

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm Seccional Cartagena

**Estudio de caso único paciente de 12 años con diagnóstico depresión infantil asociado a la
discapacidad intelectual**

Documento elaborado por:

Yira Patricia Vega Ballesteros

Asesora Metodológica. Kelly Arroyo Velandia

Asesora disciplinar. Patricia De la Vega

Programa Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente

Escuela de Psicología

2018

Estudio de caso único paciente de 12 años con diagnóstico duelo patológico y depresión infantil asociado a la discapacidad intelectual

1. Introducción

El presente trabajo pretende dar a conocer la relación entre el duelo patológico, la depresión infantil y la discapacidad intelectual, se desarrolla estudio único de caso clínico.

Se lleva a cabo proceso de intervención guiado, utilizando diversos instrumentos con el fin de definir si existe relación directa entre las hipótesis preliminares y la conducta del niño, asimismo, pretende dar una guía para la intervención clínica modificar la conducta desadaptativa y mejorar su calidad de vida.

2. Datos Sociodemográficos del Paciente.

Niño de 12 años de nacionalidad colombiana, género masculino, se encuentra bajo la protección de ICBF y la custodia de sus abuelos maternos; tiene bajo nivel de escolaridad, hasta el momento no ha superado preescolar, asiste al Centro de habilitación y capacitación ALUNA hace aproximadamente 12 meses, pertenece a familia extensa de estrato socio económico bajo uno (1), se encuentra domiciliado en zona vulnerable de la ciudad con alto riesgo psicosocial.

3. Motivo de Consulta

Conductas agresivas en casa y en la escuela, diagnóstico psiquiátrico: Discapacidad intelectual moderada, deterioro del comportamiento en todos los entornos donde se desarrolla, que requiere atención y tratamiento, Trastorno mixto de la conducta y de las emociones no especificado.

4. Antecedentes Relevantes

Al consultar ficha clínica, se evidencia que el niño tiene diagnóstico y tratamiento psiquiátrico desde los 7 años de Estrés postraumático, Discapacidad intelectual moderada, deterioro del comportamiento significativo, trastorno mixto de la conducta y de las emociones no especificado, ha sido intervenido quirúrgicamente en dos ocasiones (herniorrafía y apendicetomía), fue producto de segundo embarazo de la madre, fallecida a los 35 años por muerte violenta asesinada por su pareja en presencia del niño.

Adicionalmente por información suministrada por los abuelos se presume que la familia tiene un bajo nivel educativo.

5. Marco referencial

Durante las últimas décadas, el estudio de la salud mental ha cobrado mayor importancia, dado respuestas a las necesidades sociales que exige el entorno y posibilitando espacios para el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

La organización mundial de la Salud (OMS) en el año 2013, definió la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948).

De igual manera en el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia reposa que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (Constitución Política de Colombia, 1991).

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Asimismo, la Ley de Salud Mental establece como objetivo garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Ley 1616, 2013).

En este orden de ideas y haciendo referencia al caso de estudio y al diagnóstico emitido por psiquiatría Discapacidad intelectual moderada, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención y tratamiento, Trastorno mixto de la conducta y de las emociones no especificado.

Discapacidad Intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también, del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico, se deben cumplir los criterios A, B y C encontrados en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V), los niveles de gravedad se define según el funcionamiento adaptativo y no según las puntuaciones de cociente intelectual (CI), porque el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyo requerido.

6. Evaluación Inicial

- **Entrevista semiestructurada, revisión del estado de ánimo.**

Luego de realizar entrevista con los abuelos se pudo inferir que; no se evidencian figuras de autoridad en el hogar, pocas normas, pertenece a una familia extensa de jefatura compartida, realiza rutinas adecuadamente bajo supervisión, problemáticas a nivel familiar, al cuidado de sus abuelos por muerte violenta de la madre, el niño manifiesta dolores en el cuerpo con frecuencia y es víctima de malos tratos por parte de sus pares el barrio donde reside.

- **Entrevista niño.**

Se lleva a cabo entrevista con el niño, mantuvo comportamiento adecuado, manifestó dificultades para el control de los impulsos, alteraciones en el estado de ánimo, a partir de juegos se logro identificar que no tiene lateralidad definida y es posible que sus procesos atencionales se encuentren disminuidos.

- **Aplicación de Escala de depresión infantil (CDI).** Se realiza aplicación de la escala, sin embargo, se invalida porque el niño no comprende los interrogantes, se planteará una nueva forma para evaluar su estado de ánimo.

Se realizó checklist de dicha prueba con abuelos para verificar la conducta del niño.

A nivel comportamental, se reporta síntomas de depresión, problemas comportamentales relacionados con agresión, irritabilidad, locus de control externo, bajas habilidades sociales, los cuales pueden llegar a desencadenar problemas de conducta vale la pena mencionar que lo anterior afecta su desenvolvimiento social familiar y escolar.

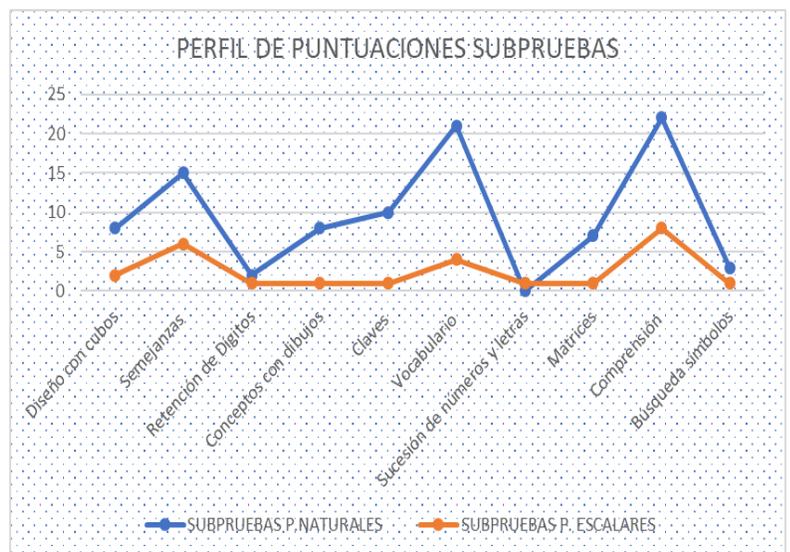
“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

- **Aplicación de Escala de Inteligencia de Wechsler WISC -IV.**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por el niño en la prueba

