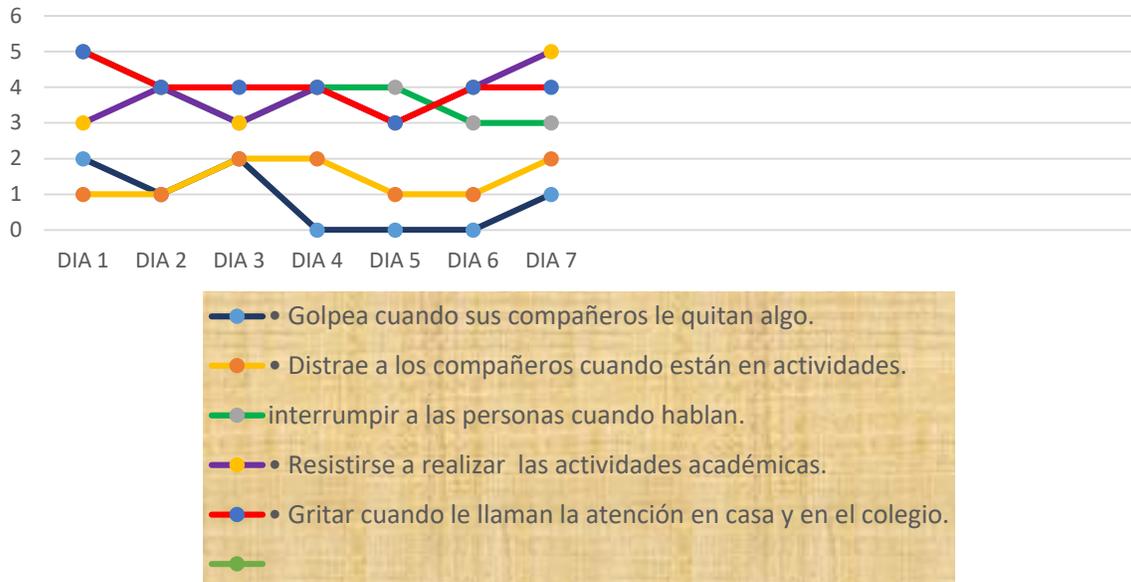
Actualmente no ha finalizado la fase de intervención o tratamiento, el plan de intervención se encuentra en la fase de aplicación con la niña y los coterapeutas, se realizó una medición pos-test de diez días para evaluar la efectividad del tratamiento propuesto y si se lograron los objetivos de modificación de conducta en cada conducta problema establecida, por lo que se determinó que algunas conductas problemas disminuyeron notablemente y otras aún permanecen con mayor frecuencia e intensidad. Esto se puede observar en la comparación de los gráficos pre-test y pos-test que se presentan a continuación.

SEGUIMIENTO.

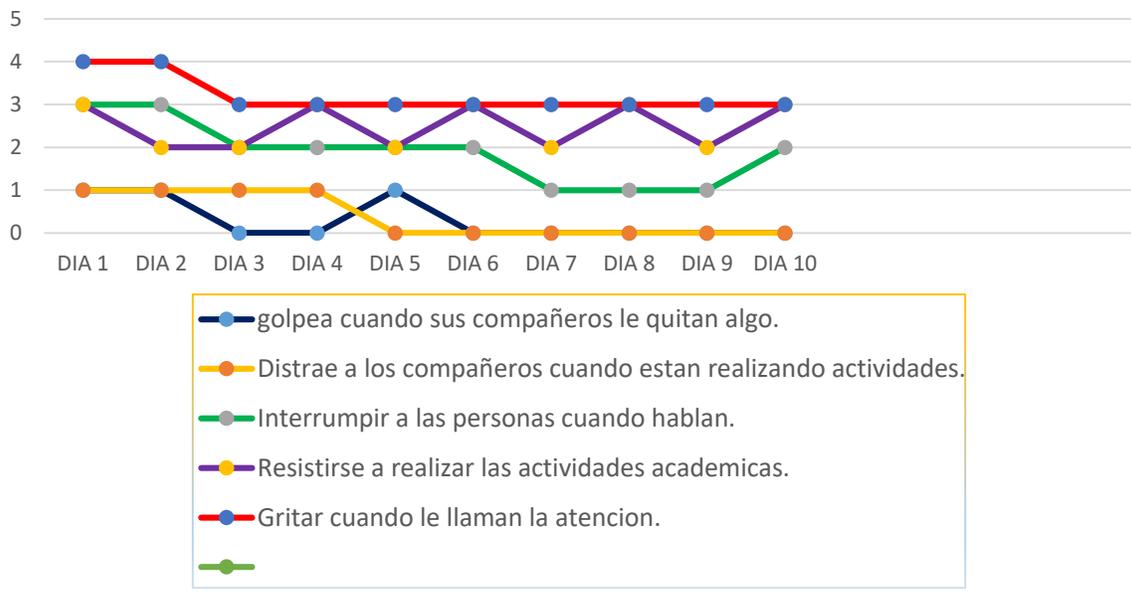
El seguimiento se llevará a cabo durante un mes para constatar que las conductas problemas sigan disminuyendo y se mantengan así, el plan de intervención podría ser mejor si mejoraran algunas condiciones ambientales del ambiente familiar de la niña ya que estos factores dificultan de alguna manera que se logre la eficacia de forma más rápida.

Se considera necesario hacer énfasis en estos factores modificables para que el éxito del tratamiento sea aún mejor.

Registro de Conductas Pre-test



Registro de Conductas Pos-test



La discapacidad intelectual.

En el estudio de caso ya caracterizado desde el punto de vista sociodemográfico, es importante hacer hincapié en el tipo de discapacidad intelectual que presenta la paciente. Es por esto que se realizará una fundamentación teórica que permita abordar todos los contenidos relacionado, y a su vez resaltar los aspectos importantes de la patología psicológica que presenta la niña.

Uno de los problemas más complejos que se presentan en el campo de la Educación y la Pedagogía, la Psicología, la Medicina y las ciencias en general, es el referido a los escolares que no aprenden o no lo hacen con efectividad. Este problema ha existido siempre, sin embargo, el se expresó con todas sus consecuencias, cuando comenzó a tener una gran connotación a principio del siglo XX, en los países desarrollados la educación para todos los niños. Este hecho es una muestra de que, en todo aquello que tiene que ver con la cultura, el ser humano y en este caso el niño, tiene que estar preparado, tener el desarrollo de los recursos necesarios para poder iniciar y asumir nuevas y más complejas tareas que plantea la cultura y ello será la primera condición para lograr que esta cultura se convierta en una fuerza eficaz para nuevos contenidos en el desarrollo y de esta forma hasta el fin de la existencia.

