



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Decanato de Postgrado

Trabajo de grado para optar por el título, Maestría en Psicología
Clínica con Psicoterapias Integrativas

INFORME DE PRÁCTICA

Intervención, tratamiento y seguimiento clínico de pacientes con
discapacidad y sin discapacidad en REINTEGRA Los Santos, 2025.

Presentado por:

Lisbeth Govea. 6-719-1355

Asesora:

Dra. María Inés Barrios P.

Panamá 2025

DEDICATORIA

Mi trabajo se lo dedico primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr una meta más en mi vida.

A mi madre Nadia Vargas por ser un pilar fundamental en mi preparación académica, por sus consejos, motivación diaria y no dejarme caer en situaciones difíciles.

A mi hija Alana Victoria, por ser mi mayor motivación en la vida, quien con su amor me ha enseñado a no rendirme, seguir creciendo juntas y ser un gran ejemplo para ella.

A mi esposo Javier, gracias por tu infinito apoyo y contribuir en mi crecimiento profesional.

Lisbeth Govea

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y la virgen María quienes me han guiado y me han dado la fortaleza para seguir adelante.

A mi mamá con su inigualable amor, paciencia y apoyo que me ha permitido seguir creciendo como profesional para poder alcanzar mis metas.

A mi hija Alana, por ser la inspiración más grande en la vida.

A la licenciada Geannett Cedeño, Psicóloga Clínica de Reintegra Los Santos, por sus enseñanzas y orientación en todo momento.

Al Reintegra Los Santos, por haberme permitido realizar mi práctica profesional para poder optar por el título de Psicóloga Clínica.

Lisbeth Govea

ÍNDICE GENERAL	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL	8
1.1. Antecedentes	9
1.2. Justificación	10
1.3. Descripción Institucional	12
1.3.1. Historia de REINTEGRA	13
1.3.2. Misión	14
1.3.3. Visión	14
1.3.4. Organigrama	15
1.3.5. Servicios y funciones	15
1.4. Objetivos	16
1.4.1. General	16
1.4.2. Específicos	16
1.5. Población beneficiaria	17
1.5.1. Beneficiarios directos	17
1.5.2. Beneficiarios indirectos	17
1.6. Cronograma de actividades	18
CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	19
2.1. Actividades realizadas	19
2.1.1. Semana 1, del lunes 2 al 6 de junio	19
2.1.2. Semana 2, del 9 al 13 de junio	26
2.1.3. Semana 3, del 16 al 20 de junio de 2025	33

2.1.4. Semana 4, del 23 al 27 de junio de 2025.....	40
2.1.5. Semana 5, lunes 30 de junio.....	43
2.2. Portafolio de actividades.....	44
CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	51
3.1. Análisis de resultados	51
3.2. Propuesta de Solución	56
3.2.1. Introducción.....	56
3.2.2. Marco de Referencia	58
3.2.3. Justificación.....	64
3.2.4. Objetivos	67
3.2.5 Beneficiarios.....	67
3.2.6. Intervención	68
CONCLUSIONES.....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	111

INTRODUCCIÓN

La psicología clínica, de acuerdo con la American Psychological Association (APA, 2020), es una disciplina que integra la ciencia, la teoría y la práctica para comprender, prevenir y aliviar el malestar y la disfunción psicológica, promoviendo el bienestar y el desarrollo humano. Es una ciencia que ha evolucionado significativamente, incorporando enfoques basados en evidencia para el tratamiento de diversas condiciones, como la ansiedad, la depresión y los trastornos de personalidad (Triana y Villamizar, 2018).

En el ámbito global, la atención psicológica a personas con discapacidad representa un desafío prioritario para los sistemas de salud, debido a que estas poblaciones suelen estar en mayor riesgo de exclusión, abandono terapéutico y problemas de salud mental no tratados. En el año 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el mundo viven más de 1000 millones de personas con discapacidad de algún tipo, y muchas de ellas deben enfrentarse a múltiples barreras físicas, sociales y políticas para acceder a los centros de atención y ayuda sanitaria, en especial cuando de discapacidades que tienen un grado de afectación mental se trata..

Por otro lado, la población sin discapacidad, es decir, sin una condición que limita física o mentalmente a las personas, también representan un foco de atención importante, en especial aquellas cuyos factores de desarrollo, estimulación, problemas médicos no mentales, se convierten en un impedimento importante para el bienestar general de los mismos.

Casari et al., (2021), destaca el rol del psicólogo clínico integrativo, desde una visión profesional que involucra tanto aspectos personales y demográficos, como habilidades entrenadas gracias a la ardua formación académica y exposición a la atención, tratamiento y seguimiento de pacientes con o sin discapacidad. En este contexto, el papel del psicólogo clínico se vuelve esencial, ya que no solo se enfoca en la intervención terapéutica individual, sino también en la promoción de adaptación funcional y el fortalecimiento del entorno social del paciente.

En la provincia de Los Santos, se ha observado la tendencia poblacional hacia la discapacidad. Aún se desconocen las razones o factores que están involucrados, pero la situación actual indica que es muy cuantiosa la población de esta región y áreas aledañas que enfrenta desafíos en materia de atención integral, tomando en cuenta que es una de las provincias cuyos pueblos se encuentran más alejados geográficamente de los epicentros poblacionales, que es donde se localizan los servicios de salud especializados. Es a raíz de este problema, que el Centro de Rehabilitación Integral (Reintegra) de Los Santos se convierte en un lugar estratégico para las prácticas profesionales de nivel de maestrías para todas las ramas de salud de enfoque interdisciplinario, como la Psicología Clínica, de manera especial gracias a que es un centro que recibe parte de la población menos favorecida y necesitada de esta región con o sin discapacidad. De esta manera, esta es una oportunidad importante para que los estudiantes de este nivel, apliquen todos los conocimientos aprendidos en clases en un escenario real, dándoles el apoyo necesario tanto a los pacientes como a los profesionales que laboran en el mismo (Reintegra, 2023).

En este informe se desarrolla el tema denominado “Intervención, tratamiento y seguimiento clínico de pacientes con discapacidad y sin discapacidad en REINTEGRA Los Santos, 2025”, con la meta de aplicar intervenciones de psicología, tratamientos integrales en conjunto con el resto de funcionarios, y dar seguimiento clínico a la población atendida en este centro, a partir de un enfoque integrativo diseñado en base a necesidades individuales.

El mismo se estructura en capítulos que abordan: primero, el marco de referencia institucional, luego la descripción de la práctica profesional con énfasis en las actividades realizadas, y finalmente un capítulo de análisis e interpretación de los resultados, donde se presenta una propuesta de solución basada en la experiencia obtenida durante el proceso.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I. MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

1.1. Antecedentes

Los psicólogos clínicos son parte de equipos multidisciplinarios, los mismo que tienden a mejorar la atención al paciente mediante la colaboración con otros profesionales sanitarios (Bocharov et al., 2023). Es decir, aquellos que forman parte de instituciones multidisciplinarias, como el centro Reintegra, se preparan para integrarse y trabajar bajo un equipo que sigue un objetivo común, que es promover el bienestar psicológico de los pacientes.

En general, la Psicología Clínica aborda los diferentes trastornos mentales desde diferentes corrientes terapéuticas, entre la cuales se ha destacado cada vez más, la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), observándose resultados positivos y significativos en intervenciones y tratamientos psicológicos. La terapia Cognitivo Conductual, ha arrojado resultados de eficiencia comprobada en múltiples trastornos de adultos (Chand et al., 2021), en trastornos de niños y adolescentes como trastornos de conducta (Genise, 2014), TDAH (Luna et al., 2020); así como la atención a pacientes con discapacidad o sin discapacidad, en conjunto con charlas psicoeducativas a los pacientes y familiares (Sotolongo, 2023).

En estudios donde se ha implementado intervenciones, tratamientos y seguimientos de pacientes con o sin discapacidad, se señala las esferas cognitivas, conductual y social como puntos clave en la reinserción comunitaria (Carmona et al., 2023). Estos autores, por ejemplo, encontraron que la articulación de un conjunto de intervenciones psicosociales y cognitivas han demostrado ser efectivas incluso para que las personas con discapacidad se inserten efectivamente en el campo laboral, así como en otras áreas de su vida.

Por otro lado, León (2023), aplicó una intervención con TCC en personas mayores con limitaciones debido a la edad, las cuales constituyen una de las principales causas de discapacidad en adulto mayor, y encontró cambios muy significativos en los procesos intelectuales, en el pensamiento lógico verbal, práctico

constructivo y rumiativo; además estados emocionales ansioso bajo y depresivo leve, autoestima alta, y notable mejoría en la vulnerabilidad al estrés.

Además, en el caso de personas con discapacidad u otro trastorno de desarrollo que limite su funcionamiento y adaptación, como ocurre con pacientes con TDHA y autismo, la TCC también ha resultado eficiente en sus intervenciones; ya que, esta permite adaptaciones en cada etapa de las terapias psicológicas para apoyar las diferencias, necesidades y preferencias (Musich y Aragón, 2022). Esto es posible porque la TCC se basa en identificar pensamientos, emociones y conductas específicas, lo que permite ajustar estrategias, materiales y ritmo de trabajo según las capacidades del paciente, promoviendo así un proceso terapéutico más accesible y eficaz.

La misma es aplicable a todas las edades, de hecho, se han observado que en intervenciones, tratamiento y seguimiento con TCC en psicología clínica dentro de un contexto similar a REINTEGRA, se han logrado avances significativos y positivos en cuanto a la identificación de emociones, la expresión de sentimientos, y la mejora en la conducta y concentración, a través de refuerzos positivos y la utilización de actividades lúdicas en el caso de los más jóvenes (Marín, 2024).

1.2. Justificación

La presente intervención psicológica nace de una necesidad profundamente humana y profesional: atender integralmente a personas que atraviesan procesos de rehabilitación, tanto con discapacidad o sin ella, dentro del contexto clínico y comunitario que ofrece REINTEGRA Los Santos. Como profesional de psicología en formación clínica, se ha observado el impacto que tienen las intervenciones psicológicas oportunas y sostenidas en la calidad de vida de pacientes que, además de sus desafíos físicos o neurológicos, enfrentan barreras emocionales, sociales y familiares.

Numerosos estudios respaldan la importancia de brindar atención psicológica en entornos de rehabilitación. Lim y Tierney (2023), por ejemplo, encontraron que,

las intervenciones psicológicas clínicas mejoran el bienestar general de la población adulta. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), destaca que las personas con discapacidad experimentan tasas más altas de problemas y, trastornos mentales adicionales a su discapacidad por componentes sociales y, de acceso sanitario, por lo que incluir el componente psicológico en los planes de tratamiento para personas con o sin discapacidad no es un lujo, sino una necesidad.

En la provincia de los Santos, de acuerdo con los censos nacionales, el 3.3% de los menores de 0 a 17 años tienen alguna discapacidad o limitación y de estas limitaciones, hay 588 casos de discapacidad intelectual, 898 mentales y 821 son múltiples (Censos de Panamá, 2020). En el caso de los trastornos mentales en general, su incidencia en Panamá varía por edad, de esta manera usualmente encontramos trastornos como epilepsia y autismo predominando en niños; ansiedad, depresión y consumo de sustancias y Alzheimer en adultos mayores, superando el 70 % tras los 85 años (OPS, 2020). Todo esto, en conjunto, implica la gran necesidad que existe de atención psicológica.

En el caso específico de REINTEGRA Los Santos, se observa una demanda creciente de apoyo emocional, acompañamiento clínico y seguimiento psicológico en pacientes que, más allá de sus condiciones físicas, atraviesan crisis de identidad, pérdidas funcionales, alteraciones en su autoestima y vínculos familiares. Esta realidad refuerza el sentido de esta propuesta de intervención, que busca no solo tratar síntomas, sino acompañar procesos de adaptación, aceptación y empoderamiento personal.

Además, incluir tanto a personas con discapacidad o sin ella permite entender la intervención desde un enfoque inclusivo, donde el sufrimiento humano no se jerarquiza, sino que se aborda de forma equitativa, reconociendo la singularidad de cada historia clínica. La intervención también pretende fortalecer el trabajo interdisciplinario en REINTEGRA, articulando esfuerzos entre psicólogos, fisioterapeutas, médicos y trabajadores sociales para que el abordaje sea verdaderamente biopsicosocial.

Por todo lo anterior, esta intervención no solo responde a una necesidad local y actual, sino que también se alinea con los principios éticos y clínicos de la psicología contemporánea que aboga por una atención integral, basada en la evidencia y centrada en la persona (Suck, 2020). Esta experiencia enriquecerá la formación como profesional de la psicología clínica y más importante aún, representará una oportunidad de aportar a la salud mental de la población.

1.3. Descripción Institucional

La institución sobre la cual se aborda la intervención es uno de los Centros de rehabilitación integral de Panamá (REINTEGRA) específicamente en el distrito de Los Santos, provincia de los Santos; los cuales están compuestos por un equipo multidisciplinario integrado por terapeuta de lenguaje, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiología, trabajador social y psicología (MINSA, 2025), con el fin de dar atención y tratamiento a diversas condiciones físicas y mentales que limitan a la población en Panamá, en especial a niños desde los recién nacidos hasta jóvenes de 21 años.

1.3.1. Historia de REINTEGRA

En Panamá, se estima que alrededor de 100,000 niños y niñas presentan alguna condición de discapacidad física o sensorial. Hace dos décadas, gran parte de esta población no contaba con acceso a servicios de atención adecuados, debido principalmente a la falta de centros integrales cercanos a sus comunidades.

En respuesta a esta necesidad y en el marco del Plan Estratégico Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias (2005-2009), se estableció una coordinación horizontal entre los distintos programas de salud (SENADIS, 2010). El objetivo fue incorporar el enfoque de discapacidad y rehabilitación integral en todos los niveles de atención, así como fortalecer la coordinación intersectorial, intra-institucional e interdisciplinaria. Esto permitiría brindar una atención en salud equitativa, eficiente, efectiva y solidaria a las personas con discapacidad, a través de una institución especializada: el Centro de Rehabilitación Integral (REINTEGRA) (MINSa, 2022).

De esta forma, en el año 2007 se iniciaron las obras para la construcción de los centros REINTEGRA en la provincia de Los Santos, junto con otros ubicados en Bocas del Toro y Coclé (Rodríguez, 2007). Estos centros fueron diseñados con instalaciones adecuadas y alineadas con las necesidades específicas de la población con el objetivo de ofrecer una cartera de servicios que incluye estimulación temprana, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, hidroterapia, electroterapia, fonoaudiología y acceso a gimnasio terapéutico (MINSa, 2022).

Objetivos de REINTEGRA

- Brindar terapias, estimulación y tratamientos especializados a los pacientes.
- Fomentar la interacción coordinada entre los profesionales de salud y los pacientes, desarrollando todas las actividades y terapias en torno al área de gimnasio, con un enfoque de seguimiento continuo e integral por parte de todos los especialistas involucrados.

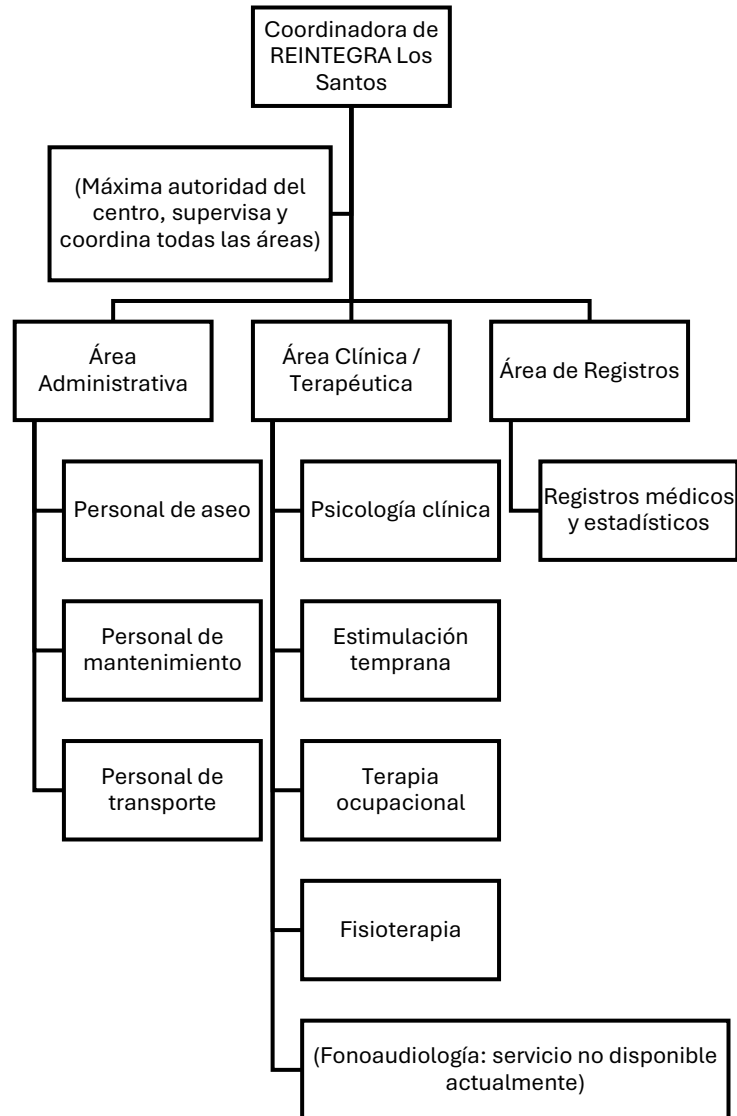
1.3.2. Misión

Entidad gubernamental, sin fines de lucro, comprometida con la atención integral a las personas con discapacidad, por medio de la prevención, promoción, rehabilitación de la salud física, psicológica, social y ambiental, de todos y todas en condiciones de igualdad con calidad, eficacia, responsabilidad, calidez y respeto a la dignidad humana, manteniéndonos a la vanguardia en la tecnología, con la capacitación y la participación de la comunidad destinada a la recuperación de este grupo de personas para la inclusión a la sociedad (REINTEGRA, 2025).

1.3.3. Visión

“Ser pilar en la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad; profesionales comprometidos a mejorar su calidad de vida, preparándolo para la inclusión a la sociedad.” (REINTEGRA, 2025)

1.3.4. Organigrama



Fuente: REINTEGRA (2025).

1.3.5. Servicios y funciones

REINTEGRA Los Santos, ofrece los siguientes servicios especializados:

- Evaluación, tratamiento y seguimiento psicológico individual y familiar.
- Terapias físicas y funcionales para personas con limitaciones motoras.
- Intervención en lenguaje, comunicación y habilidades sociales.
- Apoyo en el desarrollo de habilidades para la vida diaria.

- Orientación familiar y consejería.
- Evaluaciones multidisciplinarias para elaboración de planes de rehabilitación.
- Actividades grupales y comunitarias de sensibilización e inclusión.
- Coordinación con escuelas y centros educativos para facilitar la integración escolar.
- Promoción de la salud mental y prevención de recaídas.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Realizar intervenciones psicológicas, tratamiento clínico y seguimiento terapéutico a pacientes con discapacidad y sin discapacidad que asisten a la sede de REINTEGRA Los Santos, a fin de promover su bienestar integral y calidad de vida, bajo un enfoque clínico humanista basado en evidencia.

1.4.2. Específicos

- Evaluar el estado emocional, cognitivo y conductual de los pacientes, mediante entrevistas clínicas, observación y aplicación de instrumentos psicológicos pertinentes.
- Brindar atención psicológica individual a pacientes con discapacidad o sin discapacidad, adaptando la intervención a sus necesidades y condiciones específicas.
- Aplicar estrategias psicoterapéuticas breves orientadas a la estabilización emocional y al fortalecimiento de habilidades de afrontamiento.

- Realizar seguimiento clínico a los casos atendidos, documentando los avances o retrocesos y ajustando el plan terapéutico según cada caso.

1.5. Población beneficiaria

1.5.1. Beneficiarios directos

La población beneficiaria directa está conformada por los pacientes que reciben atención en la sede de REINTEGRA Los Santos, tanto personas con discapacidad (física, intelectual, psicosocial, sensorial o múltiple), como aquellas sin discapacidad que presentan necesidades psicológicas diversas. Se atienden personas de diferentes grupos etarios, géneros y contextos sociales, mayormente provenientes de la región de Azuero y áreas aledañas.