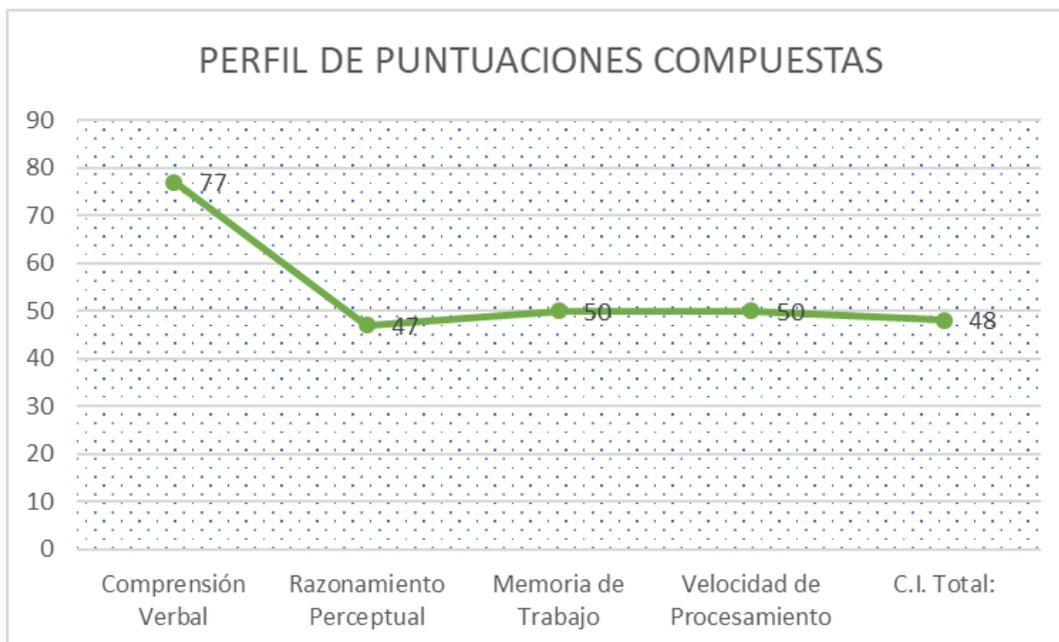
SUBPRUEBA	PN	PE
Diseño con cubos	8	2
Semejanzas	15	6
Retención de Dígitos	2	1
Conceptos con dibujos	8	1
Claves	10	1
Vocabulario	21	4
Sucesión de números y letras	0	1
Matrices	7	1
Comprensión	22	8
Búsqueda símbolos	3	1



Se realiza test para verificar cambios significativos en el diagnóstico inicial, no obstante, no se observaron cambios relevantes, dado que por su edad y escolaridad presento fallas constantes durante el desarrollo de la prueba, es importante mencionar que el niño goza de fortalezas a nivel de comprensión verbal.

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros



PUNTUACIONES INDICES	P. E.	I.C.	PERC.	CONF. 90%
Comprensión Verbal	18	77	6	73-84
Razonamiento Perceptual	4	47	<0,1	45-58
Memoria de Trabajo	2	50	<0,1	48-60
Velocidad de Procesamiento	2	50	<0,1	48-64
Capacidad intelectual total	26	48	<0,1	45-54

Keiner tiene una capacidad intelectual de 48, ubicándolo en un promedio bajo para su edad, indicando discapacidad intelectual moderada se observan alteraciones viso perceptuales, atencionales y de velocidad del procesamiento de la información; esto explica las dificultades académicas y comportamentales que presenta el niño.

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

- **Entrevista a referentes (Psicólogo, Trabajadora Social y docente de aula ALUNA).**

Se realizó entrevista a los profesionales a cargo del caso en el centro ALUNA, todos los profesionales coinciden en que el niño presenta alteraciones en la conducta, presenta dificultades con sus pares y se encuentra en un aula que no cumple con las necesidades específicas del caso.

- **Técnicas de observación directa.**

La observación directa permite el registro en vivo de conductas perceptibles, predominantes sobre la interpretación.

Se evidencio que el niño en el aula de clases atiende las solicitudes de su maestra, asume posturas de liderazgo positivo y negativo; su comportamiento negativo altera la toda la dinámica del salón es capaz de atender ordenes complejas, socializa fácilmente vinculándose a as actividades de la clase.

- **Registros conductuales cuidadores y docentes. *A partir de estos, se observaron las siguientes conductas.*** No responde a las figuras de autoridad en el hogar, pelea contantemente con su prima. reacciona negativamente ante la amonestación y la restricción del tiempo de juego, no presenta conductas autolesivas, su comportamiento se regula ante estímulos sociales como abrazos, cambia constantemente de estado de ánimo, el niño manifiesto proyecto de vida, llora con frecuencia en la escuela y el hogar, baja tolerancia a la frustración.

- **Historia clínica de psiquiatría y neurología.**

Esta información fue suministrada por abuelos y Aluna, presenta el diagnóstico y sugiere tratamiento farmacológico, terapias integrales y para trabajar trastornos de conducta se especifica terapia cognitivo conductual.

- **Visita domiciliaria.** Se realiza visita domiciliaria con el propósito de obtener información detallada sobre la conducta en casa y el contexto familiar en el que se desarrolla el niño. Encontrándose que la familia no se evidencian normas claras ni rutinas establecidas para el niño que ayuden a regular su conducta negativa, por el contrario, implementan estrategias que mantienen dichas conductas.

7. Anamnesis

7.1 Datos personales

Nombre: Keiner David Cañate Zuñiga	Colegio: Centro de habilitación y
Edad: 12 años	capacitación ALUNA
Género: Masculino	Lateralidad: Derecho
Fecha de Nacimiento: 05/Enero/2006	Fecha de Evaluación: Julio 2018
Escolaridad: Preescolar	Acompañante: Pedro Zuñiga -Sonia
Ocupación: Estudiante	Bolaño

7.2 Motivo de Consulta

Conductas agresivas en casa y en la escuela, diagnóstico psiquiátrico: Discapacidad intelectual moderada, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención y tratamiento, Trastorno mixto de la conducta y de las emociones no especificado

7.3 Antecedentes

7.3.1 Antecedentes de desarrollo.

Prenatales. Producto de segundo embarazo no controlado, no deseado, lesión vascular no especificada, sospecha de ingesta de alcohol por parte de la madre durante el embarazo.

perinatales. Parto vaginal a término.

posnatales. Hospitalización en UCI Neonatal por dos meses.

motores. marcha. 18 meses Sedestación:9 meses

lenguaje. 24 meses.

7.3.2 Antecedentes médicos.

enfermedades. Quiste cerebral izquierdo congénito, atrofia cerebral circunscrita, enfermedad neurológica a descartar por fenotipo facial, sinusitis crónica asociada a hipertrofia de cornetes, neumonía izquierda.

procedimientos quirúrgicos. Herniorrafía inguinal derecha(lactancia), apendicetomía (9años).

medicación y tratamientos. Atomoxetina tab 25mg, Aripiprazol tab 15mg, Carbamazepina tab 200mg, Quetiapina tab 100mg, Metilfenidato tab 10mg, terapia conductual por psicología.

accidentes. No se reportan.

7.3.3 Antecedentes familiares.

Abuela materna: diabetes, abuelo materno: alcoholismo y posibles síntomas depresivos; madre fallecida por muerte violenta (asesinada 2014). Bajo nivel de escolaridad en cuidadores.

7.3.4 Antecedentes escolares. Bajo rendimiento académico alcanzó únicamente grado preescolar, repitió Transición 5 veces. A la fecha se encuentra escolarizado en ALUNA.