Por este hecho y concepción, se pone en evidencia que sigue habiendo niños preparados y no preparados para cumplir con las exigencias escolares y que no se trata de un desarrollo psicológico espontaneo que se ha producido, de las estructuras cognitivas o psicológicas en general, sino que ellas son, verdaderamente, el producto de las influencias culturales sobre el sujeto en formación y desarrollo.

Por otra parte, vale la pena destacar que en la actualidad se suele confundir el Síndrome de Down con la discapacidad intelectual esta última condición conocida antes como “retraso mental”. Para la (Asociación Americana de Retraso Mental , 2002) definió la discapacidad intelectual como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 12 años (Verdugo, 2002). A diferencia que en el Síndrome de Down el niño ya presenta la condición desde el momento que está en el vientre de la madre, es decir es una patología innata.

De igual forma, se usa el término discapacidad intelectual cuando una persona presenta limitaciones en sus habilidades intelectuales de razonamiento. (Mora, 2000) Plantea que otras de las habilidades comprometidas entre ellas están “planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprender ideas complejas, aprender con rapidez, aprender de la experiencia”. Dichos aspectos referenciados son necesarios e indispensables para funcionar en la vida diaria.

Asimismo, junto con las limitaciones en el funcionamiento intelectual, generalmente coexisten limitaciones en dos o más de las siguientes áreas; habilidades de adaptación; comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

A base de la discapacidad intelectual, existen limitaciones en el funcionamiento cognitivo de la persona originadas por distintos factores causales entre ellos están:

- Genéticos: se diagnostican generalmente en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina. Por ej. El Síndrome de Down, Síndrome de West, desórdenes metabólicos entre otros.
- Del embarazo: agentes tóxicos (ingesta de alcohol, drogas, enfermedades virales, diabetes, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), traumatismo por caídas o accidentes.
- Del parto: prematuros (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional) hipoxias, traumas.
- De la primera infancia: enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, (meningitis, encefalitis, entre otras), intoxicaciones, traumatismos, desnutrición extrema.
- Socio-culturales: Situación de extrema pobreza, maltrato infantil, ambiente carenciado de afectos y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico.

Por otra parte, se debe enfatizar que el desarrollo es un proceso que atraviesa toda la vida de la persona y en el que confluyen y se articulan elementos biológicos, psicológicos y sociales, que cambian en el tiempo, variando también la relación entre ellos (Castenedo, 1994). Así también, la discapacidad intelectual no es un estado fijo y permanente causado por algo, sino que un proceso evolutivo e interactivo que va a reflejar los resultados de la interacción de una persona con un funcionamiento intelectual limitado, con sus ambientes.

El empleo de pruebas estandarizadas según la edad para evaluar la función intelectual, efectuadas por personal especializado, constituye la herramienta principal del diagnóstico.

No obstante, Para valorar la capacidad intelectual hay que comenzar con una entrevista adecuada a la edad y condiciones personales del sujeto que proporcionará valiosa información que habrá que confirmar con diversos tests de inteligencia aplicados individualmente y que estén normalizados y validados para la población a la que pertenece.

La evaluación temprana antes del ingreso a la escuela ha mostrado tener un bajo poder de predicción para la futura actuación del niño, excepto en los retrasos mentales más graves (Handen, 1997). De tal manera, “A pesar de sus limitaciones, y del uso y abuso que se ha hecho históricamente del mismo, se considera al Coeficiente Intelectual (CI) como la mejor representación del funcionamiento intelectual de la persona” (Verdugo, 2002). El coeficiente intelectual se obtiene a través de la aplicación de pruebas psicométricas, estandarizadas para la población general, que aportan información sobre el desempeño del niño o niña (o adulto), en tareas que requieren para su resolución, de la utilización de diferentes funciones cognitivas.

No obstante, Para valorar la discapacidad intelectual hay que comenzar con una entrevista adecuada a la edad y condiciones personales del sujeto que proporcionará valiosa información que habrá que confirmar con diversos test de inteligencia aplicados individualmente y que estén normalizados y validados para la población a la que pertenece.

En todos ellos además de los resultados cuantitativos, es importante la valoración cualitativa de la actitud y forma de reaccionar el sujeto al observarlo directamente.

Para (Gómez C. , 1969) dice que “También son útiles los test instrumentales que exploran campos más precisos de las funciones cognitivas: esquema corporal, organización espacial y lenguaje como el test de imitación de gestos de Bergès Lezine que se utiliza desde 3 a 10 años, estudiando el esquema corporal”. Es importante resaltar que existe un

número favorable de técnicas (pruebas y test) que permiten la recolección de información a través métodos eficaces para un diagnóstico oportuno y preciso.

Así mismo, para los primeros años de vida del niño o en los casos de retardo en el desarrollo profundo, hay que valorar el nivel de desarrollo, es decir, los métodos, técnicas y test del diagnóstico permite evaluar al paciente dependiendo de su etapa en el desarrollo.

Seguidamente, una de las características esenciales del retardo en el desarrollo es la deficiente capacidad de adaptación a las exigencias del medio social en el que se encuentra. Una primera valoración de esta deficiencia se obtiene en la anamnesis al interrogar a los padres o personas que los atienden sobre sus aptitudes en cuanto a su cuidado personal y hábitos en la vida doméstica, capacidad de comunicación interpersonal, habilidades sociales y académicas, recursos de autocontrol, seguridad, salud, ocio y trabajo.

En contraste con lo anterior, para aprender a interrogar al paciente y obtener una historia clínica adecuada se requiere de una guía organizada y objetiva. Solamente así se puede evitar la elaboración de historias ambiguas, superficiales, desorganizadas, artificiosas y redundantes (Rodríguez P. , 1999). Esto es con el fin de contribuir a la realización eficiente e integral de la anamnesis en la práctica clínica diaria, a través de este trabajo se presentan sus aspectos metodológicos más relevantes, (Rodríguez L. , 1998) establece que “tradicionalmente la información subjetiva se organiza bajo el siguiente cuadro de categorías: informante, datos de identificación, historia de la enfermedad actual, antecedentes personales, antecedentes familiares, historia psicosocial e interrogatorio por sistemas”. Lo anterior se evidencia como es el proceso de diagnóstico y cuáles son las características fundamentales para tratar a un paciente que presenta retardo mental o sus patologías asociadas a esta condición mental (síndrome de Down, autismo, síndrome de X frágil) entre otras.