1.5.2. Beneficiarios indirectos

De manera indirecta, se benefician los familiares y cuidadores de los pacientes atendidos, al mejorar el entorno emocional y conductual de estos, así como los equipos interdisciplinarios de REINTEGRA que reciben orientación psicológica para optimizar su intervención. También se ve beneficiada la comunidad en general, al fortalecer redes de apoyo, sensibilizar sobre la salud mental y promover el respeto hacia las personas con discapacidad.

1.6. Cronograma de actividades

Actividades	Semanas				
	1	2	3	4	5
Inducción institucional	■				
Entrevista inicial con equipo multidisciplinario			■		
Entrevista psicológica clínica				■	
Terapias psicológicas a pacientes	■	■	■	■	■
Aplicación de pruebas psicológicas: Wisc IV		■	■	■	
Calificación, análisis e interpretación de resultados de Pruebas Wisc IV	■	■		■	
Apoyo en registro diario y estadísticas	■	■	■	■	■
Seguimiento a pacientes de psicología clínica	■	■	■	■	■
Intervenciones educativas y orientación a padres	■	■	■	■	■
Elaboración de informes psicológicos		■		■	
Refuerzo de rutina diaria y regulación emocional					■

Fuente: Elaboración propia (2025).

CAPÍTULO II. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

2.1. Actividades realizadas

2.1.1. Semana 1, del lunes 2 al 6 de junio

La Práctica Profesional dio inicio el lunes 2 de junio de 2025 en el Centro de Rehabilitación Integral REINTEGRA, ubicado en la provincia de Los Santos.

Como primera actividad, recibí una inducción inicial dirigida por la psicóloga clínica Geanett Cedeño, cuyo objetivo fue proporcionarme un panorama general sobre el funcionamiento de la institución. Durante esta inducción, se me contextualizó sobre la atención psicológica que se brinda a niños desde los 2 años hasta adolescentes de 17 años, abarcando tanto a quienes presentan alguna condición de discapacidad como a aquellos que no la tienen. Este aspecto es relevante porque evidencia la inclusión y diversidad de la población atendida, así como la importancia de la intervención temprana en el desarrollo integral de los niños.

Antes de iniciar propiamente las funciones, fui presentada al equipo de funcionarios de las ocupaciones sanitarias que laboran en la institución, entre ellas estimulación temprana, fisioterapia, terapia ocupacional y registros médicos. Esta primera impresión fue muy importante, pues a través de ella comprendí la visión interdisciplinaria y holística que lleva REINTEGRA de Los Santos, así como el resto de estos centros del país. Cada especialista aporta diariamente su apoyo y desempeño desde su área de conocimiento; y con ello, también, desde este primer momento, se comprende la esencia biopsicosocial de los pacientes que acuden a este lugar y que se enriquecen de los procesos de rehabilitación siendo

parte de una comunidad, y a la vez recibir una atención personalizada de muchos profesionales que coordinan en los planes de intervención ajustes para considerar cada una de sus necesidades específicas.

Una vez completado el recorrido, la licenciada Geanett Cedeño dedicó valiosos minutos para explicar con detalle las funciones que desempeña como psicóloga clínica en el centro REINTEGRA de Los Santos, haciendo énfasis sobre todas las responsabilidades que recaen sobre este puesto como lo son la realización de entrevistas psicológicas dirigidas a niños y adolescentes, así como a los padres o cuidadores, destacando el hecho de que es vital siempre explorar el contexto familiar, escolar y social del paciente.

También habló del desarrollo de las diferentes intervenciones terapéuticas que ha llevado a cabo, y en resumen mencionó los enfoques que aplica como la terapia cognitivo conductual (TCC) así como la terapia de juego al tratarse muchas veces de niños. También describió algunas de las técnicas y herramientas que utiliza como la asignación de tareas y registros para el hogar y la escuela, buscando con estas primero manejar un recurso sencillo para comprenderlo y desarrollarlo, y segundo para que se reaprendan conductas más positivas, así como también para promover cambios significativos en toda la estructura social cercana del paciente, entendiéndose como parte de ésta a la familia y la escuela.

Por otro lado, destacó entre sus funciones relevantes la evaluación de desarrollo cognitivo e intelectual, que realiza por medio de la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, entre las cuales las más frecuentes son las pruebas

proyectivas (HTP, figura humana, entre otras) y estandarizadas como la escala WISC-IV para la medición del coeficiente intelectual. Durante este apartado señaló que la aplicación de estas pruebas es fundamental para conocer elementos importantes del paciente y sus familiares, y de manera especial el WISC-IV se emplea mucho para apoyar el diagnóstico diferencial de algunos trastornos, siendo solicitadas por instituciones como SENADIS, centros educativos y especialistas como neuropediatras o paidopsiquiatras.

Con estos resultados se procede a elaborar informes psicológicos que van a delimitar y orientan los procesos de intervención de cada paciente y por ende, también dirigen la toma de decisiones al respecto. De esta manera, se toman en consideración las necesidades específicas de cada caso, para que la psicóloga entreviste a los padres o cuidados, elija que técnica o enfoque emplear en cada caso, y diseñar un plan estratégico en conjunto con otros profesionales de otras áreas por ejemplo, con estimulación, fisioterapia, etc.

Con el fin de prepararme de antemano, y permitirme tener un panorama de lo que iba a tratar, explicó cuáles son los diagnósticos más frecuentes que se atienden, los cuales incluyen el Trastornos del Espectro Autista (TEA), trastornos de conducta, trastorno negativista desafiante, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), trastornos del aprendizaje y otras problemáticas relacionadas con las pautas de crianza. Con esta información, en ese primer día, ya podía prepararme mentalmente para la diversidad de necesidades psicológicas

y educativas que se presentan en la población infantil y adolescente; y además, ponía de manifiesto algunos de los puntos clave de posible mejora institucional.

Luego de la inducción y presentación, el mismo lunes 2 de junio, tuve la oportunidad de estar presente y observar la atención del seguimiento de cuatro pacientes. Dos de ellos habían recibido diagnóstico de Trastorno Espectro Autista tipo 2, emitido previamente desde neuropsiquiatría, mientras que los otros dos presentaban dificultades posiblemente derivadas de los estilos de crianza inadecuadas. En estas sesiones, la psicóloga clínica implementó intervenciones desde el enfoque Cognitivo Conductual, para lo que les asignó tareas conductuales para desarrollar en casa, en conjunto con los padres; ayudó mucho que a modo de conveniencia terapéutica con niños pequeños se valiera de técnicas de juego terapéutico, primero porque de esta manera se creaba el ambiente adecuado para evaluar su desarrollo, su contexto, crianza y gracias a ello, darles orientación a padres y cuidadores, enfatizando la importancia del rol del adulto en el moldeamiento y corrección positiva de ciertas conductas inadecuadas.

En el segundo día de práctica, correspondiente al martes 3 de junio, lo primero que se realizó fue la revisión de la agenda clínica y la consulta de los expedientes físicos y electrónicos de los pacientes citados; este es un paso esencial para que como profesionales podamos garantizar la continuidad y calidad de la atención; y esto se debe a que, como es natural muchas veces no se logran recordar cada avance de cada paciente, así al revisar la agenda, y los expedientes la psicóloga

recuerda la sesión anterior, y puede iniciar la sesión desde el punto en el que había quedado.

Para ese día, en agenda estaban citados cuatro pacientes que llegaron a la atención. Tres de ellos fueron atendidos por sospecha diagnóstica de TDAH, y a los que se les aplicaron técnicas de TCC y se les hizo recomendaciones específicas a los padres para que las aplicaran en el hogar, y en la escuela, incluyendo sugerencias prácticas y puntuales para los docentes buscando favorecer la concentración aumentando los tiempos de atención y la regulación conductual cuando el niños experimenten los criterio de hiperactividad y/o impulsividad en el aula.

Con el cuarto paciente, el cual estaba por observación por posible TEA, recibió una sesión lúdica muy creativa con ténpera. En el transcurso de estas actividades se perseguía el objetivo de trabajar la tolerancia sensorial a la textura líquida, logrando poco a poco mayor interacción. Resulta muy educativo en esta experiencia de encontrar el medio más eficaz para que los niños acepten la nueva textura, juego o actividad; como profesionales debemos investigar mucho sobre la marcha para encontrar las estrategias, dinámicas y juegos que se pueden aplicar a diferentes casos.

Al día siguiente, el miércoles 4 de junio se atendieron cuatro pacientes con diagnóstico confirmado de Trastorno del Espectro Autista (TEA), con las diferencias diagnósticas al nivel de gravedad, así el primero era TEA tipo 1 y el segundo TEA tipo 2. Las sesiones se hicieron principalmente a través de terapias

de juego, buscando trabajar sobre el reconocimiento y la expresión de emociones. Entre las herramientas que se usaron están recursos como horquillas, cubos, cilindros, dominós de animales y rompecabezas, aprovechando que son materiales que captan la atención de los niños, y a la vez permiten estimularlo para que aplique y practique las habilidades cognitivas y socioemocionales afectadas, además también se logró, poco a poco, potenciar la atención, la concentración, la tolerancia a la frustración y la identificación emocional, aspectos esenciales para su adaptación al ambiente y la interacción social en personas con TEA.

Para el jueves 5 de junio, nuestra jornada inició con la revisión de expedientes clínicos de los pacientes programados para seguimiento. Dos de los casos atendidos trataron de algunas de las dificultades relacionadas con los estilos de crianza por parte de los cuidadores. Al ser, estas dos atenciones de seguimiento, en las sesiones anteriores los pacientes se les había asignado algunas tareas, y por ende, la sesión inició con la revisión de la ejecución y el cumplimiento de las mismas; como parte de esta intervención se trabajó sobre el reforzamiento de las estrategias conductuales aplicadas en la casa y se orientó a los padres sobre la disciplina positivas y la consistencia educativa, ya que en estos casos se consideraron como pilares en el tratamiento.

Ese mismo día, también se atendió a un paciente con TEA tipo 2 igualmente dándole seguimiento al caso. Para éste se le aplicó una terapia de juego simbólico utilizando un inodoro de juguete y un muñeco, dado que en esta oportunidad se

buscaba trabajar sobre el control de esfínteres, a partir de una queja de la mamá, quien había comentado que el niño continuaba orinándose en cualquier lugar. Para reforzar lo tratado, se asignó una tarea para el hogar, que consistió en la elaboración de un registro gráfico, en el cual se debía anotar la fecha, acompañada de una imagen representativa de un niño orinando en el inodoro, además de una cara feliz o triste según los logros diarios. La psicóloga explicó que esta es una buena forma de reforzar la motivación extrínseca o externa aprovechando los recursos visuales, que resultan más efectivos en niños con TEA.

Una parte crucial de cada sesión fue el hecho de que siempre se disponen de algunos minutos en el cierre para brindarle orientaciones individualizadas a los familiares y cuidadores, puesto que, en terapia se les muestran las técnicas, pero al final el niño va a pasar mucho más tiempo en casa; por lo tanto, al enseñar a los cuidadores nos aseguramos la continuidad terapéutica en el entorno del hogar. Cuando los pacientes se retiran, la psicóloga dedicó unos minutos a dialogarme sobre la importancia que tiene empoderar a los padres o cuidadores en el seguimiento de las terapias, pues esto garantiza que los avances obtenidos en la consulta van a tener un impacto más significativo en la vida cotidiana del niño.

Para completar esta primera semana, el viernes 6 de junio no se realizaron atenciones clínicas directas, ya que la licenciada Cedeño destinó la jornada a la calificación de tres pruebas WISC-IV previamente aplicadas. En esta tarea logré colaborar con el desarrollo del análisis e interpretación de los resultados, así como

también trabajar en los informes psicológicos correspondientes a estas pruebas. Esta experiencia resultó especialmente enriquecedora, ya que, a pesar de que a nivel teórico en clases se aprenden estas pruebas, el hecho de que se trate de un paciente real, le confiere a esta experiencia un mayor compromiso; pues de ello dependerá el diagnóstico, la planificación terapéutica y la orientación a docentes y familias, que al final repercutirá directamente en el futuro y el bienestar del niño o adolescente que viene a nosotros por atención.

2.1.2. Semana 2, del 9 al 13 de junio

En la segunda semana de práctica, muy similar a la anterior, todas las intervenciones clínicas que se realizaron fueron dedicadas a pacientes en seguimiento, principalmente debido a que en el Centro muchas de las atenciones son secuenciales y por lo tanto se ven a los pacientes cada periodo de una o dos semanas. En esta semana también colaboré de forma constante en la actualización de las hojas de registro diario, documentando de forma detallada la información correspondiente a cada paciente y su acompañante. Esta labor es de carácter administrativo, y constituye una parte esencial del trabajo clínico, ya que de esta información se traza la evolución que está llevando cada paciente, se prevé si se necesitan modificaciones o si se continúa con lo establecido en el plan inicial.

El lunes iniciamos la jornada nuevamente con la revisión de la agenda clínica, en la cual estaban programados cinco pacientes para ese día, aunque solo asistieron cuatro. El primer caso correspondió a un paciente con diagnóstico de Trastorno

del Espectro Autista (TEA) tipo 1, con quien se procedió a trabajar mediante terapia cognitivo conductual (TCC) aplicando técnicas como la reestructuración cognitiva dirigida a modificar los pensamientos automáticos que estaban relacionados con diversos síntomas de ansiedad, lo cual explica la psicóloga Cedeño es una problemática muy frecuente en niños con TEA, ya que éstos no reaccionan bien ante cambios en la rutina o situaciones sociales, y a la vez esto no siempre puede controlarse por más que padres y maestros tengan establecidas sus rutinas.

Con el segundo paciente, el cual ha sido diagnosticado con TEA tipo 2, se aplicaron recursos que favorecieran el desarrollo de la atención y la concentración, ya que estos son aspectos que suelen estar más comprometidos en estos casos. La técnica principal consistió en técnicas de juego terapéutico, en el cual se aplicaron dinámicas que requerían seguir instrucciones simples y progresivas, de esta manera, no solo se captaba el interés del niño, sino también se creaba un ambiente estructurado y motivador para que el aprendizaje de las estas habilidades fuera agradable, fluido y divertido, sin necesidad de ocasionarle angustia u otro malestar.

Para el tercer paciente, se me permitió aplicarle de manera supervisada, la escala WISC-IV como parte de su proceso diagnóstico, convirtiéndose en una de las experiencias más desafiantes pero también la más significativa, puesto que representó estar frente al paciente, recordar las pautas de la administración de esta prueba y además tener que seguir rigurosamente los protocolos de aplicación

para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados. Al finalizar esta aplicación comprendí que estas evaluaciones aportan mucha más información del paciente que lo que comúnmente se puede esperar, y es que no solo aportan un índice de coeficiente intelectual, sino que también permite medir el perfil de fortalezas y debilidades cognitivas de cada sujeto, y esto sirve para personalizar la evaluación que se está realizando.

Para finalizar este primer día, se atendió el cuarto caso que correspondió a un paciente con diagnóstico confirmado de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el cual estaba ya siendo tratado farmacológicamente con metilfenidato. Para esta sesión se realizó la revisión de tareas previamente asignadas, que habían estado enfocadas en la estructuración de rutinas domésticas. Se encontró que las desarrolló de manera parcial, lo que dio lugar a dialogar nuevamente, tanto con el paciente como con su cuidadora, para que en las siguientes semanas recordaran que es muy importante llevar a cabo las tareas, señalando cómo la constancia y la repetición favorecen el aprendizaje y la automatización de los hábitos y cómo, aunque parecen simples acciones, éstas pueden ser claves en su terapia. Al cerrar la sesión se volvió a asignar la misma tarea con ajustes menores para facilitar su cumplimiento.

Al día siguiente, martes 10 de junio, luego de revisar la agenda para verificar los pacientes citados, se me dio el espacio para atender, bajo supervisión, al primer paciente en consulta, lo cual representó un aprendizaje de reforzamiento de mis habilidades profesionales aprendidas a lo largo de mi formación. El caso

correspondió a un niño que cursa actualmente el tercer grado de primaria y que presenta dificultades severas en el aprendizaje. Por medio de la entrevista que le realicé se destacó el hecho de que el paciente no cuenta con lectoescritura funcional ni con habilidades numéricas básicas, lo cual implica un retraso significativo en la adquisición de estas habilidades según su edad cronológica y su nivel escolar. Durante la sesión, se empezó con ejercicio para afianzar la comprensión lectora a partir de un cuento breve, observándose dificultades notorias para retener y procesar información. Y, en consecuencia, se procedió a agendar la aplicación de la escala WISC-IV en la próxima consulta, con el objetivo de obtener un perfil cognitivo más preciso que permita orientar adecuadamente las intervenciones futuras, al cierre se asignó como tarea, la elaboración de fichas con las sílabas del abecedario, recurso pedagógico que puede fortalecer progresivamente la lectoescritura (Bohórquez et al., 2023).

El segundo caso del día, abordado en conjunto con la psicóloga clínica, correspondió a una niña de cinco años diagnosticada con síndrome de Guillain-Barré, que es una condición neurológica que se caracteriza por parálisis flácida, y que aunque es poco frecuente en la infancia (Ortega y Méndez, 2025), aún persisten muchos casos en nuestro país, generando diversas limitaciones en el desarrollo de quienes lo padecen. En este caso, primero se revisó una tarea conductual previa, que evidenció episodios de incontinencia en ocho de las últimas quince noches por lo que la consulta se enfocó en estas dificultades de control de esfínteres durante el sueño, tomando como base los logros que se obtuvieron, dándole refuerzo positivo mediante elogios verbales, y motivando a la

paciente a continuar realizando las técnicas de rutinas nocturnas, para que poco a poco vaya mejorando. Luego de la atención se reasignó la tarea de registro de incontinencias nocturnas, pero ahora con modificaciones, orientadas a lograr una reducción progresiva.

Para la tercera atención del día, se recibió a un niño de seis años en seguimiento por impresión diagnóstica de mutismo selectivo. Al ser un trastorno de difícil diagnóstico por la dificultad de apreciación de otros contextos (DSM-V, 2014), se les había solicitado a los familiares traer videos en los que se observara que el niño se comunica espontáneamente en casa, y efectivamente así resultó. En consecuencia, se procedió a interactuar con el niño mediante juego terapéutico, y se pudo observar que el paciente pronunció únicamente dos palabras, lo que constituye un avance mínimo pero significativo en el contexto clínico. Al finalizar la sesión, se le asignó como tarea a la familia la reducción del uso de pantallas electrónicas en el hogar, considerando que la sobreexposición puede limitar la interacción comunicativa y acentuar las conductas de aislamiento (Lliviaca y Pulla, 2025).

El cuarto caso correspondió a un niño diagnosticado con parálisis cerebral espástica, que presenta conductas disruptivas tanto en casa como en la escuela, entre ellas la dificultad para esperar turnos, seguir instrucciones y un marcado nivel de impulsividad. De acuerdo con diversos estudios como el de Muriel et al., (2014), se ha evidenciado que un tercio de los niños con PC espástica presentan

déficits cognitivos, déficits de atención y de funcionamiento ejecutivo, lo que puede presentar sintomatología muy similar al TDAH.

En esta consulta, se decidió trabajar a través de terapia de juego, con el fin de hacer ejercicios para mejorar la atención sostenida, la autorregulación emocional y el cumplimiento de instrucciones básicas. Para las tareas en casa, se solicitó seguir un sistema de economía de fichas para facilitar la adquisición de conductas adaptativas mediante el refuerzo positivo.

Al día siguiente, miércoles 11 de junio, el primer caso que se recibió fue un paciente en observación por posible TDAH, con quien se trabajó aspectos de atención, concentración y seguimiento de instrucciones mediante Terapia cognitivo conductual, y al finalizar la sesión se le asignaron tareas para realizar en casa que le ayuden a mejorar sus rutinas, y a concentrarse mejor.