7.4 Composición familiar

Familia extensa de jefatura compartida por abuelos, abuela autoritaria, abuelo complaciente; la madre fue asesinada en presencia del niño cuando este tenía alrededor de siete años, padre biológico ausente, padrastro prófugo de la justicia por presunto asesinato de la madre del niño.

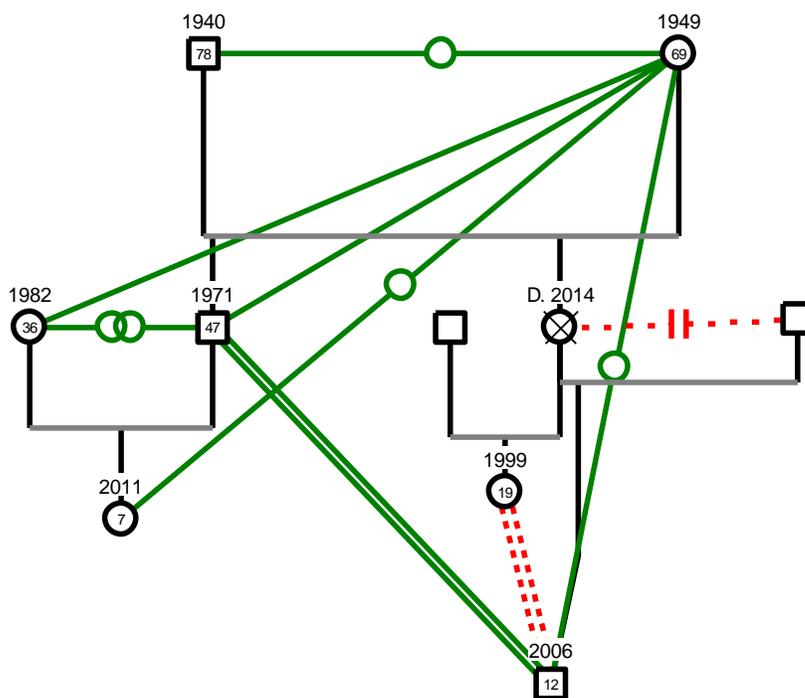
Se encuentra bajo el cuidado de sus abuelos quienes son modelos de autoridad para el niño, aunque la familia ha recibido psicoeducación aún se evidencia poca comprensión de la alteración cognitiva de Keiner, dado que generalmente la familia justifica la conducta negativa del niño en la casa y la escuela.

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Actualmente convive con su hermana mayor, sobrino, primos, abuelos y tíos, las relaciones dentro de la familia son cordiales, sin embargo, pelea constantemente con la hermana.

7.4.1 Genograma.



7.5 Desarrollo de la conducta

Dentro de las manifestaciones conductuales de Keiner se evidencian en el hogar, constantes pataletas cuando no obtiene satisfacción inmediata de sus necesidades, comparte poco con niños de su edad debido a que estos constantemente se aprovechan de él y generalmente tiene

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

un trato despectivo, constantemente rememora el momento de la muerte de su madre, le cuesta obedecer las normas establecidas en el hogar, tiene poco control de sus impulsos, conductas de escape.

Aunque el niño realiza actividades de la vida diaria de manera adecuada dentro de la familia no se han establecido rutinas, por esta razón la conducta es variable.

A nivel escolar ha presentado dificultades conductuales sobresalientes, agrediendo físicamente a sus compañeros, lanzando objetos, desafiado la autoridad de maestros y auxiliares.

Cabe destacar que el niño disfruta de la música, la práctica de deportes(fútbol), estas actividades lo motivan y mejoran su estado de ánimo.

Es capaz de seguir reglas de un juego, atiende ordenes simples y complejas, es capaz de llevar razones y realizar compras, no obstante, no sabe recibir el cambio.

7.6 Recomendaciones

- Revaloración Psiquiatría Infantil.
- Terapia cognitivo conductual.
- Psicoeducación familiar.
- Valoración por neuropsicología.
- Terapia de lenguaje.
- Terapia ocupacional.
- Consulta por optometría.

8. Análisis funcional de conducta

Resumen de Hipótesis preliminares descriptivas

Diagnóstico s anteriores a la intervención

Discapacidad intelectual moderada, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención y tratamiento.

Trastorno mixto de la conducta y de las emociones no especificado

Hipótesis preliminares

Discapacidad intelectual leve

Depresión infantil

Duelo patológico

Se realizaron registros conductuales para definir frecuencia de los comportamientos y apuntar hacia la conducta blanco, estos fueron diligenciados por padres(abuelos) y maestros

Problema Blanco. *autorregulación emocional*

ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENTES
Presenciar asesinato de la Madre	Bajo estado de ánimo, rememoración del momento de la muerte, poco control emocional, llantos, pataletas	Dificultades para regular sus emociones.
Se encuentra bajo el cuidado de los abuelos quienes lo sobreprotegen	Conductas disruptivas dado el poco control que ejercen los abuelos sobre el niño	Poca interacción social y dificultades

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

		en el relacionamiento
Pocas normas y hábitos dentro del hogar	El niño realiza diversas actividades en el hogar de manera aislada	No se evidencia constancia en el aprendizaje de conductas adaptativas.

Problema Blanco. *irritabilidad y baja tolerancia la fracaso*

ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENTES
Procesamiento de la información lento por déficit cognitivo	Se altera fácilmente ante mínimas provocaciones.	Déficit de inteligencia emocional
Limitado repertorio conductual ante la pérdida o fracaso.	Gritos, pataletas, llanto, agresiones, Tirar objetos dentro del salón de clases cuando se le da una orden firme o la figura de autoridad es inquisitiva.	Reforzamiento positivo.