El retardo mental es una condición en donde la persona físicamente presenta rasgos normales, pero dentro de su desarrollo sensorio-motor y cognitiva se ven afectados. Es decir, las personas con retardo en el desarrollo pueden pasar desapercibidas fenotípicamente ya que la afectación no se diferencia a simple vista.

Por otra parte, el modo en que las personas nos dirigimos a otras, las palabras que empleamos cuando nos referimos a un colectivo o a una persona denotan fácilmente las actitudes y creencias subyacentes. Esto ha sido muy cierto en el caso de las personas con discapacidad intelectual, quienes han sido denominados de múltiples formas, acabando todas ellas en un uso despectivo e hiriente. Y nunca estas personas tenían poder para proponer u obligar a otra denominación.

Bastantes personas con discapacidad intelectual, así como familiares y profesionales, propusieron que se favoreciera un cambio de nombre, que pasara de emplearse el término retraso mental, que consideraban denigrante, para emplearse otro que no tuviera esa carga negativa.

Es por eso que la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual emitió un informe, en él se apuesta por asegurar que, fuera cual fuera el término que se eligiera (finalmente se eligió el de discapacidad intelectual) no se olvidara utilizarlo siempre precedido de „personas con...“, de modo que nunca se olvide que lo importante es la persona y no las condiciones de capacidad o limitación que tenga.

El retraso mental dejaba de ser algo que la persona era („como ser bajo o alto“) para pasar a ser un concepto que se expresaba a través de la interacción de una persona, con limitaciones significativas, y el entorno en el que esa persona vivía, a su vez, toda persona puede progresar si se le ofrecen los apoyos adecuados. El problema de no progresar no es

de la persona y sus deficiencias, es un reto del entorno proporcionar diferentes sistemas de apoyo que hagan que avance hacia una mayor calidad de vida.

A continuación se presentaran algunas características de las personas que padecen de retardo en el desarrollo, para (Pereira, 2010) su defecto primario es la “alteración temporal de las funciones psíquicas superiores de carácter heterogéneo, típico por la afectación en los mecanismos programación, regulación y control, por lo que se afecta la actividad cognoscitiva. El defecto secundario se expresa como dificultades en el aprendizaje”. Se afectan el curso y ritmo del pensamiento, existiendo alteraciones en su velocidad que se manifiestan a partir de la lentificación, bloqueo e inercia.

A su vez, (Arias, 1998) se dificultan todas las operaciones (abstracción, generalización...), por tanto su contenido es inexacto y fragmentado, con tendencia a las respuestas concretas situacionales y las comparaciones inadecuadas. Para (Lara, 2012) la productividad del pensamiento puede limitarse producto de las escasas vivencias que tienen estos niños y la insuficiente estructuración de un sistema de conocimientos.

También, en estos menores, con relación al lenguaje, suelen afectarse los procesos relativos a su uso o comprensión, la escritura o el habla (Núñez, 2011) afloran afectaciones en el aspecto fónico como problemas para la pronunciación de palabras muy extensas y con complejidad. Se retarda el desarrollo del vocabulario activo y la formación de conceptos (Pereira, 2010).

En esta patología (retardo mental), otra de las afectaciones la encontramos en la atención, para (Gómez A. e., 2014) la atención es inestable, no pueden concentrarse por un período largo de tiempo. En algunos casos prestan la máxima atención al iniciar la actividad y esta disminuye si se prolonga en el tiempo; en otros aparece solo después de cierto período; mientras que en el tercer grupo se producen oscilaciones periódicas de este

proceso y una capacidad de trabajo desigual. Al igual que la atención, la memoria es lenta, poco activa, con bajo volumen de recuerdo. Existe una baja productividad de la memoria lógica. Intentan memorizar mecánicamente, por lo que se tienden a recordar aspectos de menor valor. Hay una disminución de la memoria mediata e inmediata, voluntaria e involuntaria (Lara, 2012).

En cuanto al proceso de percepción, tienen dificultades para percibir el material auditivo y visual; además para integrar lo percibido en un todo relacionado, ya que perciben de manera incorrecta los objetos y fenómenos. (Pereira, 2010), Cuando se enfrentan a estímulos complejos, no realizan percepciones profundas pues no seleccionan dentro de varios estímulos el indicado. Así mismo Confunden figura y fondo, y no reproducen adecuadamente las formas geométricas. Se puede decir que este aspecto en estas personas se ve bastante comprometido, por lo que en la parte motora las dificultades se encuentran en la motricidad fina, aunque en algunos se afecta tanto la coordinación manual, como la coordinación dinámica general (Pereira, 2010). Se puede observar en estos niños mucha torpeza motora, hiperactividad o hipo actividad. Sus movimientos pueden llegar a ser lentos y poco coordinados.

Por otra parte, desde el punto de vista de la escolaridad, estos niños con retardo en el desarrollo tienden a ser personas con baja autoestima, ya que la diversidad de limitaciones les genera en la gran mayoría de ellos frustraciones y experiencias negativas. Tanto ellos como su entorno, tienen expectativas desfavorables hacia su desempeño. Por lo tanto, el comportamiento tiende a ser muy inhibidos hacia la participación, y a su vez, presentan escasa habilidad social. Su desempeño con relación a las habilidades académicas es por debajo de su edad cronológica y con un ritmo lento, lo cual afecta el rendimiento escolar. Requieren de mucho esfuerzo para aprender (Abreus, 2014).

Las personas con retraso en el desarrollo muestran una gran variedad en la evolución de las distintas áreas de desarrollo, dependiendo de múltiples factores como la etiología, el momento de aparición y la evolución del déficit, la actitud familiar, la existencia o no de otros síndromes asociados y el proceso seguido en su estimulación, instrucción y apoyo especializado.

Aun así, se puede decir que estas personas presentan problemas de aprendizaje, tienen un desarrollo madurativo mucho más lento, su avance no es lineal y muestran un desarrollo mental más inmaduro. Pero también se puede apreciar que van experimentando las mismas o muy parecidas fases madurativas, que su procesamiento mental de la información también evoluciona y mejora con la experiencia y que van manifestando las mismas necesidades y sintiendo los mismos deseos que el resto de las personas, aunque en ellos el proceso en su conjunto pueda estar alterado.

BIBLIOGRAFÍA.