Luego, se recibió el segundo caso que correspondió a una niña de siete años la cual manifestó tener síntomas de ansiedad anticipatoria asociada a exposiciones orales en clase (“decir charlas y poesías”), debido a que siente mucho miedo a equivocarse y a que la regañen. Para tratarla, en primer lugar, se le enseñaron técnicas de respiración y, a través de dibujos, se promovió el reconocimiento de reacciones fisiológicas asociadas a la ansiedad como con palpitaciones, opresión en el pecho y sudoración (Torrano, 2024).

La última paciente del día, fue una niña de nueve años, la cual fue abordada junto a su madre debido a un notable conflicto del vínculo afectivo entre ambas; por ello, se procedió a trabajar en el fortalecimiento de ese vínculo aportándoles ejercicios

y recursos para aprender las pautas de una crianza respetuosa y emocionalmente segura, para implementar en el entorno familiar como tareas, así como también, el estrategias de manejo de conducta desde los límites positivos, establecimiento de normas claras y consecuencias congruentes.

Para el jueves 12 de junio, se dio atención a tres pacientes. El primer paciente en su segunda sesión, es decir, en seguimiento, se encontraba en observación por sospecha de TEA. Manifestó comportamientos estereotipados, ecolalia, escaso contacto visual, aplanamiento afectivo y fijación en objetos. Se utilizó la terapia de juego para establecer rapport y trabajar la regulación emocional. Se ofrecieron orientaciones al familiar y se confirmó una próxima cita con neuropediatría.

El segundo paciente, con diagnóstico de mutismo selectivo, no logró verbalizar durante la sesión en mi presencia; sin embargo, al ingresar nuevamente después de haberme ausentado, pronunció dos palabras. Se asignó tarea basada en modificación conductual mediante economía de fichas y se elaboraron recomendaciones por escrito dirigidas a su docente.

El tercer caso correspondió a un paciente de cinco años con TEA tipo 1, quien ha desarrollado habilidades de lectoescritura. Se observaron avances significativos en su conducta tanto en casa como en el entorno escolar, donde ahora sigue instrucciones, espera turnos y socializa con sus compañeros. Se reforzaron las recomendaciones previamente dadas a sus cuidadores.

El viernes 13 de junio se llevó a cabo la elaboración de dos informes psicológicos con resultados de coeficiente intelectual para la institución SENADIS. Asimismo,

se redactaron dos informes dirigidos a maestras de grado con recomendaciones psicopedagógicas específicas. Finalmente, se procedió a la calificación de una de las pruebas WISC-IV aplicadas durante la semana

2.1.3. Semana 3, del 16 al 20 de junio de 2025

Durante la tercera semana de práctica profesional, se continuó con el abordaje clínico de pacientes en seguimiento psicológico. Las actividades incluyeron intervenciones psicoterapéuticas, aplicación de pruebas cognitivas, entrevistas clínicas y la elaboración de informes psicológicos, consolidando así la experiencia en el ámbito clínico. Además, se mantuvo la asistencia a la psicóloga supervisora en la planificación y documentación de las sesiones, así como en la ejecución de tareas complementarias propias del proceso terapéutico, lo que permitió fortalecer la comprensión integral del quehacer profesional del psicólogo en un centro de rehabilitación.

Durante el lunes 16 se inició la jornada atendiendo al niño de seis años diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tipo 2, (atendido al inicio de la práctica), se procedió a revisar la tarea domiciliaria previamente asignada, en la cual se evidenció la persistencia de los problemas conductuales anteriormente observados tanto en la casa como en la escuela, especialmente en relación con la regulación emocional. Para ello, el enfoque fue dirigido al reconocimiento, identificación y manejo de estas emociones básicas, y como parte del plan terapéutico, se asignó nuevamente una tarea de refuerzo positivo, buscando fortalecer la adquisición de conductas adaptativas.

El segundo paciente fue un niño de once años con diagnóstico de discapacidad intelectual leve, que se encuentra bajo tratamiento farmacológico. La sesión se desarrolló de forma individual y se implementó una terapia cognitiva conductual adaptada a sus necesidades, enfocándose en dos ejes centrales que fueron la autorregulación emocional y el fortalecimiento de la autoestima. Estos ejes fueron elegidos para esta intervención, en base a estudios que muestran resultados muy positivos cuando se le aplican terapias a niños y adolescentes con discapacidad leve y moderada fortalecimiento estas dos habilidades, en conjunto con la expresión afectiva y que han mejorado su calidad de vida (Miranda et al., 2025).

El tercer caso correspondió a un niño de ocho años en proceso de duelo reciente, por el fallecimiento de su madre tres meses atrás. Según el reporte de cuidadores y maestros, el niño ha manifestado conductas agresivas en la escuela, como peleas, gritos y mordeduras con otros niños. En la sesión clínica, se trabajó a través de TCC y técnicas de relajación, orientadas al manejo emocional y a la canalización adecuada de la frustración y el dolor.

Al finalizar, se me psico educó al respecto, y logré entender que la expresión del dolor y los síntomas depresivos, pueden manifestarme muy diferente para los niños, que para los adultos. Como bien lo explica De Diego (2023), el duelo en los niños puede tener un impacto mucho mayor, debido a que por su desarrollo aun carecen de mecanismos de afrontamiento adecuados e integrados, por lo tanto, en esta etapa es vital el apoyo del adulto cercano, quien debe mostrarle como expresar y canalizar la pérdida desde formas adaptadas y no disruptivas.

Para este caso le fueron asignadas tareas tanto para el hogar como para la escuela centradas en la expresión emocional sencillas que pueden llevar al paciente a aprender a identificar realmente que siente, cómo comunicarlo y expresarlo, y como gestionar el dolor, la ira, y la tristeza por su pérdida.

Para el martes, se atendieron tres pacientes. El primer paciente atendido, al momento de revisar su avance en las tareas asignadas relacionadas con la modificación de conductas de enuresis nocturna y se observó que no se realizaron; por lo que, se procedió a dialogar nuevamente sobre importancia de la participación de la familia en el tratamiento, orientándolos sobre el manejo emocional de sí mismo, así como recomendaciones para organizarse y lograr el seguimiento establecido. En la sesión, entonces se trabajó con técnicas cognitivas conductuales por medio de terapias juego buscando moldear las conductas inadecuadas hacia mejores adaptaciones.

El segundo paciente, el cual corresponde al seguimiento del niño con diagnóstico de TEA tipo 2, al revisar el seguimiento de las asignaciones en el hogar, y se encontró un avance, no por completo, pero sí significativo en este caso. Para la sesión se dedicó tiempo oportuno para tratar la tolerancia a la frustración y a la atención sostenida, cerrando la misma con la asignación de nuevas asignaciones.

El tercer caso fue un paciente también con TEA tipo 2. Debido a un elevado nivel de irritabilidad, no fue posible desarrollar la sesión de forma efectiva, por lo que se reprogramó la cita para otra fecha.

El cuarto paciente fue un niño con dificultades asociadas a pautas inadecuadas de crianza. Durante la entrevista clínica se identificaron la ausencia de límites y presencia de conductas agresivas hacia personas y animales. La intervención se centró en brindar psicoeducación a los padres sobre estilos de crianza, normas y límites.

Por último, se participó en una entrevista inicial conjunta con la estimuladora temprana a la madre de un paciente referido por la escuela al presentar conductas agresivas, impulsividad, desobediencia y enuresis nocturna. La madre relató también comportamientos de crueldad hacia animales, lo cual fue documentado cuidadosamente para evaluación y seguimiento especializado.

El miércoles 18 de junio se atendieron cuatro pacientes, todos con diagnóstico de TEA (dos tipo 1 y dos tipo 2). Las intervenciones se enfocaron en el desarrollo de habilidades socioemocionales, reducción de movimientos estereotipados y ecolalia, mejora en la atención, concentración y seguimiento de instrucciones. En esta oportunidad se procedió a emplear técnicas de terapia cognitivo conductual, terapias de juego en conjunto con ejercicios de respiración y concentración. Al finalizar de la sesión para los padres se les dio recomendaciones para que replicaran en casa lo que se había trabajado en la sesión, y se les asignaron ejercicios prácticos.

Al día siguiente se recibió un paciente que había sido atendido anteriormente por dificultades en la dinámica familiar, específicamente en el establecimiento de límites por parte de los padres. En la sesión anterior se habían reforzado

estrategias de disciplina positiva basadas en la comunicación asertiva, en la consistencia de las normas y aplicación de consecuencias educativa; técnicas elegidas por la amplia evidencia de mejoras encontradas en casos similares, en donde se ha concluido que un buen estilo de crianza se basa en la combinación de elementos como la forma en que se comunican los padres con los hijos, cómo se fijan los límites y el hecho tener autonomía como padres (Quintero et al., 2014). Durante esta sesión se observaron, en consecuencia, mejoras significativas en donde el paciente acataba mejor las solicitudes al igual que los padres iban aprendiendo a cómo establecer congruentemente las pautas que deseaban. Se decidió continuar con el entrenamiento de comunicación y consistencia, y al final se ajustó la tarea asignada previamente para incorporar nuevos niveles de aprendizaje.

Para el segundo caso de este día, se trabajó en el seguimiento de un paciente diagnosticado con TEA tipo 2, quien mostró avances notables en el control de esfínteres. Por las impresiones de la madre, en las últimas dos semanas, el menor logró utilizar exitosamente el inodoro en varias ocasiones, lo que representa un progreso importante en su desarrollo. Para continuar con el aprendizaje de la conducta deseada, se procedió a recomendarle a la madre, seguir trabajando con elogios verbales siempre que el niño lograra usar correctamente el baño, y en el caso de los fracasos, simplemente mantener una conducta neutral, sin alterarse ni hacer comentarios negativos.

Luego de la consulta, se dio una explicación corta de la importancia de la expresión verbal positiva (elogios) en el reforzamiento de conductas adecuadas en pacientes con trastornos del neurodesarrollo, en especial, en pacientes con TEA; ya que esta es una estrategia utilizada en diversos programas como el de Chávez (2025), en donde se confirmó que los elogios específicos ayudan a que el niño comprenda e identifique por medio de estas expresiones qué les gusta o esperan los padres, lo que al final se traduce que repitan las acciones o comportamientos elogiados.

El tercer paciente evaluado fue un niño con dificultades de aprendizaje, a quien previamente se le había aplicado la prueba WISC-IV, con el fin de determinar su perfil cognitivo. Los resultados arrojaron un coeficiente intelectual total de 83, que se ubica en un rango límite (Brenlla, 2013), evidenciándose en específico puntuaciones particularmente bajas en comprensión verbal y memoria de trabajo. Los resultados obtenidos fueron muy importantes debido a que explican muchas de las limitaciones que se habían observado anteriormente en el rendimiento escolar del niño. Posterior a esto, se procedió a darle un informe completo de la evaluación a la madre, acompañado por orientaciones que debían ser aplicadas en el contexto escolar para lograr una adecuación oportuna y así lograr que el niño pueda tener un buen desarrollo académico, pero de acuerdo con sus necesidades.

El cuarto paciente atendido en ese día corresponde a un niño con diagnóstico de Tea tipo 1, con el cual se continuó la terapia de juego con aplicaciones cognitivas

conductuales. En el desarrollo de esta sesión observaron mejoras significativas en su capacidad para concentrarse en tareas estructuradas y en los juegos que se le realizaron por medio de ordenes guiadas. Al finalizar la sesión, se establecieron tareas para el hogar y se agendaron nuevas sesiones.

El último paciente del día correspondió a un niño referido para observación por posible Tea, impresión diagnóstica que se sospechaba por la presencia de comportamientos estereotipados, ecolalia y dificultades en el manejo emocional. Durante la observación se encontraron evidencias de dichos comportamientos, por lo que se procedió, en esta primera instancia, a emplear algunas estrategias terapéuticas cognitiva conductuales, se trabajó en la orientación a la madre sobre el manejo de emociones desreguladas, y se le asignaron tareas para el hogar de tipo registros, rutinas, con el fin de conocer mejor el desarrollo del niño en la casa.

El viernes 20 de junio, se brindó seguimiento a dos pacientes con problemas asociados a pautas de crianza inadecuadas. En ambos casos, se observaron avances parciales. Se reforzaron estrategias de modificación de conducta, mediante orientación a los cuidadores. También se atendió a un niño con dificultad del aprendizaje, el cual se trabajó en el fortalecimiento de habilidades de lectoescritura y se revisaron las tareas escolares. Finalmente, se realizó la aplicación completa del WISC-IV a un paciente de 10 años, proceso que fue supervisado por la psicóloga responsable.

2.1.4. Semana 4, del 23 al 27 de junio de 2025

Durante esta última semana de práctica profesional, se continuó con el abordaje psicoterapéutico de pacientes en seguimiento, así como con la aplicación e interpretación de pruebas psicológicas. Además, se participó activamente en entrevistas clínicas, elaboración de informes y en la gestión de la agenda del servicio de psicología del centro.

El lunes 23 de junio, el primer paciente fue un niño con diagnóstico de TEA tipo 1, en seguimiento psicológico por síntomas de ansiedad asociados a pensamientos negativos. Se observó una disminución de los síntomas reportados, evidenciada en la tarea asignada. La sesión se centró en el reforzamiento de las técnicas cognitivas previamente abordadas y se asignó nueva tarea para el hogar.

El segundo paciente de ese día, con TEA tipo 2, fue atendido mediante terapia de juego utilizando cubos con figuras geométricas y dominós de animales, con el objetivo de mejorar la atención y concentración, dada su dificultad para seguir instrucciones. Se complementó con intervención cognitivo-conductual y se dejó tarea para la casa y posteriormente, se elaboró un informe psicológico basado en una evaluación de CI previamente aplicada.

El tercer paciente fue un caso nuevo, referido por un especialista en Paidopsiquiatría con la solicitud de iniciar psicoterapia cognitivo-conductual y evaluación de coeficiente intelectual. En compañía de su madre, se aplicó la entrevista clínica Morrison para niños y adolescentes y se programó la aplicación del WISC-IV para el miércoles.

El cuarto paciente presentaba diagnóstico de TDAH, con tratamiento farmacológico con metilfenidato. Se revisó la tarea asignada y se trabajaron estrategias de regulación emocional y concentración mediante TCC. Se reforzaron las recomendaciones y se asignó nuevamente tarea estructurada.

El martes 24 de junio, el primer paciente, con dificultades significativas en el aprendizaje, fue atendido mediante actividades de lectoescritura, revisión de tareas escolares y ejercicios prácticos con ficheros silábicos. Asimismo, se realizó una breve intervención de relajación ante la presencia de frustración al enfrentar retos cognitivos. Se reforzaron las pautas para el hogar.

El segundo paciente, una niña de cinco años con síndrome de Guillain-Barré, atendida por el control de esfínteres durante el sueño. Se evidenciaron avances con solo tres episodios de enuresis en quince noches. Se reforzaron las estrategias de modificación conductual y se dejó tarea domiciliaria. Y el tercer paciente, con diagnóstico de parálisis cerebral espástica, fue atendido en consulta a través de terapia de juego, enfocada en habilidades de atención, espera de turno y seguimiento de instrucciones. Se observaron progresos en su conducta, según lo reportado por la familia. Se asignó nueva tarea en casa mediante economía de fichas.

El miércoles 25 de junio se realizó la evaluación del CI (WISC-IV) al paciente referido por Paidopsiquiatría. El resultado fue un coeficiente intelectual total de 85, correspondiente a un nivel de inteligencia dentro del rango promedio bajo. Se procedió con la calificación y análisis de resultados. Posteriormente, se atendió a

un paciente con sospecha diagnóstica de TDAH. La intervención incluyó TCC con énfasis en atención, seguimiento de órdenes y autorregulación, y para cerrar la sesión se asignaron algunos ejercicios para desarrollar en casa.

El tercer caso atendido corresponde a una niña de 9 años que presenta dificultades en la relación con la madre. Se intervino conjuntamente a ambas para trabajar en el fortalecimiento del vínculo afectivo, empleando para ello técnicas de comunicación, reforzando la conexión por medio de un dialogo con retroalimentación positiva, donde ambas debían expresar sus emociones positivas y negativas, desde un contexto seguro y terapéutico, y se cerro la sesión con recomendaciones conductuales para ir mejorando su estilo de relación.

Para el jueves 26 de junio, solo asistió uno de los cuatro pacientes citados. Este paciente, con diagnóstico de TEA tipo 2, recibió terapia cognitivo-conductual enfocada en regulación emocional y cumplimiento de instrucciones. Se asignó tarea orientada al refuerzo conductual.

Luego de la atención de pacientes, se destinó un tiempo oportuno para la elaboración de informes de coeficiente intelectual de evaluaciones que se habían realizado anteriormente en colaboración con la psicóloga. También se participó en la reorganización de la agenda de citas, un aspecto administrativo pero vital para lograr un mayor alcance en la Comunidad. Para ello, se realizaron llamadas a pacientes que tenían citas más alejadas y se les había encontrado espacios más próximos.

El viernes 27 de junio se dio atención a tres pacientes. El primer caso fue un niño en proceso de duelo, quien presentó avances en el manejo emocional. Se reforzaron herramientas de expresión emocional y se brindaron nuevas recomendaciones para realizar en el hogar.

El segundo paciente con mutismo selectivo, fue atendido a través de terapia de juego. Se revisó la tarea de economía de fichas, mediante la cual se evidenciaron pequeños avances en la conducta verbal. La familia presentó un informe escolar que reflejaba mejoras en la participación del niño en las últimas dos semanas. Se ajustó la tarea en función de los logros alcanzados.

El tercer caso fue un niño de cinco años con TEA tipo 1, con habilidades de lectoescritura desarrolladas. Se evidenciaron avances en su conducta tanto en casa como en el contexto escolar. Se reforzaron las recomendaciones previas y se animó a la familia a continuar con las estrategias implementadas.

2.1.5. Semana 5, lunes 30 de junio

En esta semana, el lunes 30 se realizó práctica, y como parte de los casos atendidos se trataron tres pacientes. El primer paciente acudió a consulta por seguimiento. Había sido evaluada por psicología hace dos años debido a dificultades en las pautas de crianza. Actualmente no presenta alteraciones psicológicas, por lo que se determinó su alta del servicio.

El segundo paciente asistió por seguimiento con diagnóstico de TEA tipo 2. Debido a la presencia constante de estereotipias y ecolalias, no fue posible desarrollar la

sesión de manera efectiva. Con el tercer paciente, el cual presenta diagnóstico de TDAH, como parte de su atención de seguimiento se revisaron las tareas previamente asignadas y se aplicó terapia cognitivo-conductual. Se indicó nuevamente como tarea la elaboración de registros relacionados con sus rutinas diarias.

2.2. Portafolio de actividades

Atención Clínica Directa

- Seguimiento psicológico a pacientes con diagnóstico de:
 - Trastorno del Espectro Autista (TEA)
 - Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)
 - Problemas de crianza
 - Duelo infantil
 - Mutismo selectivo
 - Discapacidad intelectual
 - Dificultades específicas del aprendizaje

Intervenciones Terapéuticas

- Aplicación de técnicas de:
 - Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)
 - Terapia de juego
 - Técnicas de relajación y manejo emocional
- Diseño y asignación de tareas conductuales para el hogar y la escuela.
- Refuerzo de rutinas diarias y hábitos funcionales.

Evaluación Psicológica

- Aplicación de la prueba de inteligencia WISC-IV.
- Calificación e interpretación de resultados.
- Elaboración de informes psicológicos con fines clínicos, educativos y para entidades como SENADIS.

5. Intervenciones Educativas y Psicoeducación

- Orientación y asesoramiento a padres y cuidadores sobre estrategias de crianza positiva y modificación conductual.
- Elaboración de informes con recomendaciones para docentes.
- Coordinación interdisciplinaria para abordajes conjuntos.

6. Actividades de Apoyo Administrativo y Registro

- Apoyo en el llenado de hojas de registro diario de atención.
- Organización y revisión de expedientes físicos y electrónicos.
- Asistencia en la asignación y reprogramación de citas para pacientes en lista de espera.

7. Técnicas de Entrevista Clínica

- Aplicación de entrevistas clínicas, como la Entrevista de Morrison para Niños y Adolescentes (Cuadro 1).
- Participación en entrevistas familiares conjuntas con otros profesionales del centro.