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

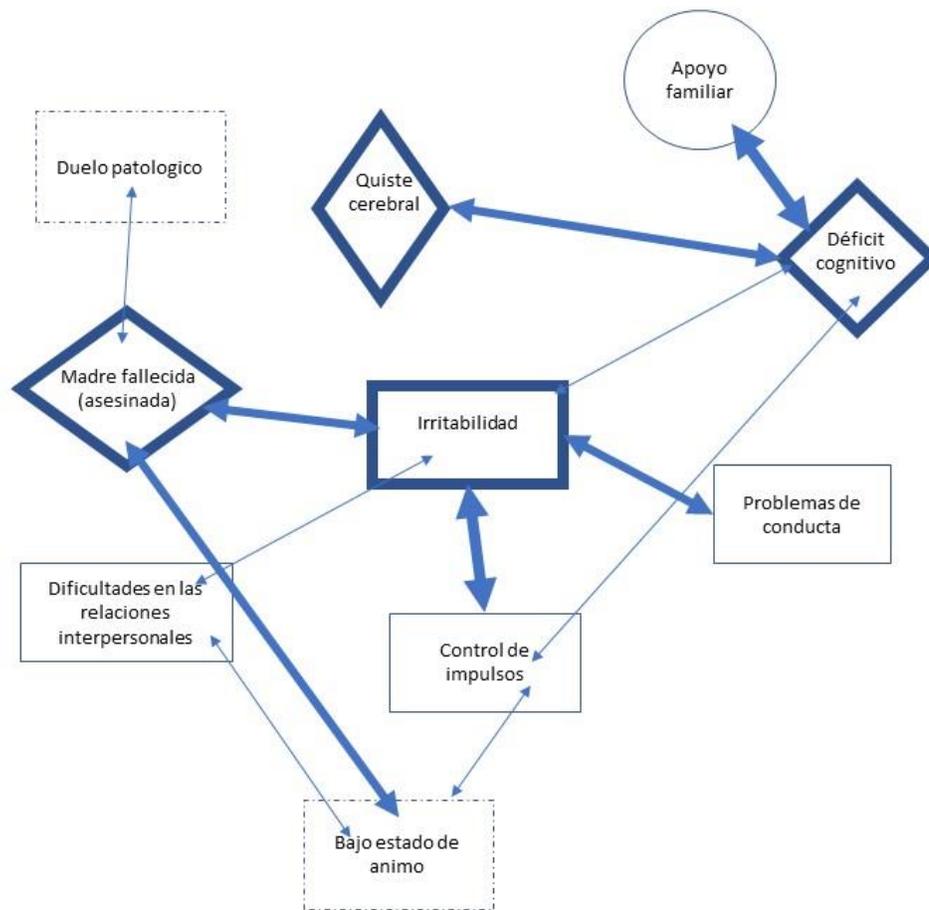
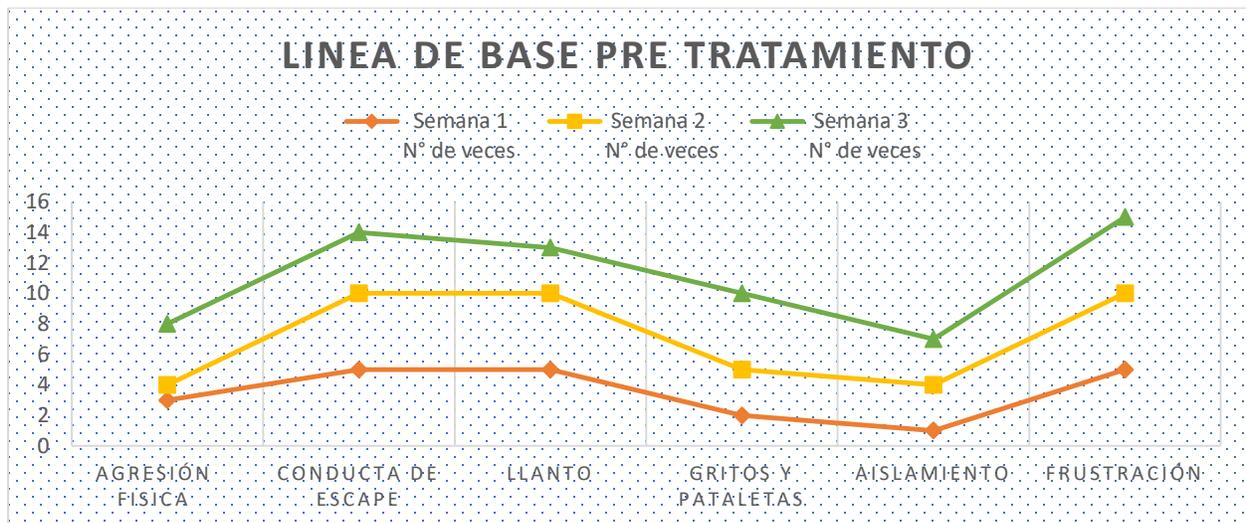


Diagrama analítico funcional

El diagrama ilustra las conductas problema, su grado de importancia y las relaciones funcionales del niño.

9. Evaluación Inicial (Línea de Base Pre tratamiento).



Grafica 1. Línea de Base Pre tratamiento.

Meta clínica 1	Metas clínica 2	Actividades
Psicoeducación para la familia con respecto a las conductas y el déficit cognitivo.	Establecer un plan de reforzamiento adecuado entre docentes y padres para disminuir conductas disruptivas e incrementar conductas adaptativas.	Atención a las figuras de autoridad. Relajación mindfulness
Continuar proceso de terapia individual en psicología de enfoque cognitivo conductual, fonoaudiología y terapia ocupacional.		Entrenar en habilidades sociales y para la vida. Bridar herramientas para la comunicación asertiva.
		Promover el pensamiento creativo.

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

CONDUCTA	OPERACIONALIZACIÓN
Conductas disruptivas	<p><i>conducta de escape</i> Salirse del aula de clases sin autorización de la docente a cargo cuando las actividades no son de su interés como aquellas que le generan esfuerzo cognitivo o son muy sencillas.</p> <p><i>irritabilidad e impulsividad</i> Tirar objetos dentro del salón de clases cuando se le da una orden firme o la figura de autoridad es inquisitiva.</p> <p>Irritabilidad e impulsividad grita frases como “te voy a matar” “vete de la casa” cuando esta irritable o triste.</p> <p><i>gritos y pataletas</i> Llanto, grita, hace pataleta, verbaliza palabras obscenas, cuando no obtiene beneficio inmediato, de cuidadores, educadores en la casa y la escuela, asimismo cuando cierran la puerta de la casa con candado o no le permiten salir a jugar.</p>
Estado de animo	<p><i>muestra estado de ánimo bajo</i> al referirse a su mamá en clases y en la casa al menos 1 vez por semana.</p> <p>Gritos cuando tiene bajo estado de ánimo, se acuesta en el piso, se levanta de la cama callado y cabizbajo, cuando amanece triste llora y habla de su mamá</p>

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

10. Diagnostico diferencial

Diagnóstico	Criterios	Verificación	
		Si	No
Discapacidad intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual)	CRITERIO A: deficiencias 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 la experiencia, confirmados mediante las evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas e individualizadas	X	
	CRITERIO B: deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de 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 cotidiana, como la comunicación la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad	X	

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

	CRITERIO C: inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo	X
	Leve	
	Moderado	X
	Grave	
	Profundo	
Trastorno Depresivo mayor	CRITERIO A: Cinco o mas de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo al menos uno de los síntomas (1) estado de ánimo deprimido o (2) perdida de interés o placer	
	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende información subjetiva o de la observación por parte de otras personas (en niños y adolescentes el estado puede ser irritable)	X
	Disminución importante del interés o placer por casi todas las actividades la mayor parte del día casi todos los días.	X

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Perdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución del apetito todos los días (Nota: niños considerar el fracaso para el aumento de peso).

Insomnio hipersomnias casi todos los días.

X

Agitación o retraso psicomotor todos los días.

X

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

X

Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.