- Lara, S. (2012). *Particularidades psicológicas en adolescentes de Secundaria básica egresados de Escuela especial de Retardo en el Desarrollo Psíquico*. La Habana .Recuperado de: <https://www.acupsi.org/articulo/105/retardo-en-el-desarrollo-psiquico-su-tratamiento-psicoterapeutico.html>
- http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi11499.pdf
- Verdugo, M. (2002). *análisis de la definición de discapacidad intelectual*. Medellín .Recuperado de: http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/AAMR_2002.pdf
- Zeron, A. (2011). Biotipos, fenotipos y genotipos ¿Qué biotipo tenemos? (Segunda parte). *Revista Mexicana de periodontología* , 3-4. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2011/mp111g.pdf>
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnely Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, P. (1999). principios técnicos para realizar anamnesis en el paciente adulto. . *Cubana Med Gen Integr*, 1 y 2. Recuperado de: http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi11499.pdf

- Adolfo, G. (2002). *mecanismos de muerte celular: apoptosis y necrosis* . Buenos Aires : Salud .Recuperado de:
https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/284/c.pdf
- Arias, G. (1998). *Los componentes biológicos y lo socio-cultural en la conformación de lo psíquico en el ser humano*. Puerto Rico .Recuperado de:
file:///C:/Users/Administrador/Downloads/biologico_sociocultural_conformacion_psiquico_humano.pdf

Resumen.

La discapacidad intelectual no solo produce dificultades a nivel académico, sino también en las habilidades de adaptación y sociales del individuo que la padece, en este estudio de caso se trató de ver más allá del trastorno y hacer más énfasis en las características que lo acompañan y que de alguna manera desajustan los diferentes ambientes en los que se desenvuelve la niña objeto de estudio.

Implementando técnicas cognitivo-conductuales se pudo evidenciar que algunas conductas problemáticas disminuyeron facilitando la calidad de vida de la niña y el entorno familiar.

Marevis Ospino
Psicóloga Clínica

Marevis Ospino Hernández 15-11-2018
Marevis Ospino Hernández
Psicóloga clínica del niño y del adolescente Universidad del Sinú
3135907772

ANEXOS

ANEXO A

Marevis Ospino
Psicóloga – estudiante de psicología clínica del niño y del adolescente

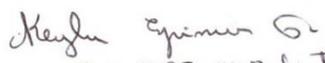
CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIADORES O PADRES Mediante el Presente escrito informo que:

He recibido la información adecuada para el Proceso que realizará la Psicóloga Marevis Ospino Hernández, en lo correspondiente a la evaluación, intervención y orientación que en Psicología clínica llevara a cabo a partir del 24 de Julio de 2018 con María Paula Hernández Espinosa.

Me han indicado que dentro de este proceso se requieren procesos de evaluación, capacitación y de verificación con los estudiantes, donde tendrán que desarrollar reuniones o encuentros con estudiantes, padres de familia, profesores y personal administrativo. Han presentado también, que al ser este un proyecto de investigación interinstitucional, 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.

He autorizado la participación de mi hijo(a) en lo que requiera la Psicóloga Marevis Ospino Hernández identificada con TP 129200, 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.

Firma Padres de familia representantes o cuidadores:


C.C. N° 73.145.080 de C/Gen

C.C. 30.893.448 de Tulun


Firma Psicóloga investigadora
TP. 129200.


Firma coordinadora de práctica
TP. 170891

Andrealiliana.ortizgonzalez@gmail.com
3167510183

ANEXO B.

VII. ÁREA COMUNICATIVA

	SI	NO
Indica deseos y necesidades haciendo uso de gestos y señales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emite sonidos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articula correctamente los fonemas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa las palabras funcionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emite verbalmente (repite funcionalmente lo que dice)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomina verbalmente objetos, animales o cosas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estructura frases de dos palabras	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estructura frases de 3 palabras o más	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inicia de manera independiente un tópico conversacional	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emite resonancia emocional en la comunicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:
Se evidencian dificultades en el código lecto-escrito y lenguaje escrito

VII. ÁREA DE ALIMENTACIÓN

Realiza proceso de deglución correctamente SI NO

Toma consistencias líquidas sólidas semisólidas

Identifica los alimentos SI NO

Enrroca aspira o tose cuando come SI NO

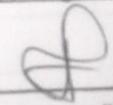
Come de forma independiente SI NO

Disfruta de las actitudes de alimentación SI NO

Utiliza teteros SI NO Vaso SI NO

Cuchara SI NO Pello SI NO

Observaciones:
Se debe iniciar plan de tratamiento para perfeccionar procesos comunicativos y lecto-escritos


 Firma Fonoaudióloga

ANEXO C.

PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA PAULA HERNANDEZ
EDAD: 9 AÑOS
IDENTIFICACION:
DX: RETARDO EN EL DESARROLLO
ENTIDAD: CLINICA GENERAL DEL NORTE
ESCOLARIDAD: PRIMERO
FECHA: 24 DE MAYO DE 2016

PSICOLOGÍA

El plan terapéutico psicológico será desarrollado bajo un enfoque conductual, a fin de fortalecer conductas adaptativas y extinguir los comportamientos disruptivos que interfieren en las oportunidades de adquirir nuevas habilidades en el paciente, se establecen los siguientes objetivos:

- Fortalecer las habilidades académicas, mediante el reforzamiento continuo del autoconcepto-escolar, a fin de optimizar nivel cognitivo.
- Desarrollo de conductas adaptativas ausentes.
- Fortalecer las habilidades sociales, mediante el juego simbólico y colectivo, a fin de mejorar las relaciones interpersonales del paciente.
- Fortalecer la autoconfianza, auto percepción, autoimagen y auto concepto en el paciente a fin de mejorar su autoestima y calidad de vida.
- Reducción de conductas indeseadas por medio de la extinción (conductas agresivas y desafiantes), conductas de distracción y falencias en la atención sostenida y dividida)
- Fortalecer la obediencia, mediante el reforzamiento diferencial, a fin de elevar la complacencia en las demandas cotidianas.
- Generalizar y mantener de los efectos de la terapia en el tiempo y en los contextos en que se desarrolle, empleando estrategias como: refuerzo ocasional, refuerzo retardado, eliminación gradual de un programa, transición de refuerzos, desarrollo de apoyo del compañero y transferencia de conductas, una vez se halla masterizado cada programa u objetivo terapéutico el paciente se someterá a una etapa de generalización en casa, brindándole pautas terapéutica a la madre.