Cuadro 1

Caso Clínico Evaluado Durante La Práctica

<p>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>Esta es la primera evaluación de salud mental de paciente masculino de 7 años y 3 meses, nacido el 20 de marzo de 2018 en la provincia de Herrera, con residencia actual en Santa Ana de Los Santos. Viene con referencia de paidosiquiatría, la madre y el paciente son los principales informantes, siendo entrevistados al mismo tiempo. Se considera que la señora I.R.V. es confiable en el testimonio.</p>
<p>MOTIVO DE CONSULTA</p> <p>La madre dice que desde que su hijo tenía 4 años ha venido presentando dificultades en el comportamiento muy irritable, con dificultad para permanecer tranquilo, no culmina las tareas, lanza lo que tiene en la mano cuando se enoja. Expresa la mamá que ella pensaba que eso era “normal” para esa edad, pero que al llegar a la escuela todo empeoró.</p>
<p>HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:</p> <p>Los síntomas de irritabilidad, impulsividad y falta de atención comenzaron a notarse alrededor de los 4 años de edad y se intensificaron con el ingreso al primer grado escolar. La madre señala que el niño no lograba permanecer en su puesto, interrumpía constantemente y no culminaba las tareas, ya que se distraía con facilidad y se saltaba páginas o renglones de los cuadernos.</p>

En la actualidad, está cursando el segundo grado en donde las conductas persisten y se han agravado. Requiere supervisión constante para completar actividades en casa y en la escuela, se frustra con facilidad cuando la tarea le resulta complicada, interrumpe conversaciones y tiene dificultad para organizarse. También se observa dificultad para esperar turnos e imponer sus propias reglas en el juego, lo que genera conflictos sociales.

ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIALES:

El paciente nació a término mediante parto normal sin complicaciones. El desarrollo psicomotor fue adecuado: gateó a los 6 meses, caminó al año y logró el control de esfínteres a los 18 meses. Fue alimentado con lactancia materna hasta los 3 años. En la actualidad mantiene un patrón de sueño de 8 a 9 horas diarias y una alimentación variada sin dificultades.

En relación con el lenguaje, presenta dificultades en la pronunciación de fonemas y continúa en seguimiento con fonoaudiología. Vive con ambos padres; la madre es ama de casa y el padre se dedica a la pesca. Tiene un hermano de 18 años que no reside en el hogar. La madre manifiesta que en la casa hay reglas y límites, aunque a veces son desautorizadas por los abuelos maternos.

El niño describe a su madre como “buena e increíble” y a su padre como “regañón”.

En el aspecto social y escolar, cursa actualmente segundo grado y recibe apoyo de la maestra especial una hora diaria. A pesar de sus dificultades de atención,

no ha presentado rechazo escolar, ni sanciones de suspensión o expulsión. Mantiene buena relación con sus compañeros y maestra, no ha sido víctima ni perpetrador de acoso escolar. Sin embargo, le cuesta esperar turnos y cuando juega, suele querer imponer sus reglas. Socializa tanto con niños de su edad como con mayores. Entre sus intereses, destaca la atención hacia los animales de la granja de su abuela y como actividad física practica natación en verano.

HISTORIA DE LA FAMILIA:

La madre niega antecedentes familiares de trastornos mentales. Se describe un núcleo familiar funcional, aunque con cierta interferencia de los abuelos maternos en la crianza. El hermano mayor de 18 años, mantiene un vínculo intermitente con el paciente, siendo descrito como alguien que a veces le hace bromas pesadas, pero también lo cuida y protege.

HISTORIA MÉDICA:

La madre manifiesta que el embarazo fue catalogado como de alto riesgo, ya que no tuvo conocimiento de estar embarazada hasta el quinto mes, lo que requirió tratamiento médico para retener el embarazo. El parto, no obstante, se desarrolló sin complicaciones.

El paciente no presenta antecedentes de alergias, convulsiones, hospitalizaciones ni cirugías. Se han realizado estudios complementarios como un CAT cerebral y un electroencefalograma, ambos sin alteraciones. Actualmente está bajo seguimiento en paidopsiquiatría, sin tratamiento farmacológico.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL:

Durante la evaluación se observó a un niño de apariencia adecuada, acorde a la edad, aseado y con vestimenta apropiada. Su conducta mostró poco contacto visual, tendencia a levantarse constantemente del asiento y dificultades para mantenerse enfocado en la consulta. Su estado de ánimo se mostró normal, con actitud cooperadora, aunque al finalizar manifestó irritación con frases como: “ya me quiero ir” o “cuánto falta para irme”.

En cuanto al lenguaje, su ritmo y velocidad fueron normales, pero se evidenciaron dificultades en dictado y lectura, confundiendo fonemas como la “b” con la “d” y presentando errores en sílabas combinadas. Su lectura fue pausada y con dificultad. El paciente se encontraba orientado en tiempo, espacio y persona, con memoria conservada, aunque con limitaciones en el pensamiento abstracto. No se evidenciaron temores, fobias, ecolalias ni estereotipias.

FORMULACIÓN**Diagnostico diferencial:**

Se trata de un niño con síntomas persistentes de desatención, hiperactividad e impulsividad, los cuales se han mantenido desde la primera infancia y se han intensificado con las demandas académicas. Dichas conductas interfieren en el ámbito escolar, familiar y social, generando frustración y dificultades de adaptación.

Los diagnósticos diferenciales incluyen el trastorno específico del aprendizaje, el trastorno del lenguaje, los trastornos de conducta disruptiva y los trastornos ansioso-depresivos. No obstante, la evidencia clínica obtenida permite establecer como diagnóstico principal el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), tipo combinado.

Mejor diagnóstico: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), tipo combinado.

Nota: Informe redactado en base a la Entrevista de niños y adolescentes según el DSM-5 de James Morrison.

Fuente: elaboración propia (2025).

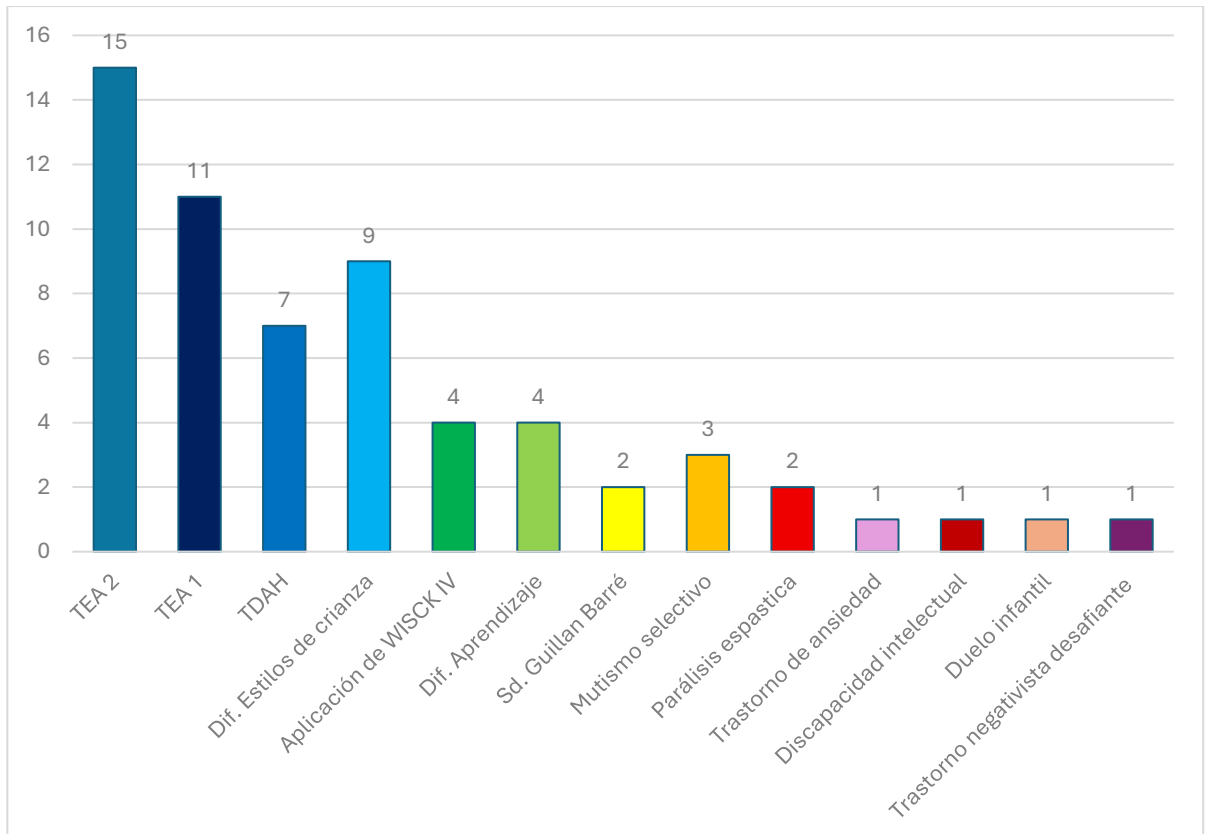
CAPÍTULO III. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

Del conjunto de atenciones realizadas durante la práctica profesional en psicología clínica en REINTEGRA los Santos, se llevaron a cabo 61 intervenciones que incluyeron atención, tratamiento y seguimiento de casos. Los resultados se presentan en valores netos en la gráfica 1, y porcentuales para una mejor interpretación en la gráfica 2.

Gráfica 1

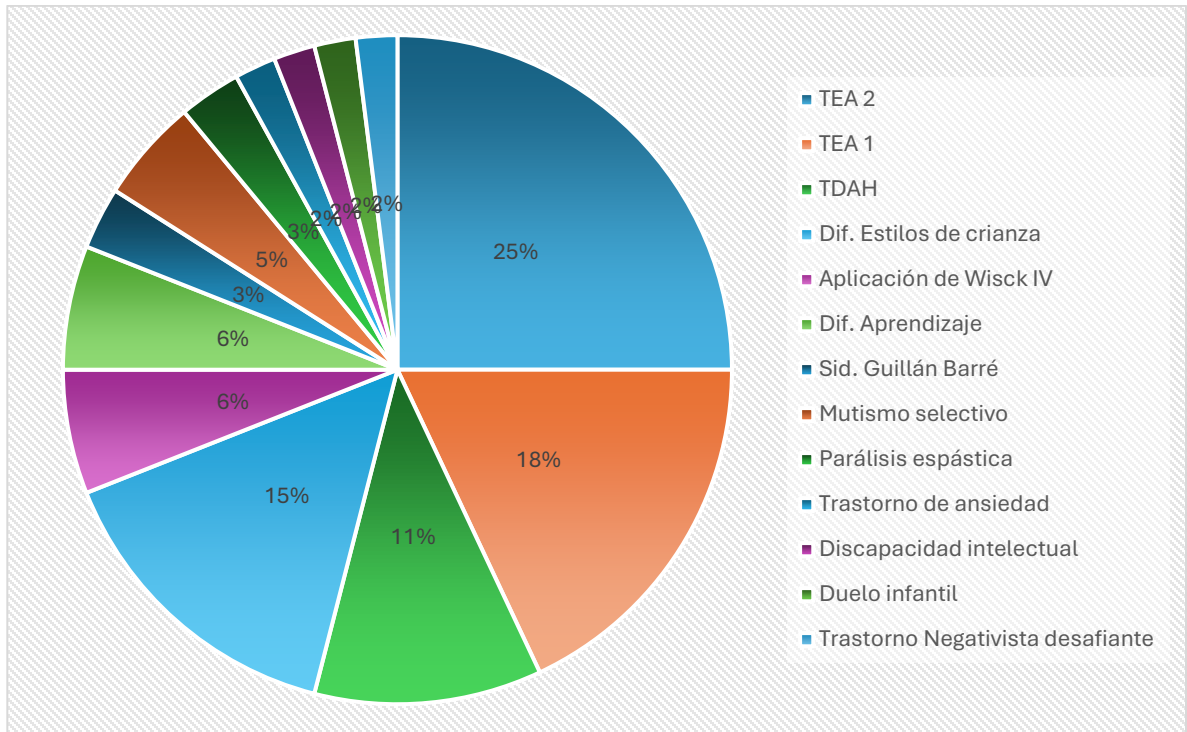
Cantidad de intervenciones: atención, tratamiento y seguimiento de casos en la práctica profesional de Psicología clínica en REINTEGRA los Santos, junio 2025.



Fuente: Elaboración propia (2025).

Gráfico 2.

Porcentaje de intervenciones: atención, tratamiento y seguimiento de casos en la práctica profesional de Psicología clínica en REINTEGRA los Santos, junio 2025.



Fuente: Elaboración propia (2025).

La gráfica 2 presentada, refleja la distribución porcentual de los casos atendidos durante el periodo de práctica, organizados según las principales condiciones clínicas y necesidades evaluativas identificadas.

De acuerdo con los datos representados, se observa que la mayor proporción de atenciones corresponde a casos de Trastorno del Espectro Autista (TEA), específicamente en su nivel 2, con un 25% del total. Le sigue el TEA nivel 1, con un 18%, lo que en conjunto indica que los trastornos del espectro autista

constituyen el grupo más numeroso dentro de la población intervenida. Este hallazgo resalta la importancia de contar con estrategias especializadas para la atención de niños con TEA, considerando los distintos niveles de apoyo que requieren.

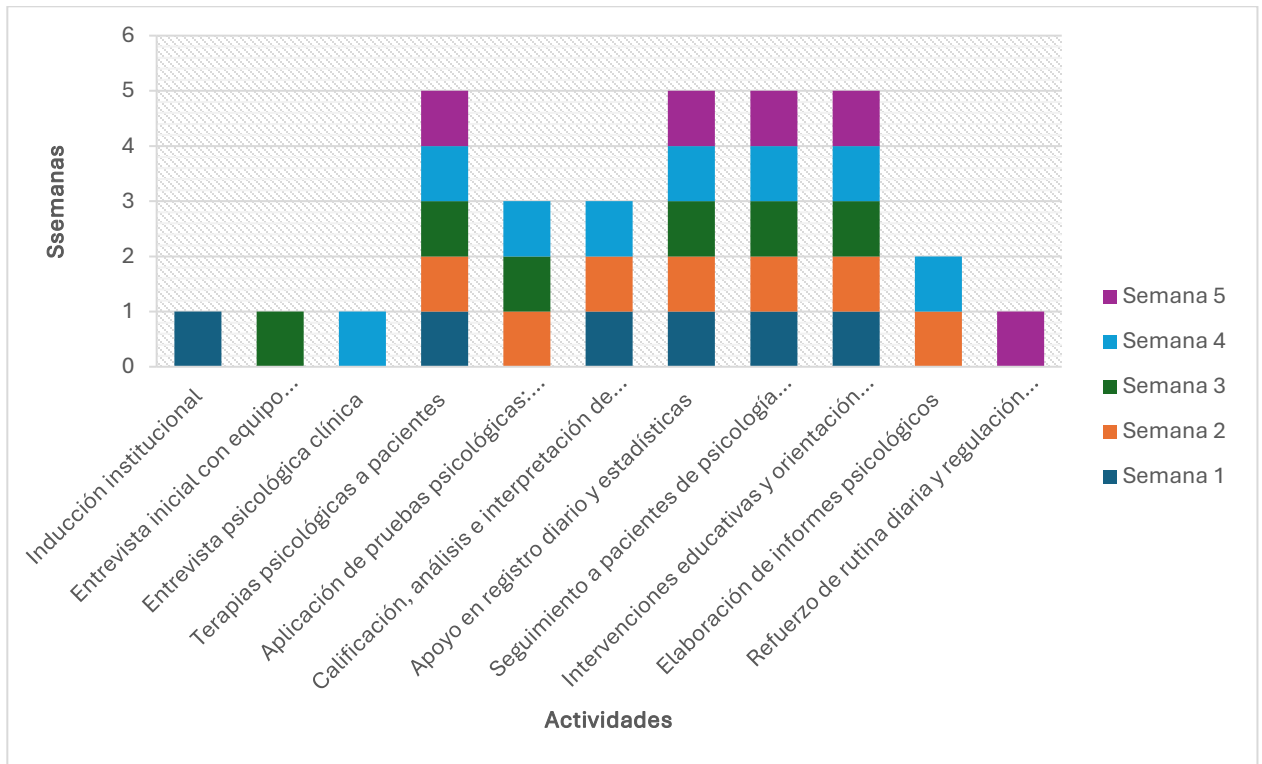
En tercer lugar, se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), con un 11%, reflejando también una alta prevalencia de este diagnóstico en el contexto clínico. Por su parte, se encontró una prevalencia de 15% de casos relacionados con dificultades en los estilos de crianza; mientras que en otras funciones como la aplicación del WISC-IV, escala utilizada para la evaluación cognitiva (Brenlla,2013), representó el 6% del total de atenciones.

Otras condiciones atendidas con menor frecuencia incluyen: dificultades del aprendizaje (6%), síndrome de Guillain-Barré (5%), mutismo selectivo (3%), parálisis espástica (2%), trastornos de ansiedad (2%), y discapacidad intelectual (2%). Aunque estas últimas representan una proporción menor, su presencia en la muestra evidencia la diversidad de necesidades que se abordan en la práctica clínica.

Por otro lado, durante la práctica en esta institución se desarrollaron de manera conjunta diversas actividades que abarcan las funciones integrales del Psicólogo Clínico (Gráfico 3). En este sentido, resulta fundamental sustentar un desempeño equilibrado entre la atención de casos y el cumplimiento de las funciones administrativas y normativas propias del rol.

Gráfica 3

Actividades integrales realizadas durante la práctica profesional en Psicología Clínica del Centro de Rehabilitación Integral de Los Santos, 2025



Fuente: Elaboración propia (2025).

La gráfica ilustra la distribución de actividades realizadas a lo largo de cinco semanas de práctica en un contexto institucional, reflejando la amplitud de funciones que forman parte del quehacer del psicólogo clínico. En el eje horizontal se encuentran las actividades específicas, mientras que en el eje vertical se muestra la frecuencia con que estas se llevaron a cabo en cada semana. Los colores diferencian las semanas, lo que permite identificar la continuidad o variación de las funciones desarrolladas.

En primer lugar, se observa que las actividades iniciales como la inducción institucional y la entrevista inicial con equipo se concentran principalmente en la semana uno. Esto responde a la lógica de un proceso de inserción y conocimiento del entorno laboral, lo cual constituye la base para el posterior desempeño. La entrevista psicológica clínica aparece en distintas semanas, evidenciando su carácter transversal como una de las funciones nucleares del psicólogo.

Entre otros resultados, también se ha observado que la atención clínica de pacientes se ubicaron con mayor frecuencia en las semanas intermedias y finales, lo que es un reflejo del avance progresivo que se iba adquiriendo en el rol práctico hacia una intervención más activa en la consulta. De manera similar la calificación, análisis e interpretación de pruebas se observan más presente desde la segunda semana en adelante, pasando desde la administración de instrumentos hasta la elaboración de juicios clínicos fundamentados.

Otro de los factores que resultados de importancia corresponde a la participación en actividades como el apoyo en registros diarios y estadísticos, que pone de relieve la relevancia del componente administrativo dentro de las funciones del Psicólogo Clínico en esta institución. Esta parte de las labores, que muchas veces pasa inadvertida al momento de la formación como clínicos, cobra mucha relevancia en el momento en que se debe desempeñar el puesto de trabajo propiamente. Lo mismo sucede con las diversas intervenciones psicoeducativas y la elaboración de informes psicológicos, lo cuales los observamos de manera más pronunciada en las semanas cuatro y cinco.

La interpretación principal que se puede extraer de todas estas observaciones, es la integración escalonada, bien planificada, y oportuna del estudiante practicante en las funciones como Psicólogo clínico en una institución de tanto impacto social como son los centros REINTEGRA.

Además, por medio de estos resultados se pueden reconocer la demanda de atención psicológica, los tipos de trastornos del neurodesarrollo que mayormente se tratan; las estrategias y técnicas terapéuticas que se aplican y que se eligen basadas en la evidencia científica; así como también se permite conocer el proceso de la inserción laboral como psicólogos clínicos, sus roles y funciones, de manera que en conjunto, esta experiencia nos aporta información suficiente y relevante para proponer mejoras futuras, así como para ir perfeccionándonos a nivel profesional.