X

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

X

Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

X

CRITERIO B: Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

X

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

	CRITERIO C: El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.	X
	CRITERIO D: El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	X
	CRITERIO E: Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.	X
Trastorno de duelo complejo persistente	Pena intensa persistente por razones de luto	X

ico diferencial y la evaluación de los criterios se concluye que el niño presenta Discapacidad intelectual (discapacidad intelectual) moderada y problemas internalizantes asociados a

11. Tratamiento Propuesto.

- Revaloración Psiquiatría Infantil.
- Terapia cognitivo conductual, se contempla trabajar técnicas como saciación, sobre corrección, tempo fuera, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, entre otras.
- Psicoeducación familiar.
- Valoración por neuropsicología.
- Terapia de lenguaje. (Fonoaudiología).
- Terapia ocupacional. (Terapeuta ocupacional).
- Consulta por optometría. (uso de lentes medicados).

12. Expectativas de Tratamiento

Objetivos generales	Objetivos específicos/ Indicadores clínicos
Generar relaciones positivas entre iguales.	Reconocer la participación de otros. Comportamientos altruistas hacia su par. Compartir en grupo dentro y fuera de los escenarios de la institución. Evitar la confrontación.

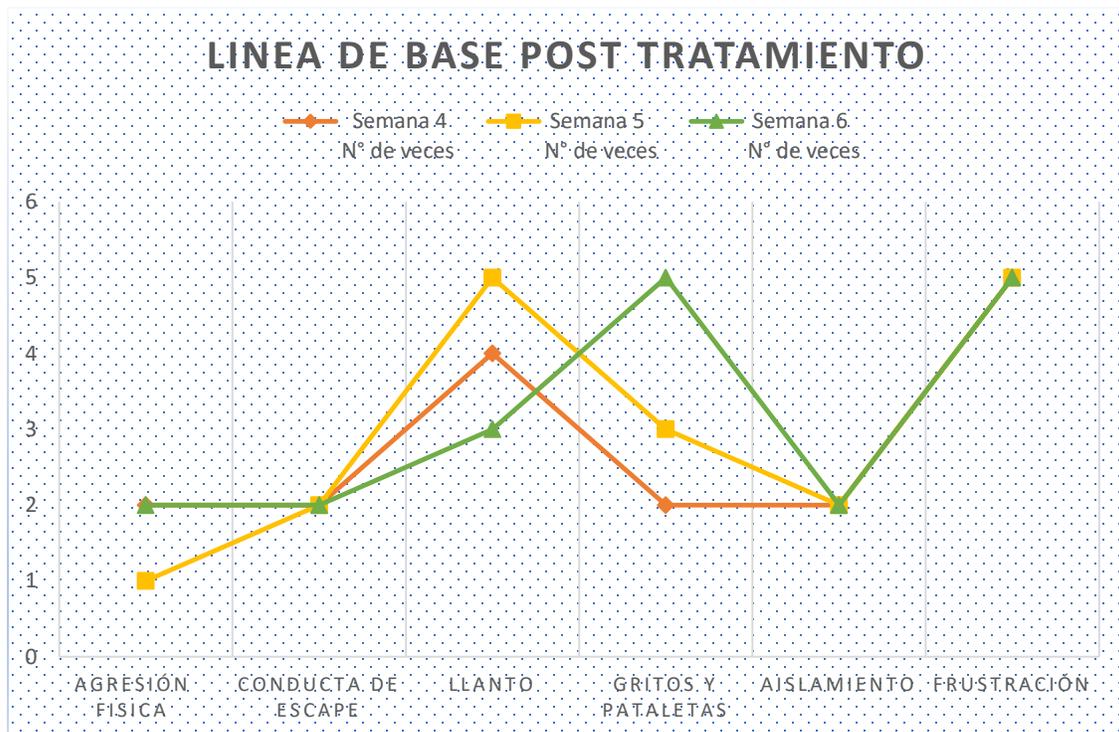
“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Reforzar y motivar conductas afectivas positivas hacia sus pares.	Liderazgo positivo. Expresar afecto a los otros mediante saludos, abrazos.
Disminuir conductas negativas ante amonestaciones.	Atención a las figuras de autoridad. Relajación mindfulness.
Estimular y reforzar conductas de cortesía.	Entrenar en habilidades sociales y para la vida. Brindar herramientas para la comunicación asertiva. Promover el pensamiento creativo.
Brindar recursos emocionales para la resolución de duelo.	Trabajar en la resiliencia. Emociones positivas.
Reducir la intensidad del duelo, del sufrimiento asociado a la pérdida y la rememoración.	Facilitar y promover la capacidad de disfrutar de los buenos recuerdos de la madre.

13. Aplicación de Técnicas y Resultados obtenidos

Línea de base post tratamiento



Se evidenciaron cambios significativos en conductas de escape, no obstante, se dieron variaciones que permiten visualizar que el tratamiento hasta el momento ha sido apropiado.

A continuación, se presenta tratamiento realizado por sesiones, metas, actividades clínicas y tareas

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Sesión	Metas	Actividades clínicas	Tareas/Prácticas
1	Iniciar proceso de intervención	Firma de consentimiento informado	Se conversa con los abuelos personas responsables del niño sobre la importancia de autorizar la atención y firmar consentimiento informado.
2	Obtener información acerca de la familia y el desarrollo de la conducta del niño.	Entrevista semiestructurada para padres/cuidadores	Interrogar a la familia sobre aspectos relevantes de la conducta del niño y obtener información pertinente para el caso
3	Obtener información acerca de la familia y el desarrollo de la conducta del niño.	Anamnesis	Conocer antecedentes relevantes y recabar información precisa del desarrollo biospicasocial.
4	Obtener información acerca de la familia y el desarrollo de la conducta del niño.	Entrevista niño	Interrogar al niño sobre su conducta, alteraciones del estado de ánimo, duelo, relaciones interpersonales y familiares.
5	Registrar frecuencia, intensidad y respuestas específicas de la conducta del niño	Entrega de registros conductuales	Elaborar registros conductuales teniendo en cuenta las conductas específicas del niño (gritar, llorar, agredir, etc.)
6	Obtener información acerca de la conducta del niño en el entorno escolar	Entrevistas referentes	Establecer una visión global del comportamiento del niño en los entornos donde se desarrolla.
7	Obtener información acerca de la conducta del niño en el entorno escolar	Observación Directa aula	Observar comportamiento en el aula, posibles mantenedores, conductas mas

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

8	Verificar diagnóstico e hipótesis preliminares	Aplicación de pruebas	frecuentes y reguladores emocionales. Aplicación WISC -IV Escala de depresión CDI SDQ Cuestionario de capacidades y dificultades
9	Contrastar información sobre el entorno familiar, normas del hogar y modelos de autoridad.	Visita domiciliaria	Observación directa de la familia, su composición, posibles redes de apoyo para el niño que permitan y faciliten el programa de modificación conductual.
10	Modificación conductual.	Entrenamiento en respiración diafragmática	Actividades de modelamiento y
11	Modificación conductual.	Psicoeducación para la familia	Establecer hábitos en el hogar, manejo de contingencias y reforzamiento.
13	Modificación conductual.	Sobrecorrección frente a conductas disruptivas en casa y la escuela, reforzamiento positivo y modelado.	A través del entrenamiento y la aplicación de técnicas disminuir comportamientos disruptivos y dar herramientas para el control emocional.
14	Medir cambios significativos en la conducta del niño	Evolución pos tratamiento	Evaluación post tratamiento.