FONOAUDIOLÓGIA

Favorecer desarrollo de los procesos básicos de lectura, escritura y lenguaje (expresivo-receptivo) por medio de actividades didácticas y lúdico-educativas que permitan un mejor bienestar comunicativo y aprendizaje escolar, adquiriendo mejores herramientas académicas y desenvolvimiento en las actividades de la cotidianidad.

Actividades

- Discriminación auditiva de fonemas vocálicos
- Discriminación auditiva y visual de fonemas consonánticos básicos
- Conciencia fonológica en posición inicial, media y final
- Asociación grafema-fonema

ANEXO D.

Conductas							
Se al realizar actividades académicas							
Golpea a sus compañeros de clase y terapia cuando le quitan algo.							
Se irrita cuando se le llama la atención.							
Distrae a los compañeros cuando están en actividades.							

ANEXO E.

Marevis Ospino Hernández
Estudiante de especialización de psicología clínica del niño y del adolescente
T.P 126200

Registro Conductual María Paula Hernández Espinosa Padres

CONDUCTA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Se molesta al realizar las actividades académicas	x	x	x	x	x	x	
Impulsiva con sus compañeros de clase y familia							
Se irrita cuando le llaman la atención	xx		x	xx		xx	x
Distrae a sus compañeros en clase.							

Marevis Ospino Hernández
Estudiante de especialización de psicología clínica del niño y del adolescente
T.P 126200

Registro Conductual María Paula Hernández Espinosa. Docente

CONDUCTA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Se molesta al realizar las actividades académicas	x x	x	x x	x	x
Impulsiva con sus compañeros de clase y familia	x	x	xx	x	x
Se irrita cuando le llaman la atención	x		x	xx	x
Distrae a sus compañeros en clase.	x			xx	x

ANEXO F



CENTRO MEDICO BUENOS AIRES			
PROCESO MISIONAL			
FORMATO RESULTADO DE ESTUDIO			
Página de 1-1	Código: F-SIAU-001	Versión: No. 001	26/03/2009

FECHA: MAYO 11 DE 2017
NOMBRE: MARIA P. HERNANDEZ ESPINOZA
EMPRESA: MAGISTERIO BOLIVAR
ESTUDIO No.: 7168

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO SIMPLE

En magneto de 1.5 tesla se obtienen imágenes multiplanares, secuencias TSE, IR, influencia en T1-T2. Secuencias funcionales, observando:

INFORME

El parénquima cerebral tiene morfología, volumen y señal normales.
Adecuada diferenciación y distribución de la sustancia blanca y gris.
No hay trastornos de migración neuronal.
Adecuados signos de mielinización.
No hay lesión ocupativa intraparenquimatosa ni colecciones extraxiales.
Estructuras de la línea media en adecuada posición.
Espacio subaracnoideo y cavidades ventriculares de amplitud normal.
Estructuras de las regiones ganglio basales, tallo, cerebelo, región selar y cuerpo calloso normales.
Las relaciones de unión cráneo cervical están conservadas.
Las secuencias funcionales no demuestran restricción.

CONCLUSION

RMN de cerebro simple dentro de lo normal.

Atentamente,

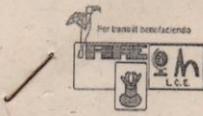

LUIS ROBERTO TABOADA L.
MEDICO RADIOLOGO

CARRETERA PRINCIPAL DEL BOSQUE TRANSVERSAL 54 #49 - 45
TELEFONOS: 6679202- 6679987 FAX :6679580
CARTAGENA - BOLIVAR

ANEXO G.

2017-7-27 Resultados

**FUNDACION CENTRO COLOMBIANO
DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES
NEUROLOGICAS - FIRE**

 **Código del Prestador:** 130010210201 **Nit:** 900269029
Dirección: TERNERA CALLE 1 DE EDEN
Teléfono: 6618107-6618127-6618199
Web: www.firecolombia.co
Email: ligayfire@gmail.com

Fecha de Impresión: 2017/07/27 11:15:20
RESULTADOS

Datos del Paciente

Identificación:	TI - 1043647452	Paciente:	HERNANDEZ ESPINOSA MARIA PAULA		
Fecha Nacimiento:	2005-09-26	Fecha Egreso:	//	Estrato:	SCR
Fecha Ingreso:	2017/07/27				
Num. de Ingreso:					

ID 184026

DOMINANCIA DERECHA

ESTADO DEL PACIENTE VIGILIA

MEDICACION

REMITIDO POR ocgn

TECNICO YENIS CANSINO

NOTAS DEL PACIENTE

ESTUDIO ELECTRO ENCEFALOGRAFICO EN EQUIPO DIGITAL DE 32 CANALES MARCA VIASYS MODELO NICOLET ONE; SIGUIENDO SISTEMA DE REGISTRO 10-20

ALFA: 10 HZ EN REGIONES POSTERIORES CON ADECUADA REACTIVIDAD OCULAR

BETA: 16-22 HZ UBICADOS EN REGIONES ANTERIORES

THETA: 5-7 HZ UBICADOS EN REGIONES CENTRO TEMPORALES

CONCLUSION

EEG DE VIGILIA EN EL QUE NO SE HALLAN ELEMENTOS IRRITATIVOS.



DR. MARTIN TORRES ZAMBARNO
NEUROLOGO - NEUROFISIOLOGO

Copyright 2011 - 2012 ZeusSalud. Todos los Derechos Reservados.

<http://100.100.100.3/ZeusSalud/Reportes/Ciente/html/paraclinicos/electroencefalograma.php?estudio=687483&id=2020611> 1/1

ANEXO H.

 ELABORADO POR: COORDINACION	FORMATO DE ENTREVISTA INICIAL NIÑOS	CODIGO FTO - VI 002	VERSION 0
	APROBADO POR: COMITÉ DE HISTORIA CLINICA	FECHA DE ELABORACION: MARZO 9 DE 2015	FECHA DE ACTUALIZACION: MAYO 4 DE 2015

FECHA DE VALORACION DIA 08 MES 05 AÑO 17 HORA _____ CIUDAD Cartagena

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE
 Nombres y apellidos: Maria Paula Hernandez Espinosa No HC: 1043647452
 Fecha de nacimiento: Dia 26 Mes 09 Año 2005 Edad cronológica 11 Años
 Direccion: Jardines Naz H Jote 1
 Remitido por: Alfonso Gonzalez del Norte RH: A+
 Telefono: 3217934565-301519492 EPS: Clinica general del Norte
 Motivo de consulta: Valoración y/o plan de Tratamiento
 Diagnostico medico: Retardo en el desarrollo.
 Ha recibido tto de rehabilitación si no de que tipo terapeutico

2. ANTECEDENTES
 Personales Retardo en el desarrollo.
 Familiares Abuelo paterno (Hipertension) Abuelo materno (Hipertension)

3. HISTORIA OCUPACIONAL
 Escolarizado No escolarizado _____
 Grado actual 1º Primerº Nombre del colegio Monte Activo.
 Edad de ingreso 11 Años Proceso de adaptación B R _____ M _____
 Rendimiento académico B R _____ M _____
 Relaciones con maestros y compañeros Buena.