3.2. Propuesta de Solución

Programa “Crecer Juntos” un espacio para el crecimiento personal y social de niños con TEA, TDAH y sus Familias.

3.2.1. Introducción

En estudios recientes, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) representan un desafío de gran magnitud para las instituciones de salud, alcanzando en conjunto hasta el 20% de incidencia a nivel mundial (Pérez et al., 2024). De hecho, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que cada vez son más frecuentes estos diagnósticos en la población infantil, lo que ha incrementado la demanda de programas de

intervención que integren a la familia como agente activo en el proceso de desarrollo de los niños (OMS, 2023).

Sin embargo, como una paradoja recurrente, el TDAH y el TEA no solo inciden en el desarrollo de los niños, sino que también impactan de manera significativa a la dinámica familiar y la calidad de vida de sus miembros (Fontalvo et al., 2025), dejando sin aprovechar el mejor elemento de recuperación, como lo es la familia. Muchos estudios, como el de Martínez (2022), expone la importancia de la integración de los miembros de la familia en terapia, puesto que el abordaje clínico se vuelve insuficiente, al limitarse exclusivamente a la atención individual del niño y al cuidador que acude con éste a la consulta.

Desde esta perspectiva, tomando a la psicología clínica como integral, es fundamental considerar a la familia como grupo social y a los cuidadores, como parte esencial del proceso terapéutico, ya que son ellos quienes conviven diariamente con los niños y quienes requieren herramientas eficaces para acompañarlos, estimular sus capacidades y al mismo tiempo cuidar de su propio bienestar emocional (Sanz, 2024). De allí surge la relevancia de programas de intervención integral, que no solo brinden técnicas de apoyo en el manejo de conductas, sino que también promuevan el crecimiento personal, la motivación, la resiliencia y la construcción de un proyecto de vida saludable en todos los miembros de la familia.

Este Programa “Crece Juntos” un espacio para el crecimiento personal y social de niños con TEA, TDAH y sus Familias, ha sido diseñado como una propuesta

personal, luego de tener el contacto directo con la atención de muchos pacientes y sus familiares, aprovechando además la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en la formación académica en la maestría clínica trayendo beneficios importantes a esta comunidad necesitada. Se ha elegido para ello una estructura dinámica conformada por talleres semanales, encuentros grupales donde en conjunto se abra paso a la expresión emocional por medio del arte, aprendizaje de rutinas de autocuidado tanto para niños como para los familiares. En otras palabras, es un programa que propone una intervención psicoeducativa y terapéutica en donde haciendo uso de la creatividad y el acompañamiento familiar se potencie la calidad de vida, la autonomía y el bienestar tanto de los niños como de sus familiares.

3.2.2. Marco de Referencia

Trastorno del Espectro Autista

De acuerdo con el manual diagnóstico de Trastornos mentales, (DSM 5, 2014), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por dificultades persistentes en la comunicación social y patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. De acuerdo con este mismo manual, se sabe que es un trastorno que aparece antes de los 3 años de vida y afecta el funcionamiento global del desarrollo y aunque se considera un trastorno de por vida, la intensidad de los síntomas puede variar significativamente entre los individuos.

- **Características clínicas**

Las personas con TEA presentan una amplia gama de características, que incluyen dificultades en la reciprocidad social, problemas en la interpretación de señales sociales, conductas repetitivas, intereses restringidos y resistencia a cambios en la rutina (Bonilla y Chakell, 2016). Además, pueden observarse alteraciones en la percepción sensorial, como hipersensibilidad o hiposensibilidad a estímulos auditivos, visuales o táctiles.

- **Prevalencia de TEA en Panamá**

Aunque la prevalencia exacta del TEA en Panamá no está claramente establecida, sí se tienen datos importantes como los presentados en Patiño et al., (2024), donde se señala que en el año 2017 se diagnosticaron 671 niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA), cifra que aumentó a 867 en 2018. Asimismo, entre 2008 y 2021, el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) registró un total de 967 personas con TEA, la mayoría de ellas niños entre 6 y 15 años; y en el Centro Ann Sullivan se reporta una inscripción aproximada de 224 familias.

También se menciona que se observa una mayor prevalencia en niños que en niñas, y la detección temprana ha mejorado con el tiempo debido a una mayor conciencia y mejores herramientas de diagnóstico.

- **Tratamientos y terapias aplicables en TEA**

El tratamiento del TEA es multidisciplinario e individualizado. Incluye intervenciones conductuales, como la Terapia de Análisis Conductual Aplicado (ABA), terapias del habla y del lenguaje, Tratamientos sensorimotrices, Terapia de integración sensorial, Tratamientos psicoeducativos, psicológicos, y programas de intervención temprana (Fuentes et al., 2006). Además, se recomiendan enfoques psicoeducativos que involucren a la familia y a la escuela, adaptaciones curriculares y apoyo psicológico para los padres.

Amaya (2020), comprobó que la terapia sistémica familiar aborda el Trastorno del Espectro Autista (TEA), considerando tanto el diagnóstico individual del niño como el relacional, es decir, el análisis de su contexto familiar y social, mostrando un enfoque que posibilita establecer una alianza colaborativa entre el terapeuta, la familia y el paciente; lo cual ha dado resultados muy positivos en donde se mejoran las conductas y las interacciones familiares.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuroconductual caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo (DSM-5, 2014). Aunque los síntomas suelen ser evidentes antes de los 12 años, el diagnóstico puede realizarse en la infancia o en la adolescencia.

- **Características clínicas**

Los síntomas del TDAH incluyen dificultad para mantener la atención, tendencia a cometer errores por descuido, dificultad para seguir instrucciones, inquietud motora, impulsividad y dificultad para esperar turnos (Santurde y Del Barrio, 2014). Estos síntomas deben estar presentes en al menos dos contextos (por ejemplo, en casa y en la escuela) y causar un deterioro significativo en el funcionamiento social, académico o laboral (DSM-5, 2014).

- **Tratamientos y terapias aplicables en TDAH**

El tratamiento del TDAH generalmente incluye una combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Los medicamentos estimulantes, como el metilfenidato, son comúnmente utilizados, sin embargo, no son los más recomendados antes de los 6 años (Molina et al., 2022), y en contraste se presentan alternativas psicoterapéuticas como entrenamiento parental, se recomiendan terapias conductuales, programas de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales y apoyo psicoeducativo entre otros.

Importancia de la familia en los trastornos TEA y TDAH

La familia constituye el primer y más influyente contexto de desarrollo para cualquier niño, y su papel se vuelve especialmente determinante en el caso de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Fontalvo et al., 2025). Estos trastornos afectan múltiples áreas del funcionamiento del niño, incluyendo la comunicación, la regulación emocional, la conducta y la interacción social; lo que implica que la familia no solo

se convierte en un agente de cuidado, sino también en un facilitador esencial de estrategias de intervención y desarrollo de habilidades.

Un entorno familiar estable, comprensivo y activo permite que los niños con TEA y TDAH tengan mayores oportunidades de alcanzar su potencial, mejorar sus habilidades sociales y emocionales y enfrentar de manera más efectiva los desafíos del entorno educativo y social (Cortazar y Lorza, 2024).

Por su parte, Bojacá (2024), mostraron algunas evidencias importantes de que los niños con TEA o TDAH, cuyos padres se muestran más participativos en sus tratamientos muestran mejores resultados en la adecuación de aquellos síntomas comunicación, la atención, el control de impulsos y la regulación emocional, aspectos que representan más dificultad en estos trastornos.

También, Ronquillo y Zapata (2025), señalan que no sólo es en las sesiones terapéuticas, sino que, cuando los familiares se empoderan en el entrenamiento de manejo de conducta y habilidades del desarrollo, son capaces de llevar todo este conocimiento a otros contextos del paciente, como el hogar, la escuela, al grupo de amigos; es decir, se crea una verdadera red de apoyo en la comunidad. Y no sólo eso, como existe evidencia de una marcada tendencia etiológica genética y biológica en estos trastornos, cuando se integra a toda esta comunidad, la detección temprana de otros casos es más oportuna, permitiendo llevar a la atención integral a todas las familias que lo necesitan.

Otro aspecto crucial en esta dinámica participativa es respecto a la salud mental y emocional de los cuidadores. De acuerdo con Yaguachi y Chávez (2023), la carga

física y emocional que se relaciona con el cuidado de niños con TEA o TDAH puede, en muchos casos, genera sentimientos de frustración, ansiedad, depresión, desesperanza y otros síntomas que afectan la vida de todos los miembros de la familia. Es decir, una familia con un niño, niña o adolescente con estos trastornos, no sólo es la figura cuidadora la que se inmersa en este rol, sino que toda la dinámica entre cónyuges, entre hermanos si hay, y entre todos los demás roles que se desprenden de ella se ven afectados de alguna manera.

Esto resulta vital, puesto que la forma en que los padres manejan sus emociones enfrenta los retos del diario vivir y se comunican, será el modelo que se replica en los patrones de conducta y la regulación emocional de los hijos (Gómez, 2023). Es un razonamiento que se ha estudiado mucho en las corrientes de la Psicología Social desde los trabajos de Bandura y Vygotski, y aún hoy es un precedente verificable en los miles de estudios que existen al respecto, donde la figura del padre o madre resulta clave en el desarrollo de actitudes y aptitudes de los hijos, más aún en los casos de trastornos del neurodesarrollo donde el soporte del cuidador es mucho más imperativo para el bienestar y evolución del hijo.

Cuando se analiza, por ejemplo, las dificultades en la interpretación de conductas sociales en los niños con TEA, la manera en los padres o cuidadores se capaciten para aprender a moldearles y modelarles las conductas les facilita Hoy la comprensión de normas sociales, la empatía y la adaptación al entorno (Henares, 2024). Lo mismo sucede en los casos de las familias de niños con TDAH con un estilo parental seguro, consistente, estructurado, con límites claros, con crianza

respetuosa, pues estos son factores que contribuyen a la disminución de conductas impulsivas y mejora la atención sostenida, así como la autorregulación de los mismos De Freitas et al., 2019.

Es por todo lo anterior, que cada vez se hace un llamado a incorporar a las familias en los planes terapéuticos de los pacientes de con TDAH y TEA, sólo de esta manera se logra un manejo adecuado de todos los componentes involucrados en su modelamiento de conductas, y entrenamiento de habilidades de atención, concentración, flexibilidad de pensamiento y comunicación.

3.2.3. Justificación

Gracias a las nuevas técnicas de diagnóstico, apoyado por manuales más claros sobre los criterios de identificación de los trastornos del neurodesarrollo (DSM-5, 2014), cada vez se tiene una mayor detección de trastornos del Espectro Autista y del Trastorno por Déficit de Atención en el mundo, lo cual se traduce en una mayor demanda de atención clínica, no sólo en el ámbito de salud, sino también en el educativo y el social (Patiño et al., 2024).

Estos trastornos se han caracterizado por afectar la capacidad de los niños para adaptarse a su entorno, para interactuar con los demás y gestionar su conducta y emociones, siendo esto causante de experimentar muchas dificultades en el entorno escolar y en la familia (Fontalvo et al., 2025). En otras palabras, son condiciones en las que los pacientes encuentran muchas barreras psicológicas para seguir el funcionamiento social de la comunidad y esto obstaculiza de

manera significativa su adaptación y desarrollo social, y a nivel familiar, de no tener apoyo especializado, se convierte en un verdadero desafío.

En general los niños y sus familias presentan más complicaciones para integrarse a la comunidad, que muchas veces en lugar de ayuda, se convierte en un espacio de juicio, estigma y no inclusión. En este sentido, esta propuesta se justifica en primer lugar por estar diseñada para trabajar en estas deficiencias, trabajando en conjunto tanto en el aprendizaje de las habilidades educativas y sociales de los niños, como también en la preparación en el manejo de conducta, gestión emocional y resiliencia de los familiares. Sanz (2024), en su programa en el cual se intervino de forma similar a nuestra propuesta, encontró evidencias de que cuando se le presentan herramientas a los padres, sobre todo en el tema del estrés, ansiedad y síntomas depresivos relacionados con el diagnóstico del niño, niña o adolescente, se promueven una inclusión social mucho más auténtica y duradera.

Este es un diseño que incorpora talleres de expresión artística, dinámicas educativas y habilidades de autocuidado físico y mental, fundamentalmente basado primero, en el diagnóstico de la situación que se observa en el Centro REINTEGRA de Los Santos en el año 2025, segundo en la evidencia práctica observada sobre la eficiencia de técnicas lúdicas y de expresiones en los pacientes tratados, quienes con cada sesión iban mejorando significativamente, y tercero, porque se busca darle un alcance comunitario, palpable y real a la Psicología Clínica, la cual constituye una herramienta vital en el mejoramiento de

la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y sus familias (Bocharov et al., 2023). En otras palabras, esta propuesta ayuda a solucionar o mejorar un problema real y actual en nuestras comunidades.

Por otro lado, se beneficiará a todos los implicados en esta problemática. Empezando por los niños, niñas y adolescentes que padecen de TEA y TDAH, sus familiares, los profesionales de las diferentes ramas de atención que forman parte del centro REINTEGRA de Los Santos, y toda la comunidad que de manera indirecta recibirá los efectos del cambio en la calidad de vida de todos los agentes antes mencionados. Y no sólo tiene un valor práctico para quienes recibirán el programa, sino también uno teórico para los futuros psicólogos clínicos permanentes o de práctica profesional.

En la formación de los programas de maestría en Psicología clínica, las horas de aplicación de conocimientos en campo resulta muy importantes, pero muchas veces queda limitada a la consulta y a los pacientes que acuden con un cuidador; sin embargo, con este programa se prevé llevar a los profesionales de la salud integral de REINTEGRA a entrar en la comunidad, a conocer y tratar los contextos familiares que se quedan rezagados en la consulta tradicional, y a explorar nuevas facetas creativas, vivenciales y aplicación de nuestra profesión a un nivel mucho más elevado.

3.2.4. Objetivos

Objetivo general

Fortalecer las habilidades socioemocionales y de autocuidado en pacientes con TDAH y TEA y sus familiares que se atienden en el centro de Rehabilitación Integral de Los Santos, promoviendo su bienestar, autonomía y vínculo familiar.

Objetivos específicos

1. Realizar talleres semanales en grupo, sobre temas de autocuidado, gestión emocional y habilidades sociales a los pacientes con TEA y TDAH y sus familiares (padres, hermanos, abuelos, etc.).
2. Ofrecer al grupo participante recursos teóricos y prácticos sobre herramientas psicoterapéuticas útiles para el TEA y TDAH por medio de la expresión artística y dinámicas vivenciales.
3. Llevar un registro del progreso individual y familiar de los participantes, con el fin de retroalimentar el diseño actual, y propiciar la mejora continua.

3.2.5 Beneficiarios

Los beneficiarios directos del programa “Crecer Juntos: Programa Integral para Niños con TEA, TDAH y sus Familias” son los niños diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), quienes recibirán un acompañamiento integral diseñado para potenciar sus habilidades socioemocionales, cognitivas y de autorregulación, así como para favorecer su integración y adaptación en distintos contextos sociales y educativos.

De manera simultánea, se espera beneficiar a las familias y cuidadores de estos niños, se constituyen al participar activamente en talleres, dinámicas grupales y actividades psicoeducativas que les proporcionan herramientas de manejo conductual, autocuidado, fortalecimiento de vínculos afectivos y estrategias para promover el bienestar emocional dentro del núcleo familiar.

Asimismo, de manera indirecta, la implementación del programa genera beneficios para la comunidad y el entorno educativo, al promover la inclusión social y la sensibilización sobre los trastornos del neurodesarrollo, reduciendo estigmas y fomentando actitudes de comprensión y apoyo hacia los niños con TEA y TDAH (Avedaño y Rodríguez, 2024).

3.2.6 Intervención

El programa está orientado a una ejecución escalonada en fases, en donde se logre un desarrollo secuencial integrando paso a paso, durante 8 semanas, el aprendizaje teórico y práctico en los participantes, logrando de esta manera los objetivos propuestos.

Fase 1: Evaluación de las necesidades

La primera fase del programa **“Programa “Crecer Juntos” un espacio para el crecimiento personal y social de niños con TEA, TDAH y sus Familias”** constituye el punto de partida fundamental para la estructuración de todo el proceso de intervención. Esta fase, denominada Evaluación de las necesidades,

se orienta hacia el reconocimiento profundo de las características particulares de cada participante, tanto en el plano individual como en el familiar y social.

La iniciativa de iniciar con un proceso evaluativo se basa en la necesidad de conocer cada paciente con su contexto clínico y social, y evitar, de esta manera, actividades muy generalizadas, donde no se contemple y asegure una inclusión verdadera. Por el contrario, se buscan realizar intervenciones flexibles y que permitan ser ajustadas a las particularidades de cada participante de los talleres (incluidos niños y adultos).

El proceso de realizar un reconocimiento de las competencias, fortalezas y debilidades de cada caso es vital a la hora de favorecer la identificación de los participantes con el objetivo o meta del programa; de lo contrario, se estaría creando un programa limitado, generalizado y poco inclusivo (como sucede con otras intervenciones) y que provoca que los integrantes, al no sentirse identificados, abandonen el programa antes de lo previsto.

En esta fase se contemplan tres etapas básicas que orientarán las aproximaciones terapéuticas que son: la identificación de los participantes, un conversatorio individual para conocer la dinámica familiar y las necesidades importantes de cada uno y, finalmente, el abordaje final y la propuesta a los grupos.

Etapas y Actividades:

Etapa 1: identificación de los participantes: la base del programa.

La iniciativa de comenzar con un proceso evaluativo se basa en la necesidad de conocer cada paciente con su contexto clínico y social, y evitar, de esta manera, actividades muy generalizadas, donde no se contemple y asegure una inclusión verdadera. Por el contrario, se buscan realizar intervenciones flexibles y que permitan ser ajustadas a las particularidades de cada participante de los talleres (incluidos niños y adultos).

El proceso de realizar un reconocimiento de las competencias, fortalezas y debilidades de cada caso es vital a la hora de favorecer la identificación de los participantes con el objetivo o meta del programa; de lo contrario, se estaría creando un programa limitado, generalizado y poco inclusivo (como sucede con otras intervenciones) y que provoca que los integrantes, al no sentirse identificados, abandonen el programa desde las primeras sesiones.

En esta fase se estructuran tres etapas básicas que orientarán las aproximaciones terapéuticas que son: la identificación de los participantes (quienes son), un conversatorio individual para conocer la dinámica familiar y las necesidades importantes de cada uno (que necesitan) y, finalmente, el abordaje final y la propuesta a los grupos (presentarles el programa).

Etapas 1: identificación de los participantes

Esta es una etapa investigativa y administrativa que se debe realizar obligatoriamente cada vez que se reinicie el programa o se vayan integrando casos nuevos. Consiste en revisar el historial clínico de cada paciente diagnóstica o con sospechas diagnósticas de Trastornos de

Especto Autista o TDAH. Sin embargo, esta labor no sólo es administrativa, sino que también incorpora una dimensión clínica profesional y otra social integrativa; es decir, que se debe realizar un análisis crítico de todos los factores familiares, personales, psicológicos, económicos y sociales para asegurarse de contar con toda la información que se encuentra detrás de un paciente.

En este sentido, se contemplan las siguientes actividades:

1. identificar todos los expedientes de los pacientes con TEA y TDAH actuales del Centro.
2. Extraer los datos demográficos de estos pacientes.
3. Conocer el estatus de diagnóstico.
4. Registrar el motivo de consulta y terapias aplicadas.
5. Registrar los avances terapéuticos si existen.
6. Enlistar aquellas herramientas terapéuticas que son mejor aceptadas y con mejores resultados en el paciente.
7. Describir las características socioeconómicas conocidas de la familia.

Con esta información bien estructurada, ya se puede pasar al siguiente paso, que es concertar una reunión con los cuidadores de los pacientes.