14. Efectividad del tratamiento realizado

Los tratamientos psicológicos que han demostrado mayor eficacia en la intervención los trastornos internalizantes como la depresión infantil según la evidencia científica la terapia cognitivo conductual contra la depresión infantil (Reynolds & Coats, 1986).

Gracias a la revisión realizada en 2002 por David-Ferdon y Nadine sobre las intervenciones empíricas de la depresión donde tomaron como referencia los lineamientos de Nathan y Gorman (2002), han encontrado que las intervenciones cuentan con un rigor metodológico y por esta razón resultan efectivas y eficiente para el tratamiento.

El objetivo de la Terapia de modificación del comportamiento es aumentar el comportamiento apropiado y disminuir el comportamiento inapropiado. La mejor forma de influenciar un comportamiento es ponerle atención. La mejor forma de incrementar un comportamiento deseable es “Agarrar al niño en una buena acción”. El comportamiento es definido como un acto o acción específica, aunque se debe saber que antes de un acto o acción específica hay algo previo (llamado un antecedente) y algo que sigue, que desestimula o alienta la repetición del acto (llamado consecuencia). (Prada 2016)

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio de comportamiento de las personas a través de técnicas de intervención psicológica, de forma que desarrollen sus

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

potencialidades, optimicen las oportunidades disponibles en su ambiente, y adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a su medio (Cohen, 1995; Gavino, 1997).

La depresión infantil y la discapacidad intelectual, para el caso tiene una relación comórbida, aunque el niño no presenta el trastorno depresivo mayor, se considera que existen problemas en el estado de ánimo que no le permiten gozar de habilidades para adaptarse al entorno, asimismo al confirmar el diagnóstico de discapacidad intelectual moderada y verificar los componentes sociales, personales y escolares del niño, se concluye que si existe una relación bidireccional entre las dos problemáticas antes mencionadas y que las alteraciones cognitivas además de las contingencias familiares mantienen la conducta y exacerbaban el problema manifiesto en el estado de ánimo y el control emocional.

15. Referencias

American Psychiatric Association, (2014) DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, Edición: 5ª.

Bustos, Patricia, Rincón, Paulina, & Aedo, Jaime. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psykhe (Santiago)*, 18(2), 113-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200008>

López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., & Botella, C. (2011). Sistema de realidad virtual EMMA-Infancia en el tratamiento psicológico de un menor con estrés postraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 189-206.
doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10361>.

Martin, G & Pear J,(2008) *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*, Madrid. Pearson Educación, S.A. Edición: 8ª.

Montt, María Elena, & Hermosilla, Wladimir. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 110-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000200003>.

Prada Hernández M, “Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con TDAH presentación Hiperactiva-Impulsiva” (2016).

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Ybarra J, Orozco R, Valencia A, (2015) *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*, Victoria, Tamaulipas Universidad Autónoma de Tamaulipas; México, D.F., Manual moderno (101-107).

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

Anexos.

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

CONSENTIMIENTO INFORMADO CUIADORES O PADRES

Mediante el Presente escrito informo que:

He recibido la información adecuada para el Proceso que realizará la Psicóloga Yira Patricia Vega Ballesteros, en lo correspondiente a la evaluación, intervención y orientación que en Psicología clínica llevara a cabo a partir del 15 julio de 2018 con Keyner David Cañate Zuñiga.

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(nieto) en lo que requiera la Psicóloga Yira Patricia Vega Ballesteros identificada con TP:129452, 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.

*pedro zuñiga
3291421*

Firma Padre de familia representante o cuidador

Firma madre de familia representante o cuidador

*Sonia Bolaño Seña
CC 26954440*

[Firma]
Firma Psicóloga
TP. 129452

Yira.vegah@gmail.com
3046348097



ANAMNESIS

Fecha de Evaluación: 23 Julio 2018

a. Datos personales:

Nombre: Keyner Conate Zuñiga	Edad: 12 años
Fecha de Nacimiento: 5 febrero 2006	N° ID: 1041978174
Dirección: Lavena Mex Lotes	Escolaridad: Transición
Teléfono: 6719049 3205532423 3015319059	Lateralidad: Derecho
Ocupación: Estudiante	
Colegio: Centro de habilitación y prof. Alina	
Acompañante: Pedro Zuñiga / Sonia Bolano	

b. Motivo de consulta

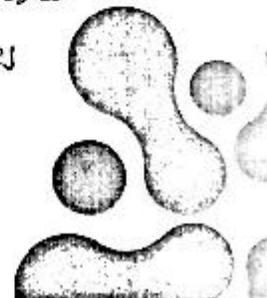
Dificultad en el comportamiento en el hogar y el colegio, cambio de estado de ánimo constante con diagnósticos psiquiátricos: Discapacidad Intelectual moderada y trastorno mixto de conducta (historia médica)

c. Antecedentes

Antecedentes de desarrollo:

- ✓ Prenatales: 2 Embarazos sin control / Sospecha de ingesta de alcohol
- ✓ Perinatales: Parto vaginal a término
- ✓ Posnatales: Hospitalización en UCI neonatal por dos meses
- Motores: Marcha: 18 meses
- Sedestación: 9 meses
- ✓ Lenguaje: 24 meses

Yira Patricia Vega Ballesteros
 Cel: 3046348097
 T.P: 121452
 Universidad Cooperativa de Colombia





REPORTE DE EDUCADOR

Fecha: 19 Julio 2018

a. Datos personales:

Nombre: Liz Morales

Profesión: Educador especial

Teléfono: 3005184935

b. Descripción de la conducta en clases

- Intimidabilidad, ira
- "Trato diferencial" por su situación
- Conductas disruptivas frente a la amonestación con autoridad.
- Episodios de impulsividad "Te voy a matar, vete de la sala"
- "Cero de atención en el salón de clases"

◦ Duelo por muerte de la madre

c. Percepción de la problemática

La docente manifiesta que el niño trabaja de manera adecuada cuando está negociando, asimismo manifiesta que las conductas disruptivas son frecuentes no tiene pares dentro del salón dado que su diagnóstico es mucho más favorable que el de los compañeros.