4. HISTORIA FAMILIAR
 Nombre de la madre: Keyla Offier Espinosa Edad: 37 Ocupacion: Ama de casa.
 Nombre del padre: Guillermo Hernandez Edad: 47 Ocupacion: Docente.
 No. De hermanos: 2 Edades: 21 - 17 Lugar que ocupa entre ellos: ultimo (menor)
 ¿Cómo es la relación con sus familiares? Buena - Excelente
 Personas con las que vive Padres y Hermanos.
 Nivel de desempeño en AVD: Independiente Dependiente _____ Semidependiente _____
 Observaciones _____

Firma del profesional

ANEXO I.



CENTRO MEDICO BUENOS AIRES			
PROCESO MISIONAL			
FORMATO RESULTADO DE ESTUDIO			
Página de 1-1	Código: F-SIAU-001	Versión: No. 001	26/03/2009

FECHA: MAYO 11 DE 2017
NOMBRE: MARIA P. HERNANDEZ ESPINOZA
EMPRESA: MAGISTERIO BOLIVAR
ESTUDIO No.: 7168

RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO SIMPLE

En magneto de 1.5 tesla se obtienen imágenes multiplanares, secuencias TSE, IR, influencia en T1-T2. Secuencias funcionales, observando:

INFORME

El parénquima cerebral tiene morfología, volumen y señal normales.
Adecuada diferenciación y distribución de la sustancia blanca y gris.
No hay trastornos de migración neuronal.
Adecuados signos de mielinización.
No hay lesión ocupativa intraparenquimatosa ni colecciones extraxiales.
Estructuras de la línea media en adecuada posición.
Espacio subaracnoideo y cavidades ventriculares de amplitud normal.
Estructuras de las regiones ganglio basales, tallo, cerebelo, región selar y cuerpo calloso normales.
Las relaciones de unión cráneo cervical están conservadas.
Las secuencias funcionales no demuestran restricción.

CONCLUSION

RMN de cerebro simple dentro de lo normal.

Atentamente,


LUIS ROBERTO TABOADA L.
MEDICO RADIOLOGO

CARRETERA PRINCIPAL DEL BOSQUE TRANSVERSAL 54 #49 - 45
TELEFONOS: 6679202- 6679987 FAX :6679580
CARTAGENA - BOLIVAR

ANEXO J.

2017-7-27 Resultados

Por trámite beneficiario

FUNDACION CENTRO COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLOGICAS - FIRE
Código del Prestador: 130010210201 Nit: 900269029
Dirección: TERNERA CALLE 1 DE EDEN
Teléfono: 6618107-6618127-6618199
Web: www.firecolombia.co
Email: ligayfire@gmail.com

Fecha de Impresión: 2017/07/27 11:15:20
RESULTADOS

Datos del Paciente

Identificación:	TI - 1043647452	Paciente:	HERNANDEZ ESPINOSA MARIA PAULA	
Fecha Nacimiento:	2005-09-26	Fecha Egreso:	//	Estrato: SCR
Fecha Ingreso:	2017/07/27			
Num. de Ingreso:				

ID	184026
DOMINANCIA	DERECHA
ESTADO DEL PACIENTE	VIGILIA
MEDICACION	
REMITIDO POR	ocgn
TECNICO	YENIS CANSINO

NOTAS DEL PACIENTE

ESTUDIO ELECTRO ENCEFALOGRAFICO EN EQUIPO DIGITAL DE 32 CANALES MARCA VIASYS MODELO NICOLET ONE; SIGUIENDO SISTEMA DE REGISTRO 10-20

ALFA: 10 HZ EN REGIONES POSTERIORES CON ADECUADA REACTIVIDAD OCULAR

BETA: 16-22 HZ UBICADOS EN REGIONES ANTERIORES

THETA: 5-7 HZ UBICADOS EN REGIONES CENTRO TEMPORALES

CONCLUSION

EEG DE VIGILIA EN EL QUE NO SE HALLAN ELEMENTOS IRRITATIVOS.

DR. MARTIN TORRES ZAMBARNO
NEUROLOGO - NEUROFISIOLOGO

Copyright 2011 - 2012 ZeusSalud. Todos los Derechos Reservados.

http://100.100.100.3/ZeusSalud/Reportes/Ciente/html/paraclinicos/electroencefalograma.php?estudio=687483&id=2020611 1/1

ANEXO K.

	Año	Mes	Día	
Fecha de evaluación	2018	10	11	19
Fecha de nacimiento	2005	09	20	18
Edad a la evaluación	2018	1	13	17

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares				
✓ Diseño con cubos	2		1			
✓ Semejanzas	3	2				
✓ Retención de dígitos	7			1		
✓ Conceptos con dibujos	3		1			
✓ Claves	11				1	
✓ Vocabulario	17	2				
✓ Sucesión de números y letras	0			1		
✓ Matrices	5		1			
✓ Comprensión	4	1				
✓ Búsqueda de símbolos	2				1	
✓ (Figuras incompletas)	7		(1)			
✓ (Registros)	15				(1)	
✓ (Información)	7	(1)				
✓ (Aritmética)	9			(2)		
✓ Palabras en contexto (Pistas)	8	(3)				
Suma de puntuaciones escalares		9	4	4	3	19

* Para puntuación escalar de subpruebas, véase tabla C-1, Manual de aplicación.

	Comprensión verbal	Razonamiento perceptual	Memoria de trabajo	Velocidad de procesamiento	Escala Total
Suma de puntuaciones escalares	9	4	4	3	19
Número de subpruebas	+ 10	+ 3	+ 3		
Puntuación media					

* La media total se calcula a partir de las 10 subpruebas esenciales.

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 90 %
Comprensión verbal	9	59	40,3	56-67
Razonamiento perceptual	4	47	40,1	45-58
Memoria de trabajo	4	54	40,1	51-64
Velocidad de procesamiento	3	53	40,1	51-66
Escala Total	20	44	40,1	42-50

* Véase tablas de la A-2 a la A-6, Manual de aplicación.