Etapas 2: conversatorio individual

En esta etapa se organizan sesiones individuales en un espacio seguro y privado, en donde se busca conversar (más que medir), la realidad familiar de cada paciente. Para esto se propone una entrevista semiestructurada que puede estar guiada por preguntas abiertas que invitan a la expresión emocional como por ejemplo:

- ¿Cuáles son los principales retos que enfrentan cada día?
- ¿Qué apoyo necesitan con mayor urgencia?
- ¿Cuáles son los momentos de mayor satisfacción y logro que han experimentado como familia?
- A nivel del aprendizaje, ¿qué les ha funcionado?
- ¿Cómo están manejando los momentos de crisis?
- ¿Cómo ven los demás familiares (hermanos, abuelos, o quienes estén e el círculo de atención) el desarrollo

Simultáneamente, en esta esta etapa se busca observar el desarrollo natural de la dinámica familiar, por medio, de actividades lúdica libres en donde se propicie el desenvolvimiento de los participantes de manera espontánea.

Otra actividad que se desprende de esta entrevista es conocer el estado de salud de los cuidadores; es decir, existen posibles síntomas de desgaste emocional, sentimientos negativos (Fontalvo, 2020), u otro padecimiento que puede repercutir en el abordaje que se les dará en el programa y las actividades que se contemplan.

Cuando se haya reunido toda la información anteriormente descrita, como actividad de cierre está el realizar un genograma básico de la estructura familiar del caso.

Etapas 3: abordaje y propuesta

Una vez reunida la información clínica y familiar necesaria, y se haya observado la interacción natural con los pacientes, se debe proponer oficialmente este programa. En otras palabras, se inicia un proceso de devolución a los cuidadores, orientándolos sobre la temática principal del programa, y de la implicación positiva de las actividades a desarrollar.

En este programa se prioriza un abordaje sensible y centrado en la persona, ya que esto permite que los cuidadores se sientan escuchados, validados y comprendidos (Rodríguez, 2023), lo cual fortalece su disposición para participar activamente en las fases posteriores, por lo que el equipo debe considerar todos los factores identificados en las etapas previas.

Una vez completado el abordaje profesional, el equipo interdisciplinario, elabora un primer análisis de las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en cada caso. Este análisis no se presenta como un diagnóstico cerrado ni como una etiqueta definitiva, sino como una descripción funcional y dinámica de la situación particular de cada niño y familia. La finalidad de esta aproximación es favorecer la construcción conjunta de un plan de trabajo adaptado, donde se integren tanto las necesidades

detectadas por los profesionales como las prioridades expresadas por los padres y cuidadores.

Los profesionales consideran los objetivos generales, eligiendo y adaptando los ejes temáticos a trabajar, las actividades previstas y las expectativas en términos de participación activa; esto se propone, de manera que por cada inicio del programa se hayan contemplado las diferencias y necesidades particulares de cada miembro en cada grupo; ya que, los trastornos del TDAH y TEA tienen diferentes presentaciones clínicas y las familias, diferentes condiciones socioeducativas y culturales.

Al momento en que se presente el programa a las familias, se establecen compromisos claros en torno a la asistencia, la participación en las actividades grupales e individuales y la disposición para implementar en el hogar las estrategias que se vayan aprendiendo. Esta parte del abordaje se desarrolla en un marco de respeto y corresponsabilidad.

Dicho de otra manera, se busca involucrar voluntariamente a todos los miembros posible de las familias, con la idea de aprovechar el hecho de que, primero son los actores principales del entramado vivencial en los hogares y que van a llevar los conocimientos y estrategias del programa a las comunidades; y segundo, porque ellos traerán también al programa todas expectativas y formas propias de relacionarse y solucionar las dificultades; factores clave en el desarrollo y adherencia a las metas del grupo.

Fase 2:

Intervención psicoeducativa y creativa: los pilares del programa.

La fase 2 inicia con el desarrollo de talleres y actividades que se han diseñado en base a las evidencias científicas y comprobadas en la atención individual de los pacientes con TEA y TDAH del Centro REINTEGRA de Los Santos. Es decir, en este punto se encuentra la estructura de los talleres y actividades por sesiones, seleccionadas de una base de datos actualizada y verificada de dinámicas terapéuticas grupales que han dado resultados positivos en otros programas, planes o intervenciones.

El objetivo principal de esta fase es ofrecer un espacio de aprendizaje colectivo en torno a las habilidades socioemocionales, cognitivas y de autorregulación de los pacientes con estos dos trastornos del neurodesarrollo.

En general, se trabajar por sesiones semanales. A continuación, se presenta el programa por sesiones, con diversas opciones de actividades y tareas con el fin de que al momento de llevarse a cabo, el profesional pueda seleccionar de entre todas las opciones las más adecuadas para cada grupo.

En este programa se prioriza un abordaje sensible y centrado en la persona, ya que esto permite que los cuidadores se sientan escuchados, validados y comprendidos (Rodríguez, 2023), lo cual fortalece su disposición para participar

activamente en las fases posteriores del programa, por lo que el equipo debe considerar todos los factores identificados en las dos etapas previas.

Una vez completado el abordaje profesional, el equipo interdisciplinario, elabora un primer análisis de las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en cada caso. Este análisis no se presenta como un diagnóstico cerrado ni como una etiqueta definitiva, sino como una descripción funcional y dinámica de la situación particular de cada niño y familia. La finalidad de esta aproximación es favorecer la construcción conjunta de un plan de trabajo adaptado, donde se integren tanto las necesidades detectadas por los profesionales como las prioridades expresadas por los padres y cuidadores.

Los profesionales consideran los objetivos generales del programa, eligiendo y adaptando los ejes temáticos a trabajar, las actividades previstas y las expectativas en términos de participación activa; esto se propone, de manera que por cada inicio del programa se hayan contemplado las diferencias y necesidades particulares de cada miembro en cada grupo; ya que, los trastornos del TDAH y TEA tienen diferentes presentaciones clínicas y las familias, diferentes condiciones socioeducativas y culturales.

Al momento en que se presente el programa a las familias, se establecen compromisos claros en torno a la asistencia, la participación en las actividades grupales e individuales y la disposición para implementar en el hogar las estrategias que se vayan aprendiendo. Esta parte del abordaje se desarrolla en un marco de respeto y corresponsabilidad.

Semana 1: Taller de Expresión Emocional y Creatividad (niños y familias juntos) mediante día deportivo.

Durante la primera sesión que corresponde a la primera semana se busca crear un ambiente donde los niños y familias sientan confianza, se identifiquen con las metas y el grupo mismo. Para esto se propone la realización de dinámicas de presentación como lo pueden ser las siguientes:

1. Decir sus nombres y que frutas gusta: con esto se busca presentarlos, pero no de forma rígida o con muchos datos personas, ya que, esto podría generar temor al juicio o la etiqueta social. En el caso de aquellos que tienen dificultad de lenguaje expresivo pueden sus padres decir su nombre, pero los niños o pacientes señalar o tomar alguna fruta de juguete que se pueden colocar en el centro del recinto.
2. Otra manera de hacer la presentación puede ser con la dinámica de “música y para” en donde se coloca una música divertida, si va pasando una pelota y cuando la música se detiene el que la tenga en sus manos debe decir su nombre solamente. Esta es una forma efectiva para aquellos cuyo lenguaje musical sea su medio favorito

La elección de una u otra dinámica, va a depender de la información que se obtenga en la fase 1, sobre las preferencias de los pacientes y las habilidades que tienen.

Luego de la presentación se insta al inicio del taller de expresión emocional. En esta parte es esencial que los familiares participen activamente junto a sus

pacientes, puesto que lo que se busca es la comunicación afectiva y el reconocimiento de las emociones del otro. En los trastornos de TEA y TDAH, la expresión emocional es una de las habilidades que necesita mayor entrenamiento, y por esto es importante practicar estrategia que lo faciliten y que puedan ser replicadas en la casa.

En este taller se realizará una fase previa a estos entrenamientos, pero que son la base de los mismo, para esto se les dará una ponencia corta y con lenguaje sencillo sobre qué son las emociones, cómo se manifiestan, y cómo podemos identificarlas. Luego, se procederá con la parte lúdica del taller, que pueden realizarse varias actividades a elección como:

1. Carreras cooperativa en circuito de identificación de emociones con caritas pitadas en papeletas. Esta es la opción ideal si el grupo es más activo, y los pacientes tienden al deporte, pues la estructura es primero que los participantes realicen un circuito con escalones, túneles, aros en el piso, en equipos, como una especie de carrera de relevo. Cada familia tendrá una papeleta con una emoción y deben dividirse el circuito entre todos los miembros en relevo hasta lograr llevar la papeleta a un mural donde está otra papeleta igual a la que le corresponde.

El objetivo de esta actividad es doble, primero para que se refuerce el aprendizaje de todas las emociones que existen, y segundo fortalecer el vínculo de una familia unida, en donde todos sus miembros son importantes y necesarios para lograr los objetivos. No es una

competencia, pues al final cuando todos lleguen, se cerrará con un dialogo de como se sintieron, que aprendieron, y cómo podría esto ayudarles en casa.

2. Teatro de emociones, ideal para cuando los grupos no son tan activos ni deportivos, sino más bien artísticos y reflexivos. En esta cada actividad cada familia desarrollará un teatro al estilo caras y gestos, pues se les entregará a un miembro una papeleta con una emoción, y debe gesticular sin hablar, pero haciendo una dramatización sobre ella. Cuando un miembro termine sigue la siguiente familia hasta completar el grupo. Con esta dinámica se busca igualmente reforzar los vínculos familiares, pues deben estar entregados a verse y entenderse para lograr superar el reto, además de que se reconocen cómo se ve una cierta emoción en cada uno. Se cerrará con un dialogo de cómo se sintieron, que aprendieron, y cómo podría esto ayudarles en casa.

El tiempo estimado para esta sesión es de 2 horas aproximadamente, y se requieren contar previamente con las frutas de juguete, pelotas, materiales para armar el circuito, papeletas pares de cada emoción.

Semana 2: Taller de expresión artística

En esta sesión se dará seguimiento al reconocimiento de emociones, pero en este caso nos enfocaremos en la expresión de los sentimientos a través del arte. Se

recomienda ir directo al taller práctico ya que es una sesión que requiere mucho tiempo y lo ideal es que las ideas fluyan libremente.

Los niños y sus familias elaborarán dibujos para crear un mural con dibujos de como se sienten en familia o que cosas los hacen felices. Lo que se busca es visualizar emociones, fortalecer la autoestima y propiciar conversaciones positivas dentro del grupo familiar.

El mural se elaborará con todas las obras creadas por los participantes, no sólo para ver la producción sino para hacer una representación simbólica del grupo; con la meta de que se sientan valorados en el grupo, ofreciéndoles retroalimentación afectiva, sin juicios para crear así un ambiente de expresión libre, de confianza y seguridad.

En este caso la opción es la misma para todos pero se puede ajustar el tipo de materiales como pinturas, crayones, marcadores, resaltadores, bloques de construcción etc., a elección del niño; pues además de autonomía, habilidades de expresión emocional, se les proporciona el medio para estimular la coordinación motora, la planificación, perseverancia y atención que tanto necesitan (Albán y Ramírez, 2025).

Para este taller es necesario considerar los datos recopilados en la fase 1, para elegir adecuadamente aquellas herramientas que lleven a todos al logro de los objetivos.

Semana 3: Taller de teatro y juego de roles

Se espera que, para la tercera semana, se hayan trabajado adecuadamente la confianza y el sentido de pertenencia de los participantes del programa, pues esto será de mucha ayuda en las actividades. En caso de no haberse logrado lo anterior, no es impedimento para seguir, sino para dar un poco más de trato sutil a aquellos miembros que puedan aún presentar alguna resistencia.

La dinámica de esta sesión es el teatro y los juegos de rol. García et al., (2023), ya exponía que sobre la implementación de Juegos de Rol para desarrollo de habilidades blandas, como la empatía, el trabajo en equipo, la comunicación, entre otras es un método que brinda oportunidades de crecimientos y resultados positivos en experiencias educativas, incluso sociales.

En esta sesión, los participantes del grupo deben recrear situaciones cotidianas que viven en sus hogares, escuela o comunidad, para abordar y aprender sobre temas como el respeto, la escucha, la cooperación y los métodos tanto de tomar decisiones como de resolver problemas. Se pueden emplear dos modalidades:

1. Los niños interpretan los personajes de la familia, y los padres van a observar para reconocer tendencias de conducta y manejo de conductas que pueden ser tratadas de maneras más adaptativas. Luego, se abre paso a un círculo de reflexión en grupo donde el facilitador del taller funcionará como moderador y guiará el conversatorio. La meta con esta estrategia es en primer lugar conocer cómo perciben los hijos las situaciones de la familia, y en segundo lugar, por medio del diálogo, encontrar esos recursos que ya poseen las familias para afrontar y mejorar sus situaciones.

2. Los padres interpretan las situaciones de casos ficticios pero que tocan factores sensibles encontrados en la fase 1 en todo el grupo. Esta es una modalidad para los grupos donde los niños son muy pequeños para comprender la dinámica, o por sus limitaciones del neurodesarrollo no logren dar uso a esta herramienta.

En esta modalidad, el facilitador entregará estratégicamente casos situacionales que toquen los temas que han destacado en la etapa de diagnóstico y abordaje, y son los padres quienes dramatizarán, mientras los hijos pueden crear dibujos u otra obra artística alusiva a lo que están sintiendo o percibiendo. Una vez los padres terminen de dramatizar, se realiza el círculo de reflexión igual que en la primera modalidad, con la modificación que también se analizarán los dibujos o pinturas de los niños, y al final el moderador realizará una retroalimentación de aquellos puntos clave que pueden ser implementados en la vida de los participantes.

La elección de la expresión emocional a través de la pintura y el arte constituye una de la metodología mejor estudiadas y comprobadas en las que se aprovecha la imaginación, el desarrollo cognitivo y moral de los niños quienes al pintar son capaces de reflejar emociones sencillas como complejas como por ejemplo el amor, la felicidad, el miedo, la tristeza, la esperanza, etc. (Rojas, 2021).

Semana 4. Autocuidado y regulación emocional

En la cuarta semana, ya creado un ambiente de más confianza, de conocimiento sobre lo que sienten, lo que hacen y lo que desean, es momento de aprender herramientas de autocuidado y regulación emocional. Se ha decidido trabajar estas dos dimensiones por la estrecha relación que tienen en las personas cuidadoras, es decir, las categorías de análisis orientadas en torno a la emocionalidad no atendida, el autocuidado emocional y resignificación de la experiencia y las redes de apoyo, que resultan fundamentales en quienes llevan sobre sus hombros la responsabilidad de cuidar a personas que necesiten un cuidado especial (Beltrán, 2024).

De esta manera, esta sesión parte de una ponencia sobre la práctica de diferentes estrategias como ejercicios de respiración consciente, mindfulness del aquí y ahora, así como cuales son los principales hábitos de autocuidado que deben practicar diariamente. En este sentido lo que se busca principalmente es que los padres o cuidadores comprendan que el bienestar del cuidador es la base para una crianza positiva, y para el sostén emocional de la familia, y por ende resulta valioso aprender a cómo hacerlo.

Luego de la ponencia se llevará a cabo un entrenamiento de estrategias de regulación conductual, aplicables cuando las cosas en casa parezcan salirse de control y antes de que se desborde emocionalmente el cuidador, lo cual debe evitarse toda costa, debido a la incurrancia de castigos desproporcionados, gritos y peleas en las familias. De esta manera, en esta parte práctica se presentan al grupo casos simulados en video (si es grupo es más visual) o dramatizado (si el

grupo es más artístico), y luego se insta a que cada padre expresa cómo se sentiría, cómo reaccionaría en esa situación; y una vez hayan participado todo el grupo, se retroalimentan en maneras más adecuadas a la situación dada.

Este tipo de iniciativa se puede ajustar con los materiales, y la complejidad de los casos ficticios, buscando considerar las variables socioeconómicas de cada uno, para crear una verdadera inclusión donde no sólo los pacientes se integren en el mundo de los demás, sino que también los demás se integren al mundo de los pacientes. También se busca fortalecer los vínculos afectivos entre los familiares, pues una familia emocionalmente sana, es una familia donde el amor y la tolerancia reinan.

Para cerrar esta sesión, se practicará una técnica de respiración consciente, que pueden seguir varias secuencias como la de Respiración consciente si lo que se busca es dotar a los participantes de una estrategia sencilla para aplicar en cualquier momento, respiración diafragmática también aplicable a momentos de crisis; Técnica de respiración Win Hof en donde inspira al máximo, y se espira muy muy lentamente; la técnica de Jacobson (Montagrud, 2025). Para esta sesión es necesario recursos como colchonetas, música suave, hojas de trabajo, etc.

Semana 5: Taller de proyecto de vida y motivación

El proyecto de vida se entiende como ese plan que se estructura con todas las ideas y metas que se desean conquistar en la vida; y que, en muchas familias se ve interrumpido por el diagnóstico de un trastorno de neurodesarrollo de alguno de sus familiares. Incluso, en aquellos casos en los que a pesar de tener un hijo

con TEA o TDAH siguen manteniendo una actitud positiva sobre el futuro, se experimentan días de crisis en donde no se logra ver la luz sobre el camino.

Es por ello, que tarde o temprano, los padres, o generalmente uno de ellos se encuentra en una carrera sin fin en donde soñar no es bien visto, pero a la vez se provoca que aparezcan emociones y sentimientos negativos como la tristeza por la pérdida simbólica de un sueño o meta, frustración por la debilidad o impotencia, enojo ante el fracaso aparente de la vida, y todo en conjunto, como una bola de nieve, va arrastrando y aplastando a todos los miembros de la familia a su paso.

Es por ello, que es vital aprender a reformular su proyecto de vida. En esta sesión en consecuencia, se busca que la reflexión sobre los sueños, metas y aspiraciones tanto a nivel personal de cada miembro, como a nivel familiar. Se propone empezar utilizando la técnica del collage motivacional, en donde se le va a solicitar a cada participante elaborar un mapa visual con imágenes y palabras que representen lo que desean alcanzar.

Se da una docencia en donde se explique con palabras muy sencillas el valor de los sueños y las metas en la vida de las personas, y se explica el modelo SMART que está formado por las metas específicas, medibles, alcanzable, realistas y con tiempo definido. Dependiendo del grupo se puede presentar esta información a través de una ponencia corta, un juego o cuento, incluso se puede usar canciones para atraer a los más pequeños y sea fácil de recordar en los adultos.

Es importante para esta primera parte del taller se les proporcione todos los materiales que puedan ser necesarios como revistas, gomas, marcadores, tijeras

aptas para niños pequeños, de manera que se trabaje la creatividad para bajar la tensión de los participantes; los vínculos fraternos mediante las metas familiares; y a nivel personal se promueven rescatar todas las metas que motivaban en primera instancia la vida de los participantes. Se hace un acompañamiento para explicar cual es el objetivo de tener un mural de sueños, y para guiar en aquellos casos donde las metas necesiten ser modificadas o reemplazadas por algún motivo. Esta sesión se prevé para dos horas.

Semana 6: Tiempo de practicas y aplicar lo aprendido

Hasta este punto se ha trabajado la imagen personal, familiar, las emociones, el trabajo en equipo, la empatía, la comunicación asertiva, la coordinación familiar, los estilos de crianza positivos, técnicas de regulación personal y el establecimiento de metas entre otros, lo que hace del participante una persona nueva con muchos recursos para manejar las situaciones con los niños, niñas y adolescentes con TEA y TDAH, y las dinámicas familiares.

En esta semana, por lo tanto, es preciso practicar y aplicar, en una ambiente seguro y apoyado por los facilitadores del programa, el manejo de las situaciones familiares y cotidianas en base a las nuevas enseñanzas. El objetivo de ello es que, muchas veces a nivel de teoría creemos saber algo, pero no es tan fácil de llevar esas acciones a la vida real, especialmente aquellas que involucran sentimientos y percepciones que pueden rebasar nuestros recursos de afrontamiento.

De esta manera, en esta sesión se propone realizar ejercicios de simulación donde los participantes deben simular situaciones cotidianas que requieran de un manejo de conductas, como conflicto entre hermanos, problemas escolares, desobediencia en casa, berrinches, desborde emocional, conflicto entre padres, entre padres e hijos, o entre otros miembros del hogar.