Ante las burlas o risas de sus compañeros reacciona negativamente

Yira Patricia Vega Ballesteros
Cel: 3046348097
E.P: 129452
Universidad Cooperativa de Colombia





ENTREVISTA A REFERENTES

Fecha: 27 JUNIO 2018

a. Datos personales:

Nombre: Alejandro Uribe

Profesión: Psicólogo

Teléfono: 3217347141

Diagnóstico: Déficit Cognitivo moderado / trastorno estres post-traumático

b. Generalidades

El niño ha sido intervenido por psiquiatría, neuro-psicología y neuro-psicología actualmente se encuentra medicado (medicinas en anaqueles)

c. Socialización del caso

Niño de 12 años de edad con diagnóstico psiquiátrico y medicación desde los 7 años por evento traumático y discapacidad intelectual. Actualmente presenta dificultades en la conducta

d. Reporte de conducta y tratamiento

Durante el seguimiento se han evidenciado alteraciones notables en la conducta, poco autocontrol, conductas violentas, no tiene pareja, el niño se siente cómodo en el salón de clases por este motivo entra estando se identifica como líder negativo y positivo dependiendo del contexto

Yira Patricia Vega Ballesteros
Cel: 3146343097
T.P: 129452
Universidad Cooperativa de Colombia



“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PADRES Y/O CUIDADORES

Fecha de Entrevista: 24 de julio 2016

a. Datos personales

Nombre: Keyner Conale Zúñiga (N) Dedo Zúñiga - Sonia Bolívar	Ocupación: 6719049
Edad: 12 años	Teléfono: 305532423
Relación con el niño: Abuelos	3015439059

b. Motivo de consulta

a. Dificultades conductuales del niño en el hogar y el colegio

c. Frecuencia del comportamiento (¿cuándo sucede? ¿Dónde? ¿A qué se debe?)

- El niño presenta conducta negativa cuando no se le complace inmediatamente
- Ante las figuras autoritarias reacciona de forma violenta
- Se imita con facilidad
- Sólo realiza actividades si se siente realmente motivado

d. Escolaridad e intereses del niño (¿asiste al colegio? ¿le gusta ir? ¿tiene dificultades para aprender? ¿qué hace en su tiempo libre?)

Le gusta ir a clases, se enfada & no lo envían a ALUNA, Dx Discapacidad Intelectual

Yira Patricia Vega Ballesteros
Cel: 3046348097
T.P: 124452
Universidad Cooperativa de Colombia



“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Fecha de Entrevista: 25 de Julio 2018

a. Datos personales

Nombre: <i>Keyner David Carate Zúñiga</i>	Escolaridad: <i>Autista Fulgo</i>
Edad: <i>12 años</i>	Teléfono:
Fecha de nacimiento: <i>5/01/2006</i>	

b. Motivo de consulta

me porto mal y salgo con groserías

c. Frecuencia del comportamiento

(¿cuándo sucede? ¿Dónde? ¿A qué se debe? ¿con quién estas cuando ocurre? Indagar consecuencias de su conducta en todas las áreas donde se desarrolla)

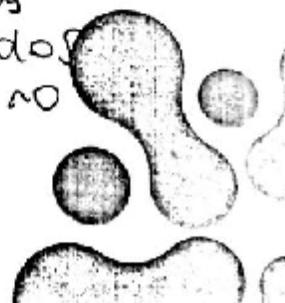
*En el hogar cuando no lo dejan hacer lo que desea
además en el colegio.
• por autismo
• con mis amigos o abuelos
El niño menciona que conoce las consecuencias sin
embargo actúa impulsivamente*

d. Escolaridad e intereses del niño

(¿asiste al colegio? ¿le gusta o? ¿tiene dificultades para aprender? ¿qué hace en su tiempo libre?)

*Keyner muestra habilidades en pre-matemáticas
pre-lectura conoce fonemas y reconoce sonidos
Dislate y pelea con sus compañeros porque no
entienden las bromas*

Yira Patricia Vega Ballesteros
Cel: 3046348097
T.P: 121452
Universidad Cooperativa de Colombia



**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: 2017/07/11 12:01:11
HISTORIA CLÍNICA

Datos del Paciente

Identificación:	T1 - 1041978174	Paciente:	CAÑATE ZUÑIGA KEYNER DAVID
Fecha Ingreso:	2017/07/11	Hora Ingreso	11:16 Ingreso:1379117
Fecha y Hora Atención:	2017/07/11 11:32		
Fecha Nacimiento:	2006-01-05	Edad:	11 Sexo: M
Teléfono:	6719049	Estrato:	SCR
Municipio:		CARTAGENA	Celular:
Dirección:	BR LAS REINAS MZ K LOTE 5	Empresa:	COMFACOR
Contrato:	CONTRATO No 454 : COMFACOR : EVENTO		
Cargo:			
Acompañante:	Tel. Acompañante:		

DATOS HISTORIA CLINICA

CONTROL

MOTIVO DE CONSULTA

FECHA NACIMIENTO: 5 ENERO/2006. EDAD: 11A/6M. RP: CARTAGENA. ESCOLARIDAD: TRANSICION- ESTA REPITIENDOLO POR 5 OCASION. CON DIFICULTADES EN APRENDIZAJE Y HABILIDADES. MADRE FUE ASESINADA EN 2015 A LOS 32 AÑOS. PADRE AUSENTE. NO LO RECONOCIO - NO CONSANGUINEOS - RELACIONES DISTANTES. HSE: VIVE CON ABUELOS MATERINOS- HERMANA MAYOR MATERNA - CUÑADO - TIOS Y PRIMOS. PERRO - GATO.