* Traducido y adaptado con permiso. Copyright © 2003 por The Psychological Corporation, U.S.A. Traducción al Español copyright © 2005 por The Psychological Corporation, U.S.A. Elementos originales en Español. D.R. © 2007 por Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V., México. Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

ISBN 970-729-262-8 (Protocolo de registro)
ISBN 970-729-261-X (Prueba completa)

Perfil

ICV	IRP
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	
70	
60	
50	
40	

MP
75-3

ANEXO L.

Comparaciones de discrepancia

Índice subprueba	Puntuación		Diferencia	Valor crítico	Diferencia significativa (p < 0.05)	Tasa base
	comparación 1	comparación 2				
CV - RPP	CV 59	RP 49	12	≥ 14	3	
CV - IMT	CV 59	MI 54	5	≥ 22	5	
CV - NP	CV 59	NP 53	6	≥ 24	N	
RP - IMT	RP 49	MI 54	-9	≥ 19	5	
RP - NP	RP 49	NP 53	-6	≥ 25	N	
IMT - NP	MI 54	NP 53	1	≥ 40	N	

Para comparaciones de discrepancia, consulte las cadenas B-1, B-2, B-3 y B-4

Determinación de fortalezas y debilidades

Subprueba	Puntuación escolar de subprueba	Puntuación escolar media	Diferencia de la media	Valor crítico (0.5)	Fortaleza o debilidad (P o D)	Tasa base
Ordeno con cubos	1	3,60	-2,6	1		10%
Similitudes	2	3,10	-1,1	2	Fortaleza	10%
Reconocimiento de dígitos	1	3,90	-2,9	1		10%
Conceptos con dibujos	1	3,80	-2,8	1		10%
Claves	1	4,10	-3,1	1		10%
Vocabulario	2	3,10	-1,1	2	Fortaleza	10%
Sucesión de números y letras	1	3,50	-2,5	1		10%
Matrices	1	3,40	-2,4	1		10%
Comprensión	1	3,40	-2,4	1		10%
Búsqueda de símbolos	1	3,30	-2,3	1		10%

Bases para la comparación

Marque una:

Medio general

Medios de Comprensión verbal y Razonamiento perceptual

Bases para la comparación

Marque una:

Medio general

Nivel de capacidad

Nivel de significación estadística: 0,05

1. Diseño

1. Diseño

2. Diseño

3. Diseño

4. Diseño

5. Diseño

6. Diseño

7. Diseño

8. Diseño

9. Diseño

ANEXO M.

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia) S.A.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 13-A No. 79-0558 Bogotá, CO

Nombre: Maria Paula Hernandez E Fecha: _____
 Edad: 13 Sexo (encierra uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: 2
 Escuela: Justo Arriba Nombre de la maestra (opcional): Sara Urdana

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Si" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Si" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Si". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar	
Total:	<u>21</u>	<u>94</u>	<u>66</u>	>60 Tiene avida
I:	<u>7</u>	<u>96</u>	<u>15</u>	
II:	<u>8</u>	<u>86</u>	<u>13</u>	
III:	<u>7</u>	<u>98</u>	<u>16</u>	
M:	<u>5</u>	<u>87</u>	<u>13</u> ✓	

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
 Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo; 06100; México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
 No lo acepte si está en un solo color.

MP
47-2



0409

ANEXO N.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PADRES Y/O CUIDADORES

Fecha: 16 de julio del 2018.

Participantes:

Psicóloga: Marevis Ospino T.P 129200

Madre: Keyla Hernández 38 años

Padre: Guillermo Espinoza 40 años

Psicóloga: En el día de hoy estamos aquí reunidos por motivo de recolectar información acerca de la problemática de su hija María Paula, siéntanse en confianza, de igual forma les agradezco total sinceridad a la horas de responder los datos requeridos.

Psicóloga: ¿cómo fue el embarazo de María Paula?

Madre: El embarazo fue normal, María Paula fue una niña deseada y esperada, nunca tuve complicaciones en el embarazo, es nuestra única hija

Psicóloga: ¿cómo fue su desarrollo a partir del nacimiento?

Padre: Todo parecía normal, pero cuando tenía 6 meses mi esposa y yo nos dimos cuenta que algo pasaba porque no hacia cosas que hace todo niño en esa etapa, entonces decidimos llevarla a neurólogo y nos dijo que todo estaba bien que no pasaba nada. Camino a los dos años y dijo mamá casi que al tiempo. Los problemas empezaron cuando ingreso al colegio.

Madre: Mi esposo y yo siempre nos hemos preocupado por la niña, cuando entro al colegio CEN de educación especial, fue preocupante porque no aprendía nada y los profesores eran groseros y no le enseñaban nada, por eso decidimos sacarla.

Psicóloga: ¿Qué paso después?

Madre: Decidimos matricularla en Mente Activa de educación especial, donde no duro mucho tiempo porque sentíamos que la niña no avanzaba, no aprendía y buscamos otro colegio, allí duro 6 meses porque nos dijeron que la niña no alcanzaba

los logros. Luego de esto el terapeuta ocupacional quien la atendía en ese momento me recomendó *Mente Activa* donde ingreso nuevamente.

Psicóloga: ¿Cómo se sintieron ustedes volver al colegio a donde la niña había estado antes?

Padre: Sentí un poco de pena el tener que volver pero todo lo que le favorezca a mi hija hago lo que sea por ella.

Madre: si, yo sentí pena también pero todo por el bien de nuestra hija y me siento contenta porque en realidad María Paula ha avanzado mucho, ha aprendido bastante, su profesora es muy buena.

Psicóloga: ¿Qué tiempo tiene la niña de estar en *Mente Activa*?

Padre: tiene dos años y medio estamos contentos porque la niña ha avanzado mucho.

Madre: Si estamos muy contentos mi hija ha aprendido mucho, en la mañana recibe terapia ocupacional, fonodología, fisioterapia, psicología y por la tarde recibe las clases en la misma institución.

Psicóloga: ¿desde qué tiempo la niña recibe terapia?

Madre: desde pequeña siempre ha recibido terapia para mejorar su lenguaje y motricidad, siempre la ha visto el neurólogo y le han hecho exámenes y nunca le salía nada, cambiamos a otro neurólogo él le mando a realizar unos exámenes y le aplicaron una prueba WISC IV, donde determinaron que la niña tiene Retardo en el desarrollo, esto fue en la Clínica General del Norte.