Para ello cada familia va a representar una escena, previamente elegida en concordancia con sus necesidades, y como se busca la autonomía valoración de cada miembro de las familias se propone ofrecer varios medios de presentación, ya sea role playing, murales, canciones, simulación de casos, etc. lo importante es que se abra un espacio donde se experimenten una situación específica y en compañía del grupo se le busque la mejor solución a cada uno.

Los facilitadores van a aportar a esta dinámica retroalimentación inmediata y refuerzo sobre los logros observados; la idea es que las familias se sientan capaces de saber como manejar las situaciones en su vida diaria una vez se culmine el programa; es más, que se conviertan en agentes de cambio en la comunidad, sin depender de un apoyo constante.

Para el desarrollo de esta sesión los facilitadores deben prepararse guiones de situaciones, tarjetas de retroalimentación, rubricas de evaluación y autoevaluación que permita ver el avance, pero también identificar aquellas áreas donde es preciso reforzar el aprendizaje.

Semana 7: conversatorios y retroalimentación familiar

Como en la sesión 6 se realiza una evaluación global, en esta oportunidad traerán todos los procesos observados y de manera respetuosa y segura se tratarán las dificultades que aún persisten y se pueden ajustar las estrategias de manera personal

Para ello se recomienda iniciar con una dinámica que nos haga reconocer nuestra vulnerabilidad como humanos, y que refuercen mensajes de autovaloración y autoestima, esto es vital para lograr una apertura al conversatorio, especialmente, al considerar que para algunas personas el manejo de la crítica (aunque no sea esa la intención del facilitador), y ser más sensibles para ello.

Una dinámica que puede resultar efectiva para darle apertura a esta fase de retroalimentación es:

1. El espejo de lo que valgo: en esta se busca la autovaloración por uno mismo y por la familias, y para ello se incluyen a todos los miembros de las familias y se requieren espejos pequeños para cada persona, hojas blancas y Marcadores, cinta adhesiva y música suave.

Para la misma los participantes deben sentarse en círculo y se les invita a que observe su reflejo en silencio durante 30 segundos (el tiempo puede adaptarse al nivel de atención de los pacientes), y luego se les invita a decirse una sola cosa que valoran de ellas mismas (y si hay niños muy pequeños se les puede orientar con ejemplos sencillos para ayudarlos a comprender la dinámica). Luego de esto, viene la parte del reconocimiento mutuo donde en la hoja blanca los participantes le escriben a otro miembro

de su familia al menos una cosa por la que sientan que debe reconocerles o valorarles, por ejemplo “Hermano agradezco que siempre me escuchas”, la hoja debe decir el nombre a quien se dedica y el facilitador las recogerá en una caja.

Y para terminarlo se les insta a decir como se sintieron al mirarse al espejo, y a leer el mensaje que le escribieron.

Una adaptación que se puede aplicar a esta dinámica puede ser por ejemplo, si un participante tiene ansiedad a hablar en publico (previamente identificado clínicamente) puede escribirse lo que valora en su espejo. O si los niños pequeños no puedes escribir que reconocen de su miembro de la familia puede hacerle un dibujo.

Luego de esta fase de reflexión, se da inicio a la revisión, desarrollo de dudas, y en grupo debatir las estrategias que se han aprendido, reflexionando sobre qué cambios han notado en sus emociones, comportamientos y relaciones. La idea central de esta sesión es que se desarrolle un espacio de escucha y acompañamiento emocional, donde se valore los pequeños pasitos, pero también se dialoguen sobre aquellos temas o asuntos en donde no se ha logrado avanzar, o que de una u otra forma causan malestares. Se pueden aplicar modelos con contención emocional, terapia cognitivo conductual, entre otros; con la meta establecida de tocar temas mas profundos y que pueden ser tratados a nivel grupal, siempre desde la apertura voluntaria de los participantes.

En esta sesión, sin duda la participación será de aquellos que tengan una edad pertinente por lo que en el caso de que en el grupo haya niños muy pequeños, se asistirá su atención por parte de otros funcionarios de la institución (Estimuladores, fonoaudiólogos, entre otros).

Para el desarrollo de esta sesión se requiere preparar previamente materiales y recursos como fichas de seguimiento, hojas de autoevaluación, papelería y utilería necesaria. Para los más pequeños, se debe crear un mini programa de juegos que permitan a los más grandes poder expresarse sin que estén preocupados por su bienestar.

Semana 8: seguimiento de objetivos familiares y personales

Llegados a esta parte del programa se supone un avance significativo de los objetivos iniciales, y que el aprendizaje de estrategias y técnicas que favorecen la adquisición de habilidades socioemocionales, blandas y relacionales sistémicas, por lo tanto, en esta esta ultima semana se busca revisar los objetivos planteados en la semana 5 sobre el desarrollo personal y el proyecto de vida. Para esto cada familia debe analizar los avances que hayan alcanzado y planificar de forma individual, pero considerando los nuevos factores, nuevas acciones que será un nuevo marco de conducta, o nuevos planes de vida familiar, donde no sólo se queden metas nuevas, sino que se incluyan compromisos concretos y realistas, por ejemplo, en lugar de decir “no gritaré ni perderé el control jamás” reformularlo mas realista y decir “Me comprometo en cuidar mi higiene mental para no perder tanto el control, y si pasa, manejarlo más adecuadamente”, o por ejemplo no decir

que se le va a dedicar todo el tiempo a los hijos, sino en lugar de ello decir “me comprometo a que el tiempo que esté en la familia estará realmente presente sin celular ni distracciones”.

Esto trae una idea más concreta de qué hacer, pero considerando que nadie es perfecto y que errar es de humano, y que, de hecho, la meta no es no fallar ni ser vulnerables, sino canalizar mejor la situación cuando pase, y reparar los vínculos para que no se hagan heridas permanentes.

Al finalizar se hace una dinámica de cierre que fortalezca esos compromisos de manera lúdica, como, por ejemplo:

1. Construir juntos el árbol de los compromisos, que consiste en que en una cartulina grande o papel manila con un árbol sin hojas dibujado previamente, se les invita a los participantes a que escriban algunos compromisos ya sea personales o familiares quieren mantener como parte de su autocuidado desarrollo emocional en hojas de colores en forma de hojas verdes; y en otra hoja color amarilla escribir un valor que quieran seguir manteniendo, por ejemplo, amor, respeto, perdón, honestidad, tolerancia, justicia, solidaridad, empatía, etc.

Si los participantes no logran pensar en que escribir, el facilitador puede orientarlo con preguntas como ¿Qué cambios que han logrado quieren mantener y s quieren comprometer? ¿Qué pueden darles a sus familias para mantenerla unida? Los niños pequeños pueden hacer un dibujo que represente lo que quieren decir.

Luego cada familia se acerca para pegar las hojas que ha elaborado, explicando si lo desea en voz alta en forma breve uno de sus compromisos. Como este es un momento significativo para el grupo y el programa, puede hacerse más emotivo, por ejemplo invitando a todos a levantarse, tomarse de las manos y observar el árbol completo, mientras el facilitador dice una pequeña reflexión, como, por ejemplo:

“Los árboles tienen raíces y las familias tienen su base en el amor y la esperanza. Las hojas del árbol pueden caerse, pero el árbol sigue creciendo cuando se le cuida y valora. De esta misma forma los compromisos que han escrito hoy son semillas de cambio y aunque el viento sople muy fuerte, esto lo mantendrá vivo, y lo importante es seguir intentándolo”

Se sugiere sistemas de seguimientos a mediano plazo mediante citas grupales o reuniones periódicas de manera que se siga dando el soporte para el manejo de nuevas situaciones que pueden aparecer.

Fase 3: Evaluación final y cierre del programa

Etapas 1: presentación de un informe final de intervención

Como evidencia y resumen de todo lo que se trabajó, aprendió y el crecimiento que hayan presentado los participantes, debe quedar plasmado en un informe que integra todos los resultados finales, y para esto se recomiendan la siguiente estructura:

- Descripción de la intervención: Objetivos, fases, actividades y estrategias utilizadas.
- Resultados alcanzados: Avances de los niños y familias en las diferentes áreas de intervención, apoyados en evidencia observacional y datos registrados durante las sesiones.
- Fortalezas identificadas: Capacidades, habilidades y logros significativos observados en los participantes.
- Áreas de mejora: Aspectos que requieren refuerzo o seguimiento adicional.
- Recomendaciones: Sugerencias prácticas para continuar el desarrollo socioemocional y conductual de los niños, así como estrategias de apoyo familiar sostenibles.

El informe final se presenta de manera clara, estructurada y comprensible, de modo que sea útil tanto para los padres como para otros profesionales de la salud o educación que den seguimiento al desarrollo de los niños. Su propósito es garantizar que los logros obtenidos se mantengan y que las estrategias del programa puedan ser replicadas o adaptadas en otros contextos, contribuyendo a la continuidad del impacto positivo de la intervención.

Etapas 2: seguimiento posterior

En todo programa de intervención es esencial monitorear la permanencia sobre lo que se haya aprendido o tratado en el programa; en este caso, se debe conocer

si el programa mantiene un grado de aplicación y efectividad en las familias participantes.

Para esta etapa se pueden elegir periodos de seguimiento, que puede ser dos meses después (tiempo mínimo para comprobar los efectos) o 5 meses después (tiempo máximo, para comprobar la permanencia de las estrategias), y para ello se realiza mediante una reunión grupal o encuentro, en la cual se desarrolla un conversatorio con preguntas claves como:

1. ¿De lo que aprendieron que han puesto en práctica? Y ¿cómo?
2. ¿Qué ha sido lo más fácil o difícil de mantener?
3. ¿Han notado cambios en la convivencia familiar?
4. ¿Qué creen que necesitan como apoyo o estrategias en estos momentos?}

Estas reuniones se sugiere realizarlas en un ambiente tranquilo, seguro y de confianza, sin formalismos excesivos, o si hacer sentir que los están calificando, pues no es el objetivo; sino que, en su lugar, perciban la meta que es ser su apoyo en el crecimiento personal y familiar en este proceso continuo, en donde es esperable y aceptable que existan avances, pausa, retrocesos, y esto servir para realizar reajustes al programa a futuro, y serles de guía dentro de lo posible en esta sesión. Para cerrar se puede implementar una dinámica de reconocimiento o gratitud, por ejemplo, se hace un círculo y cada uno completa la frase “Del programa me quedo con...” o “Del programa agradezco...”

Cuadro 2

Resumen general de la propuesta de intervención

Fases	Etapa	Actividades
Fase 1: Evaluación de necesidades	Etapa 1: Identificación de los participantes	Registro de niños y familias participantes, recopilación de datos sociodemográficos y antecedentes.
	Etapa 2: Conversatorio individual para conocer dinámica familiar	Entrevistas familiares para identificar fortalezas, necesidades prioritarias y expectativas del programa.
	Etapa 3: Abordaje y propuesta del programa	Presentación del programa, objetivos, metodología y beneficios a las familias.
Fase 2: Intervención Psicoeducativa y Creativa	Semana 1: Taller de Expresión Emocional y Creatividad	Actividades de expresión emocional mediante deportes, dinámicas de grupo, juegos cooperativos y actividades lúdicas integradas con los padres.
	Semana 2: Taller de Expresión Artística	Creación de murales, dibujos, manualidades y collage, promoviendo la creatividad y la expresión de emociones.
	Semana 3: Taller de Teatro y Juego de Roles	Simulaciones teatrales, juegos de rol y dramatizaciones para

		fortalecer habilidades sociales, comunicación y resolución de problemas.
	Semana 4: Talleres de Autocuidado y Estrategias de Regulación Emocional (familias)	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de manejo del estrés y autocuidado parental (respiración consciente, pausas activas, rutinas de autocuidado). - Estrategias de disciplina positiva y manejo de conductas desafiantes (refuerzo positivo, establecimiento de límites, alternativas conductuales, tiempo fuera positivo). - Dinámicas conjuntas para fortalecer el vínculo afectivo entre padres e hijos.
	Semana 5: Taller del Proyecto de Vida y Motivación (familias y niños)	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de exploración de metas y aspiraciones personales y familiares. - Construcción de mapas visuales y collages de metas.

		<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de motivación intrínseca y establecimiento de objetivos SMART. - Dinámicas conjuntas de fortalecimiento del vínculo familiar y cooperación.
	Semana 6: Práctica Guiada y Aplicación de Estrategias	Simulación de situaciones reales (escolares, familiares y sociales) para practicar habilidades aprendidas: autorregulación, disciplina positiva, resolución de conflictos, motivación y comunicación. Retroalimentación inmediata de facilitadores.
	Semana 7: Sesiones de Retroalimentación Familiar	Reuniones individuales o grupales para presentar avances, compartir percepciones, identificar dificultades y planificar estrategias de seguimiento personalizadas.
	Semana 8: Seguimiento de Objetivos Personales y Familiares	Revisión de objetivos individuales y familiares, monitoreo de avances, planificación de acciones futuras y

		establecimiento de un sistema de seguimiento para garantizar la sostenibilidad de los aprendizajes.
Fase 3: Evaluación Final y Cierre del Programa	Etapa 1: Informe final de intervención	Elaboración de documento consolidado con resultados, fortalezas, áreas de mejora y recomendaciones para el seguimiento posterior.
	Etapa 2: seguimiento	Reunión grupal pasado un periodo del cierre para conocer el estado de los aprendizajes en los participantes.

Fuente: Elaboración propia (2025).

Materiales necesarios

Materiales de oficina y papelería	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas bond tamaño carta y oficio • Carpetas para expedientes familiares • Cuadernos o libretas de trabajo • Bolígrafos, lápices y borradores • Resaltadores y marcadores de colores • Post-it y notas adhesivas • Clips, grapas y sujetapapeles
-----------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Impresiones de guías, cuestionarios y hojas de trabajo
Materiales didácticos y de apoyo visual	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarras acrílicas o rotafolios • Plumones para pizarra • Cartulinas y papelógrafos • Infografías impresas sobre comunicación, emociones y estrategias familiares • Tarjetas con dinámicas y ejemplos de situaciones reales • Juegos didácticos para la simulación y actividades lúdicas • Hojas de evaluación con escalas de seguimiento
Recursos tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector y pantalla o televisor • Laptop o computadora • Bocinas o parlantes para videos y audios • Acceso a internet (para recursos digitales y presentaciones) • Cámara o celular para registro fotográfico o audiovisual (opcional, si se documenta el proceso)
Materiales para dinámicas y simulaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas organizadas en círculo (para sesiones grupales)

	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas con casos prácticos y simulaciones de conflictos familiares • Tarjetas de roles para dramatizaciones • Reloj o cronómetro para actividades con tiempo limitado
Fichas de registro (ANEXOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de registro sociodemográfico • Ficha de observación individual y familiar • Bitácora del facilitador • Lista de cotejo o escala de seguimiento • Ficha de autoevaluación familiar • Bitácora de seguimiento posterior
Materiales para retroalimentación y evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de autoevaluación y evaluación familiar • Escalas gráficas (ejemplo: caritas felices/tristes para niños) • Formatos de seguimiento de objetivos personales y familiares • Formatos de asistencia y participación
Otros insumos generales	<ul style="list-style-type: none"> • Agua, café o refrigerios ligeros (opcional, para mantener la disposición en las sesiones largas) • Material de limpieza (marcadores borrables, borradores de pizarra, toallas de papel)

Fuente: Elaboración propia (2025).

CONCLUSIONES

1. El atender personalmente a los niños que están presentando dificultades socioemocionales y psicológicas, viéndose afectados diferentes contextos como el hogar y la escuela, y a la vez aplicar los recursos terapéuticos dirigidos a los trastornos del neurodesarrollo contribuyó a consolidar y reforzar las competencias que como psicóloga se ha adquirido a lo largo de todos los años de formación.
2. Se concluye que el Centro de Rehabilitación Integral (REINTEGRA) de Los Santos es una unidad sanitaria de gran impacto de las comunidades; pues en éste se atienden no sólo con diagnósticos frecuentes como lo es el Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad/impulsividad, sino que también se le brinda apoyo clínico integral a otros casos como problemas de conducta, discapacidades neurofisiológicas, problemas en los vínculos familiares, mutismo, entre otros. Lo que demuestra que es un lugar clave en el panorama de las prácticas profesionales para la Maestría en Psicología Clínica.
3. Del trabajo en equipo que se llevó a cabo, además, debe resaltarse el valor de la formación humanista e integral para el practicante; ya que, en este centro se lleva una atención en conjunto donde se hace mucho hincapié en la importancia de la empatía, la escucha atenta, la sensibilidad clínica como herramientas esenciales para el acompañamiento.

4. En cuanto a las actividades desarrolladas se pueden considerar como un aprendizaje consolidado, en donde todas aquellas técnicas que habían sido aprendidas a nivel teórico durante los años de estudio, vieron finalmente su aplicación en la atención clínica realizada. En este sentido, se puede reafirmar que el plan de estudios de la maestría en Psicología clínica de la Universidad Especializada de las Américas (UDELAS), efectivamente está alineado con el perfil del egresado que se espera en instituciones como REINTEGRA.

5. La elaboración de la propuesta por otro lado, ha sido una experiencia muy positiva y que ha requerido de una recopilación de fuentes importantes como referencias bibliográficas de intervenciones similares que han mostrado resultados efectivos, medibles y reproducibles en otras regiones; también de lo observado y diagnosticado durante la práctica profesional, donde se recibió información de primera mano de los pacientes, de la psicóloga que ya cuenta con un esquema de las estrategias y técnicas más efectivos, incluso del resto de los colegas de otras especialidades; y finalmente, de toda la preparación académica personal; lo cual han sido fundamentales para traer a la comunidad los conocimientos de la Psicología clínica, y que a futuro esta implementación, de llevarse a cabo, marcará una diferencia en la vida de este grupo poblacional tan necesitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya, G. (2020). Eficacia de la terapia familiar sistémica en niños con trastorno del espectro autista (TEA). Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3759/1/Art%c3%adulo%20Amaya%20Acurio%20Gonzalo%c2%a0C..pdf>
- Avendaño, D., y Rodríguez, A. (2024). Efecto de un programa psicoeducativo en el conocimiento de TEA y TDAH para docentes [Trabajo de grado, Universidad Rafael Urdaneta, Venezuela]. <http://www.omp.uru.edu/pdf/ART/PIAA.3201-24-00688.pdf>
- Bermello, D., Castillo, Y., Morales, A., Zambrano, D., y Yupangui, V. (2024). Intervención multidisciplinaria en pacientes con trastorno del espectro autista con base en las prácticas centradas a la familia. *RECIAMUC*, 8(1), 288-296. <https://mail.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1272>
- Bocharov, V., Shishkova, A., Dubinina, E., Shchelkova, O., y Yu, O. (2023). The role of clinical psychologist in modern healthcare system. *Nacional'noe Zdravoohranenie*, 4(1), 12–22. <https://doi.org/10.47093/2713-069x.2023.4.1.12-22>
- Bohórquez, N., Carrillo, L., y Miranda, Y. (2023). *El fichero como herramienta didáctica para fortalecer la competencia lectora de los niños de 4 grado de la Institución Educativa Magola Hernández Pardo sede Dorotea Hadameck Pueblo Bello Cesar* [Tesis de grado, Universidad Mariana]. <https://repositorio.umariana.edu.co/items/a5adc6b1-4d56-4e81-959d-803f56dd0aef>
- Bojacá, M. C. (2024). *Relación entre las conductas prosociales y la impulsividad en niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad* [Tesis de Grado, Universidad Externado de Colombia].