EVOLUCION ENFERMEDAD ACTUAL

ESCOLAR MASCULINO, CON QUISTE CEREBRAL IZQUIERDO CONGENITO + ATROFIA CEREBRAL CIRCUNSCRITA + RETRASO MENTAL MODERADO ASOCIADO A RETRASO GLOBAL DEL NEURODESARROLLO Y TRASTORNO DEL APRENDIZAJE Y CONDUCTUAL DE INICIO TEMPRANO. CON ENFERMEDAD CITOGENETICA DE BASE A DESCARTAR POR FENOTIPO FACIAL PECULIAR. NO EPILEPSIA ES DE ALTO RIESGO NEUROLOGICO DE ORIGEN PERINATAL MULTIFACTORIAL. CON DISFUNCION FAMILIAR CRONICA. DESDE 2015 RECIBE INDICADO POR PSIQUIATRIA: METILFENIDATO 10MG 2 VECES/DIA + RISPERIDONA TAB 3MG CADA 12 HORAS; Y SE LE ADICIONA CARBAMAZEPINA 200MG CADA 8 HORAS DESDE MAYO/2017. CON VISION SUBNORMAL DESDE 2016, INDICA LENTES. CON SINUSITIS CRONICA DESDE 2016 ASOCIADA A HIPERTROFIA DE CORNETES. CON DOLOR ABDOMINAL EN MESOGASTRIO INTERMITENTE LEVE Y EPISODICO DESDE ESTE AÑO. ** NO DISNEA - NO DISURIA - NO RINITIS ALERGICA - NO FIEBRE- NO DIARREA. NO CONSTIPACION. ** CONDUCTA HIPERACTIVO, IMPULSIVO. ES HETEROAGRESIVO - NO HACE CASO - NO COMPARTE - SOCIALIZA POCO CON PARES - ES MITOMANO. ** AP: HERNIORRAFIA INGUINAL DERECHA EN LACTANCIA - APENDICECTOMIA A LOS 9 AÑOS - NO ALERGIAS - VACUNAS SIN CARNET. CON NEUMONIA IZQUIERDO EN MAYO/2016. ** HPN: PRODUCTO DEL 2º EMB DE MADRE G2 P2 A C0 - EMS NO CONTROLADO NO DESEADO - NO COMPLICACIONES - PARTO VAGINAL - A TERMINO - PAN KG TAN?? APGAR ?? - ESTUVO HOSPITALIZADO EN UCIN POR 2 MESES. NO SE TIENE MAYOR INFORMACION. ** DSM: SEDESTACIONEM - CAMINO 1RM - PABLO 24M - CONTROL ESFINTERIANO 3A. ** SUEÑO: SOMNIOLOCUIA - ENURESIS PRIMARIA NOCTURNA. ** AP: ABUELA MATERNA DIABETES - TIO ABUELO MATERNO ALCOHOLISMO. ** TRAE: MAYO/2015 CARIOTIPO RT: 46,XY (16 METAF, 5 CARIOTIP) - OCT/2015 HB 12,9 GB 5.800 N 58% PLT 284.000 - COLESTEROL T 135 HDL 51 LDL 74 VLDL 10 TRIGLIC 48 GLIC 83 - DIC/2015 EEG VIGILIA NORMAL - DIC/2015 T4L 9,5UG/DL NORMAL - TSH 4,2 - DIC/2015 ECOCARDIOGRAMA DOPLER NORMAL - ENE/2016 TAC CRANEO SIMPLE: QUISTE ARACNOIDEO TEMPOROPARIETAL IZQUIERDO - FEB/2016 ECO RENAL Y VU: RD 83X31MM RI 82X40MM INDICE HODSON 10,3CM - FEB/2016 RESONANCIA CEREBRAL SIMPLE: AUSENCIA DE TEJIDO CEREBRAL FRONTO TEMPORAL IZQUIERDO, PROBABLEMENTE SECUELAR DE LESION VASCULAR ANTENATAL - MAYO/2016 IMPEDANCIOMETRIA: OD TIPO A. OI TIPO C; REFLEJOS ESTAPEDIALES BILATERALES PARCIALMENTE AUSENTES - DIC/2016 RX CAVUM FARINGEO NORMAL; RX SENOS PARANASALES: DISCRETA OPACIFICACION DE SENOS FRONTOETMOIDALES, CORNETES HIPERTROFICOS - DIC/2016 RX CARPOGRAMA: EO 10AÑOS EC 10A/11M - DIC/2016 UROCULTIVO NEGATIVO.

EXAMEN FISICO

P 37KG - T 142CM - PC 51CM - IMC 17KG/M2 - FC 90X - FR 24X - CONCIENTE - PINRAL - FASCIES TOSCA - HIPERTROFIA DE CORNETES - DIENTES APIÑADOS - PUENTE NASAL APLANADO - AMIGDALAS GII - OJEROSOS - HIPOPLASIA MALAR BILATERAL - IMPLANTACION BAJA DE OREJAS CON HELIX AVERTIDO - CUELLO MOVIL

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros

CLINICA SAN FELIPE DE BARAJAS S.A.S

NIT 900 1662812

Los Alpes 174 (B31A-3910) 6533574-6612475

Catagena/ Bolívar - e-mail: clinicasanfelipedebarajas@gmail.com

FORMATO DE SEGUIMIENTO POR PSQUIATRIA

FECHA	PASEGO/BO	IDENTIFICACIÓN	CI	JOE/BO/BLA		
DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRES Y APELLIDOS	KYNLER DAVID CANATE JURIGA			MENOR ESCUELA PRIMARIA		
EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	12 AÑOS	5/03/2005	ESTADO CIVIL	SOLTERO		
RELIGIÓN	CATÓLICA	RAZA	MESTIZA	RESIDENCIA	URB. EL ESTE	
DIRECCIÓN	LAS BUIBAS MARICOTE 5			CARRERA	1000000	
PERSONA RESPONSABLE	PERDOLINA	PAIS DE ORIGEN		COLOMBIA	TELÉFONO	3109099
ENTIDAD DE SALUD	COMIACOR	ENTIDAD QUE REMITE				
DIAGNÓSTICO	F 31.10 (T31.1) T 31.00					

SURTIENDO:

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO ANOTADOS, PERSISTEN CONDUCTAS DISRUPTIVAS, SE PRESENTA INCOMODIDAD EN LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL, A LA CUAL ASISTE, IMPULSIVIDAD, AGRESIVIDAD, PRESENTANDO RUIDIVAMENTE, ACTUANDO EN LA FAMILIA, NO OBEDECE ORDENES, NO OBEDECE FIGURAS DE AUTORIDAD, BUEN PATRÓN DE SUEÑO, ESTADO DE ANIMO VARIABLE, NO SE HAN INICIADO TRATAMIENTOS DIFERENCIADOS, SE PRESENTA DIFICULTAD EN LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO QUE LE ENTREGAN, ACTIVA A CADA UNO DE CONTROL.

OBJETIVO:

CONCIENCIA, ORIENTADO, TRANQUILIDAD AL MOMENTO DE LA EVALUACION, ESTADO DE ANIMO VARIABLE, AFECTO MODERADO, PENSAMIENTO LOGICO DE CURSO Y CONTENIDO NORMAL, JUICIO Y RACIONAMIENTO DEBILITADOS, INTERSECCIÓN PARCIAL.

TRATAMIENTO:

ATOMOXETINA TAB 25MG 1-0-0
AMIPIPRAZOL TAB 15 MG 1-0-1
CARBAMAZEPINA TAB 200MG 1-1-1
QUETIAPINA TAB 100 MG 0-0-1
METILFENIDATO 10MG 2-1-0
TERAPIA CONDUCTUAL, POR PSICOLOGIA INTENSIVA, 3 VECES POR SEMANA.
CITA EN UN MES.

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE:

YIRA VEGA BALLESTEROS
MEDICO PSQUIATRIA
R40 MEDICOS

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros



Wisc IV.pdf



Visita
domiciliaria.pdf



CDI.pdf

“DEPRESIÓN INFANTIL ASOCIADA A DISCAPACIDAD INTELECTUAL”

Yira Vega Ballesteros



Registro conductual

Registro N° 2

Instrucciones: Cada vez que ocurra una situación de (rabia, tristeza) poner una carita al lado.

En la frecuencia escribir cuantas veces sucedió

Frecuencia	Situación	Carita
10 veces al día	Condado de la puerta cerrado	10 caritas tristes
11 veces al día	No le dieron permiso para jugar	11 caritas tristes
	Pelear con la prima	1 carita triste
5 veces en el día	Grito al abuelo y abuela	5 caritas tristes
todos los días	Soravir la reba cuando lo regañan	11 caritas tristes

Yira Patricia Vega Ballesteros
 Cel: 30 46348097
 T.P: 129452
 Universidad Cooperativa de Colombia