Psicóloga: ¿Qué edad tenía la niña cuando le dieron el diagnostico?

Padre: Tenia 9 años.

Psicóloga: ¿cómo se sintieron ustedes cuando les dieron este resultado?

Padre: Me dio muy duro, pero tenía que enfrentarlo y seguir apoyando a mi hija.

Madre: Yo me puse muy mal, saber que mi hija tiene un problema (con lágrimas en sus ojos), en ese momento dije yo quería que mi hija fuera normal. Pero ya ha pasado el tiempo y lo he aceptado como le dije mi hija ha avanzado y le agradezco a todos los que han hecho parte de este proceso con mi hija.

Padre: En realidad si le damos gracias a Dios porque hemos encontrado muchas personas que nos han colaborado y dándonos el apoyo con María Paula.

Psicóloga: ¿Qué cosas positivas ven en María Paula?

Madre: Ella es una niña tranquila y consentida, lo malo de ella es que no quiere hacer las tareas y se molesta cuando la mando, de igual forma no se quiere lavar los dientes

y debo estarla mandando cada vez para que lo haga, no quiere organizar la cama y se demora mucho para vestirse.

Padre: Es que la niña es desordenada y no arregla su cama porque la mamá tampoco lo hace.

Madre: Yo si lo hago pero a veces no me da tiempo por el trabajo.

Psicóloga: ¿Qué es lo que más le gusta hacer a María Paula?

Madre: Le encanta ver tv, estar en el computador y jugar con el perro, yo la regaño porque todo el tiempo quiere estar en esas actividades y no quiere cumplir con sus tareas primero, la regaño también porque se demora para vestirse.

Psicóloga: ¿Quien está al cuidado de María Paula?

Madre: Yo soy la que paso más tiempo con ella, el papá trabaja y llega tarde, aunque yo también trabajo pero salgo más temprano, discuto mucho con el papá porque él no la regaña cuando tiene que hacerlo y me toca a mí porque el solo llega es a jugar con la niña.

Psicóloga: ¿A qué se comprometen en este proceso?

Madre: Yo estoy dispuesta a hacer lo que haya que hacer para que mi hija siga mejorando.

Padre. Yo también estoy dispuesto todo lo que sea para el bienestar de mi hija lo acepto.

Psicóloga: Bueno es todo por el día de hoy, valoro mucho que hayan asistido a este encuentro, muchas gracias.

ANEXO O

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Fecha: 31 de Julio 2018

1. Datos personales

Nombre: María Paula Espinosa Hernández

Edad: 12 años

Fecha de nacimiento: 26 de Septiembre de 2005

Escolaridad: Tercero de primaria

2. Descripción del comportamiento:

María Paula se comporta de manera tranquila en la entrevista, saluda, da las gracias cuando se le elogia, se sienta erguida con la mirada dispersa. Durante la observación en el juego interactúa de manera brusca con su compañera de terapia, actitud desafiante al quitarle un objeto, dificultad para dibujar y escribir su nombre. Poco contacto visual, escasa comunicación, su lenguaje es escaso, repite las palabras, gaguea.

3. Intereses del niño(a)

Le gusta ver tv el programa yo soy luna, jugar en el computador, jugar con su perro Mike, escucha música de reggaetón (Maluma, Niki yan), le gusta compartir con su familia.

4. Relación con la familia:

La niña manifiesta que le gusta cuando salen de paseo con sus padres, se siente feliz cuando se abrazan y se besan, se pone triste y se tapa los oídos cuando pelean y se gritan, dice que un día la mamá le tiro una silla al papá. No quiero que peleen más.

5. Relaciones sociales:

La niña tiene pocos amigos manifiesta que tiene una amiga que se llama Mariana y vive por su casa, en el colegio se relaciona poco con sus compañeros, solo juega y comparte con su amigo Samuel, en las actividades recreativas no participa.

ANEXO P.

ENTREVISTA A DOCENTES.

Fecha: 30 de Julio 2018

Participantes:

Psicóloga: Marevis Ospino T. P 129200

Docente: Uslabia Moreno

Psicóloga: Buenas tardes, hoy vine a este encuentro en su salón de clase para observar a María Paula como interactúa y cuál es su comportamiento en el aula. Y si es tan amable le agradecería a que me respondiera unas preguntas acerca de la niña.

Docente: Si claro con gusto, adelante siéntese.

Psicóloga: ¿Cómo se comporta María Paula?

Docente: María Paula es una niña tranquila, me saluda cuando llega, pide permiso cuando sale o entra al salón toca la puerta para entrar, lo que noto es que solo anda con un compañerito, interactúa poco con los demás, no le gusta participar de las actividades en grupo, cuando vamos a la cancha no participa se queda quieta de pie con los brazos cruzados y no se defiende cuando sus compañeros la empujan se queda como si nada, no reacciona. Le cuesta mucho relacionarse.

Psicóloga: ¿Cómo ha sido su proceso de aprendizaje?

Docente: Bueno le cuento que María Paula le ha ido bien conmigo, cuando llego a mi salón hace 8 meses no sabía nada, solo conocía la letra m, los números tampoco los conocía, pero ahora después de todo este tiempo la niña ha avanzado mucho, cuenta del 1 al 300, ya escribe y lee frases sobre todo de la cartilla Nacho lee aún con dificultades pero lo hace; también he notado que se molesta cuando le digo que realice o termine sus tareas, quiere dejarlas a la mitad pero yo la animo a que las termine.

Psicóloga: ¿Ha tenido contacto con los padres de la niña?

Docente: si claro, con la mamá, ella está muy pendiente preguntándome como va María Paula, ella dice que me agradece mucho porque desde que llego la niña a este salón ha notado un avance significativo.

Psicóloga: Bueno le agradezco este tiempo prestado, por hoy hemos terminado, estaré de nuevo en la próxima semana.

ANEXO Q.

ENTREVISTA A REFERENTE

Participantes:

Psicóloga: Marevis Ospino T. P 129200

Equipo profesional de la IPS Mente Activa: Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonodiologa y psicólogo.

Todos manifiestan que María Paula ha tenido mejoría, desde hace 2 años y medio de como llevo ha evolucionado, se muestra más activa y lo que más le gusta de las terapias son los ejercicio físicos y fuertes con el balón y las cuerdas, lo que menos le gusta hacer son las actividades académicas, el comportamiento con los compañeros de terapia casi siempre es futre, los empuja bruscamente, casi no se relaciona con las niñas más con los niños.