<https://bdigital.uexternado.edu.co/entities/publication/e072dd37-1515-4cae-b5b6-dfade1f28c9f>

Brenlla, M. (2013). Interpretación del WISC-IV: puntuaciones compuestas y modelos CHC. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 183-197. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s1688-42212013000200007&script=sci_arttext

Carmona, J., Durand, S., Cárdenas, E., Arámbula, J., Guzmán, M., Estrada, I., Amezcua, M., Lastra, V., Castiello, S., y Aldana, A. (2023). Rehabilitación integral y reinserción laboral de personas con enfermedad mental grave en un país de América Latina: protocolo del estudio REINTEGRA. *BMC Psiquiatría*, 2(446). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04835-4>

Carranza, D. (2023). *Estrategias psicopedagógicas para el desarrollo de autonomía en el aprendizaje de un niño con trastorno del espectro autista de inicial* [Tesis de maestría, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena]. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/9998>

Casari, L., Rivas, M. y Richard, F. (2022). Estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan en discapacidad intelectual. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 205-222. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1104>

Censos de Panamá (2020). *La provincia de Los Santos: indicadores*. [https://www.censospanama.pa/archivos/07055475cuatriptico%20Los%20Santos_compressed%20\(2\).pdf](https://www.censospanama.pa/archivos/07055475cuatriptico%20Los%20Santos_compressed%20(2).pdf)

Chávez, A. (2025). *Análisis de una intervención basada en la TIMN con maestras/os y sus alumnos/as diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo* [Tesis de Maestría, Universidad de Querétaro]. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/12226/1/PSMAN-220303.pdf>

Cortazar, I., y Lorza, M. (2024). *Fortalecimiento de habilidades socioemocionales y trabajo en equipo en niños con autismo y TDAH* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia].

<https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/fcb149ba-26e5-4d92-9604-072b0a9b0106>

De Diego, M. (2022). El proceso de duelo en la infancia y adolescencia: intervenciones eficaces basadas en la educación emocional. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). <https://hdl.handle.net/10609/146877>

De Freitas, R., Triguero, M., Nunes, C., de Fátima, A., Roim, A., Rodrigues Carreiro, L. R. (2019). Estilos de crianza y salud mental en padres de niños con TDAH. *Revista Interamericana de Psicología*, 53(3). <https://link.gale.com/apps/doc/A629055703/IFME?u=anon~365db07b&sid=googleScholar&xid=6ce790b4>

Fernández, M. (2025). *Fragmentos que hablan: Principios de metodología socioeducativa para la intervención en salud mental a través de la arteterapia* [Tesis de grado, Universidad de Oviedo]. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/79416>

Genise, G. (2014). Psicoterapia cognitivo conductual en un paciente con trastorno negativista desafiante. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 23(2), 145-152. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265005.pdf>

Ghasemi, M. (2022). *The Clinical Interview*. Routledge eBooks. 219–231. <https://doi.org/10.4324/9781003100058-15>

Gómez, A. (2023). *La influencia de los estilos de crianza en la regulación emocional de niños y adolescentes* (Tesis doctoral, Corporación Universitaria Minuto de Dios). <https://repository.uniminuto.edu/server/api/core/bitstreams/598dd2d4-58ee-49d0-a201-b3000817a446/content>

Quintero, G., Ordóñez, A. y Torres, L. (2014). *Programa de entrenamiento en habilidades de regulación conductual infantil y comunicación asertiva dirigido a un grupo de padres* [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de

Colombia]. <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/b8ff1b95-d03f-4b2c-892e-d015275cb3b3>

Grañana, N. (2022). Espectro autista: una propuesta de intervención a medida basada en la evidencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 414–423. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.006>

Henares, M. (2024). *Programa de educación para la salud dirigido a educadores y familiares de alumnos en la etapa infantil con trastornos del espectro autista (TEA)* [Tesis de grado, Universidad Europea]. <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/9117>

Lavado, C., y Huayhuas, K. (2025). *Efectividad de la terapia cognitiva conductual en niños con autismo: Una revisión narrativa* [Tesis de Especialización, Universidad Peruana la Unión]. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/45a194eb-3ea2-4b4c-9487-91749c05cf59>

León, C., Alba, L., y Troya, A. (2023). Tratamiento psicológico inclusivo como modalidad terapéutica en el estado cognitivo-emocional-conductual en las personas prejubilables. *Medicentro Villa Clara*, 27(1). <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3753/3044>

Lim, W., y Tierney, S. (2023). La efectividad de las intervenciones de psicología positiva para promover el bienestar de los adultos que experimentan depresión en comparación con otros tratamientos psicológicos activos: una revisión sistemática y metanálisis. *Revista de estudios sobre la felicidad*, 24(1), 249–273. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00598-z>

Llavisaca, L., y Pulla, L. (2025). *Retraso del lenguaje en niños de escuelas fiscales, sector Yanuncay, nacidos durante la pandemia SARS-CoV-2. Cuenca 2024-2025* [Tesis de Grado, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/cd09e738-5e31-43aa-a504-35782613c075g>

- Luna, N., Víneces, Z., y Guzmán, E. (2020). Terapia cognitivo conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. *Recimundo*, 4(4), 173-187. <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/download/937/1505>
- Marín, C. (2024). *Intervención cognitivo-conductual en adolescente con discapacidad cognitiva moderada y duelo: evaluación y manejo terapéutico en un contexto familiar disfuncional* [Tesis de maestría, Universidad del Sinú, Cartagena]. <http://190.242.62.107:8080/jspui/handle/123456789/1573>
- Martin, A. (2021). *Expresión emocional en personas con Trastorno del Espectro Autista. Propuesta de intervención, de caso único, centrada en la familia* [Tesis de grado, Universidad de Valladolid, España]. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/49271>
- Martínez, K. (2022). *Experiencias de docentes y familiares en el proceso de integración educativa de niños con TEA Y TDAH* [Tesis de grado, Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas]. <https://repositorio.unicach.mx/handle/20.500.12753/4465>
- Ministerio de Salud de Panamá (2025). *Centros Reintegra*. <https://www.minsa.gob.pa/cartera-salud/centros-reintegra>
- Miranda, V., Cujilán, G., Bravo, E., López, M., y Zambrano, M. (2025). Estrategias neurodidácticas para activar la inteligencia emocional en alumnos con discapacidad intelectual. *Revista Multidisciplinar Epistemología De Las Ciencias*, 2(3), 77-98. <https://doi.org/10.71112/zd9r8s73>
- Molina, J., Orgilés, M., y Servera, M. (2022). El TDAH en la etapa preescolar: Una revisión narrativa. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(3), 1–9. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.3.5>
- Murdock, S., Andrade, J., Valdés, S., y Sarco, A. (2023). Gestión de las emociones en padres de niños con Autismo. *Revista Semilla Científica*, 1(4), 120–127. <https://doi.org/10.37594/sc.v1i4.1262>

- Muriel, V., Ensenyat, A., García, A., Aparicio, C. y Roig, R. (2014). Déficit cognitivos y abordajes terapéuticos en parálisis cerebral infantil. *Acción Psicológica*, 11(1), 107-120. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13915>
- Musich, F., y Aragón, A. (2022). Adaptaciones de las terapias psicológicas para adultos con Trastornos del Espectro Autista sin Discapacidad Intelectual. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 33(157, jul.-sept.), 44–50. <https://doi.org/10.53680/vertex.v33i157.266>
- Ochando, H. (2024). La disciplina positiva como alternativa educativa en el proceso de aprendizaje de habilidades sociales. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1–18. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1594>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Informe sobre la salud mental en el mundo*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Trastorno del espectro autista*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: PERFIL DEL PAÍS PANAMÁ. <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Panama%20esp.pdf>
- Ortega, A. y Méndez, S. (2025). Síndrome de Guillain Barré en niños y adolescentes durante los brotes epidémicos. *Belize Journal of Medicine*, 14(2). <http://www.bjomed.org/index.php/bjm/article/view/456>
- Ovelleiro, A. (2022). *Gestión de los problemas de conducta en niños con trastorno del espectro autista a través de un programa de educación emocional* [Tesis de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/56866>
- Pérez, G., Herrera, J., y Alemán, B. (2024). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Trastorno del Espectro del Autismo: análisis del grado de

coincidencia diagnóstica entre los centros de salud y las unidades de Salud Mental Infanto- Juvenil. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 41(3), 13–22. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v41n3a3>

Reintegra. (2023). *Centro de Reintegra de Los Santos: Servicios y programas de apoyo*. Reintegra.

Rodríguez, I. (2007). Cuatro nuevos centros para discapacitados. *El Panamá América*. <https://www.panamaamerica.com.pa/nacion/cuatro-nuevos-centros-para-discapacitados-297318>

Rodríguez, S. (2023). Diseño de un programa de entrenamiento breve en crianza consciente y manejo del estrés para cuidadores primarios de niños con problemáticas en el neurodesarrollo [Tesis de grado, Universidad Nacional de Bucaramanga]. <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/22859>

Ronquillo, A., y Zapata, M. (2025). *Análisis del proceso emocional de los padres con niños diagnosticados con trastornos de espectro Autista (TEA) del Centro Integral de Niños" Kraaker"* [Tesis de Grado, Universidad Técnica de Nabahoy]. <https://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/18537>

Ruiz, L. M., Mejía, J., y Narváez, J. (2023). Optimizando el desarrollo social: estrategias escolares para estudiantes con trastorno del espectro autista. *Pedagogical Constellations*, 2(2), 71-85. <https://doi.org/10.69821/constellations.v2i2.10>

Salgado, J. (2023). *Detección precoz, intervención temprana y programa PsicoTEA: acompañamiento psicosocial a familias en el trastorno del espectro autista* [Tesis de doctorado, Universidad de Málaga]. https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/26519/TD_SALGADO_CACHO_Jose_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Santurde, E., y Del Barrio, J. (2014). Papel relevante de los estilos educativos en la evolución de los síntomas de TDAH. *International Journal of*

Developmental and Educational Psychology.
<https://dehesa.unex.es/handle/10662/1709>

- Sotolongo, Y. (2023). *La preparación de las familias de los niños diagnosticados con trastorno de atención e hiperactividad* [Tesis de Doctorado, Universidad de Sancti Spíritus" José Martí Pérez]
<https://dspace.uniss.edu.cu/bitstream/handle/123456789/8629/Yaily%20Marianela%20Sotolongo%20Gonz%C3%A1lez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sotomayor, A., y Sánchez, P. (2024). Metodologías de enseñanza basadas en análisis conductual aplicado en niños con trastorno del espectro autista. *Ciencia y Psique*, 3(4), 123-141.
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/cienciaypsique/article/view/6635>
- Triana, J., y Villamizar, C. (2018). Avances en realidad virtual e intervenciones en psicología clínica. *Tesis Psicológica*, 13(1), 1-15.
<https://www.redalyc.org/journal/1390/139059076005/139059076005.pdf>
- Torrano, R. (2024). Ansiedad ante los exámenes: estudio psicométrico y de validación de un nuevo instrumento para ESO y Bachillerato. *Proyecto de investigación*. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/142084>
- Yaguachi, M., y Chávez, O. (2023). *Cansancio del rol del cuidador en tutores de personas con trastorno del espectro autista* (Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo). <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11811>
- Alban, D., y Jara, V. (2025). *Revisión sistemática de intervenciones basadas en el juego como herramienta terapéutica para niños con TEA o TDAH* (Tesis de maestría, Universidad de Las Américas).
<https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/18031>
- García, F., Faret, F. y Gonzalez, D. (2023). Juegos de Rol para el trabajo en equipo: Pilotaje de una metodología de desarrollo de habilidades

socioemocionales," *Journal of Roleplaying Studies and STEAM*, 2(1).
<https://digitalcommons.njit.edu/jrpssteam/vol2/iss1/3>

Rojas, P. (2022). *La interpretación de los sentimientos y emociones básicos a través del dibujo de los escolares de Educación Primaria* (Tesis de grado, Universidad de Córdoba). 2022000002392.pdf

Beltrán, M. (2024). *El autocuidado emocional en cuidadores y cuidadores de personas con discapacidad intelectual* (Trabajo de Maestría, ITESO).
<https://hdl.handle.net/11117/11163>

Montagud N. (2021). *10 técnicas y ejercicios de respiración consciente (con explicación)*. Portal Psicología y
Mente. <https://psicologiymente.com/meditacion/tecnicas-ejercicios-respiracion-consciente>

ANEXOS

Nota de solicitud de profesor asesor



MAESTRÍA/ DOCTORADO

HOJA MEMBRETADA

FECHA: 20 de marzo de 2025

NOMBRE Lisbeth Massiel Govea Vargas

Facultad / Decanato/Dirección /Coordinación

Universidad Especializada de las Américas

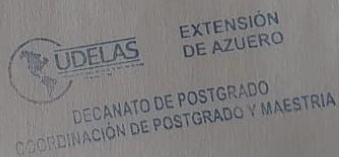
PRESENTE

Por la presente yo Lisbeth Govea estudiante de Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa, cuyo título de anteproyecto es: Intervención, seguimiento y tratamiento clínico de pacientes con discapacidad o sin discapacidad en Reintegra Los Santos, 2025 solicito al asesor de trabajo de grado Profesora María Inés Barrios Pinilla, con cédula 8-241-176, durante la etapa del desarrollo del Trabajo de grado (Práctica Profesional) hasta su presentación y evaluación.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA

RESPONSABLE DEL PUESTO



Nota de solicitud a dirección de salud de Los Santos para realizar la Práctica en Reintegra los Santos



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
DECANATO DE POSTGRADO Y MAESTRÍA
EXTENSIÓN DE AZUERO
N°046-2025/POSTGRADO Y MAESTRÍA

La Villa de Los Santos, 24 de marzo de 2025.

Doctor
Antonio González
Director Regional
MINSA Los Santos

E.S.D.

Respetado Doctor Hernández:


Reciba un saludo por parte de la Universidad Especializada de Las Américas, Extensión Azuero.

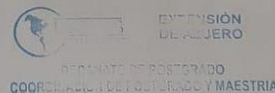
Me dirijo a usted con la finalidad que se le permita a la Licenciada **Lisbeth Massiel Govea Vargas**, con Cédula de Identidad Personal N° **6-719-1355** realizar su práctica Profesional dentro de su institución en el departamento de Psicología en el **Departamento de Reintegra** y pueda cumplir con el Trabajo de Grado como parte final de esta Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa a partir del 2 al 30 de junio 2025.

Este proceso de Práctica Profesional debe desarrollarse, según el Reglamento de UDELAS, durante ciento sesenta horas (160) horas en horario de 7am a 3pm y será supervisada por parte del Departamento de Psicología con la licenciada Geanett Cedeño que existe en esta institución y por la docente de Trabajo de Grado Magister María Inés Barrios de esta especialidad por la Universidad.

De ser necesaria información adicional, no dude en consultarnos al celular 6677 7909.

De usted atentamente,

Magister 
Mercedes O. Bernal Y.
Coordinadora de Postgrado
Udelas Extensión Azuero



Cc Lic. Jenny Rodríguez
Cood. Reintegra de Los Santos



Nota de autorización a la solicitud para realizar la Práctica en Reintegra Los Santos

Nota N° 051 UDIR-RSLS-2025
Los Santos, 2 de abril de 2025

Magister. Mercedes Bernal Y.
Coordinadora de Postgrado
Udelas Extensión Azuero
E. S. D.

P/C Dr. Antonio González
Director Regional de Salud
Región de Salud de Los Santos

Respetada Magister Bernal:

Reciba un cordial saludo. Por este medio le notificamos que, se da el **Aval** para que la estudiante de la Maestría en Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa **Lisbeth Govea Vargas** con cedula de identidad personal **6-719-1355** realice su práctica profesional en El Departamento de Reintegra de la R.S.L.S

Dicha práctica comprende un total de 160 horas presenciales las cuales debe cumplir del 2 de junio del 2025 al 30 de junio del 2025 en un horario de 7am a 3p.m. Estará bajo de la asesoría y supervisión de la Licenciada Geanett Cedeño y la profesora Magister Maria Barrios.

Solicitamos a los mismos que mantenga las normas de bioseguridad, principios de ética y de confidencialidad respectiva.

Atentamente,

Mgter. Mónica Pérez
Coordinadora Unidad Docente Regional
Enlace regional de Investigación para la salud
Región de Salud de Los Santos
Correo: mbperez@minsa.gob.pa

c.c **Dr. Antonio González.** Director Regional de R.S.L.S.
c.c **Magister Mónica Pérez.** Coordinadora de Docencia Regional. R.S.L.S
c.c **Lic. Jenny Rodríguez.** Jefe del Departamento de Reintegra. R.S.L.S

MPA
Archivo

"Panamá con salud y bienestar"

Edificación de Reintegra Los Santos



Área de rehabilitación física



Consultorio de Psicología



Con la licenciada Geanett Cedeño la psicóloga clínica de reintegra



Herramientas para el registro de información del programa

Ficha de registro sociodemográfico

Datos generales	Información del participante
Nombre del niño(a):	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
Escuela o centro educativo:	Grado escolar:
Nombre del padre/madre o acudiente:	Parentesco:
Ocupación:	Nivel educativo:
Dirección:	Teléfono de contacto:

Número de integrantes del hogar:	
Composición familiar (marcar):	<input type="checkbox"/> Biparental <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Otro: _____
Situación económica aproximada:	<input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta
Observaciones relevantes (salud, conducta, antecedentes familiares, etc.):	

Ficha de observación individual y familiar

Datos	Descripción
Nombre del participante o familia:	
Fecha de observación:	Sesión n.º:
Facilitador responsable:	
Área observada	Descripción / Comentarios
Participación en la actividad	
Expresión emocional (verbal y no verbal)	
Interacción con los demás	
Conductas observadas (positivas o desafiantes)	

Respuesta ante las dinámicas	
Nivel de atención y compromiso	
Observaciones generales del facilitador	
Recomendaciones para la próxima sesión	

Bitácora del facilitador

Fecha	Tema / Actividad desarrollada	Objetivos de la sesión	Descripción breve de la dinámica aplicada	Participación / Actitud del grupo	Situaciones relevantes (conflictos, avances, resistencias, emociones)	Reflexión del facilitador / acciones a seguir

Lista de cotejo o escala de seguimiento

Aspectos a evaluar	Al Inicio del programa	A la Mitad del programa	Al Final del programa	Observaciones
1. Expresa adecuadamente sus emociones	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
2. Muestra empatía hacia otros miembros de la familia	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	

3. Participa activamente en las actividades grupales	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
4. Aplica estrategias de autorregulación emocional	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
5. Mantiene comunicación positiva con sus familiares	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	
6. Cumple compromisos familiares establecidos	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	

Ficha de autoevaluación familiar

Preguntas de reflexión	Respuestas o comentarios
1. ¿Qué aprendimos durante el programa que queremos mantener como familia?	

2. ¿Qué cambios hemos notado en nuestra comunicación o convivencia?	
3. ¿Qué estrategias o actividades nos resultaron más útiles?	
4. ¿Qué aspectos aún necesitamos mejorar o fortalecer?	
5. ¿Qué compromisos asumimos como familia después de este proceso?	
6. ¿Cómo evaluamos nuestra participación en general? (<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Escasa)	
7. Comentarios o sugerencias finales	

Carta final del profesor de español.

9.9. Carta final del Profesor de Español

LICENCIATURA/ MAESTRÍA/ DOCTORADO



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Evaluación para Trabajo de grado

Facultad _____

Panamá, 1 de Octubre de 2025

Señores
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

Presente:

La suscrita certifica, que él o la estudiante:

Disbeth M. Govea V., cédula: 6-719-1355
_____, cédula: _____,

se le ha revisado el trabajo de grado titulado:

"Intervención, tratamiento y seguimiento clínico de
pacientes con discapacidad y sin discapacidad en
Heintegra, Los Santos, 2025"

Doy fe que el trabajo cumple con todas las exigencias de redacción y ortografía del idioma español.

Atentamente,

Lilia R. de Sandoval.

Profesor(a) de Español

Cédula: 6-58-153

Registro del Diploma No. 481564

Adjunto: Copia del Diploma.

UNIVERSIDAD DE PANAMA

LA FACULTAD DE

Ciencias de la Educación.

VERTUD DE LA POESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO,
HACE CONSTAR QUE

Lilia R. de Sandoval

HA TERMINADO LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HACEN ACREEDOR AL TITULO DE

**Profesora de Educación Media
con Especialización en Español**

EN CONSECUENCIA, SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
ONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS, EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE PANAMA A LOS **dos**
DÍAS DEL MES DE **Abril** DE MIL NOVECIENTOS **noventa y ocho**

1698

Decano

Rector

