



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN UN NIÑO DE 9 AÑOS

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad
profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Huiza Núñez, Marcela Natividad

Asesor:

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Anicama Gómez, José Carlos

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Altamirano Carrasco, Sussety

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN UN NIÑO DE 9 AÑOS

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.goconqr.com

Fuente de Internet

2%

2

www.fundacioncadah.org

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

vsip.info

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.upch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

titula.universidadeuropea.es

Fuente de Internet

1%

7

alicia.concytec.gob.pe

Fuente de Internet

1%

8

Submitted to Aliat Universidades

Trabajo del estudiante

1%

9

Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana

Trabajo del estudiante

1%

10

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

1%

11

www.um.es

Fuente de Internet

1%

12

pdfslide.tips

Fuente de Internet

1%

13

Submitted to Rovira i Virgili University

Trabajo del estudiante

1%

14

pdfs.semanticscholar.org

Fuente de Internet

1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN UN NIÑO DE 9 AÑOS

Línea de Investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Huiza Núñez, Marcela Natividad

Asesor:

Del Rosario Pacherrres, Orlando
ORCID: 0000-0003-0981-9808

Jurado:

Anicama Gómez, José Carlos
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
Altamirano Carrasco, Sussety

Lima- Perú

2024

Pensamientos

“Tener hiperactividad no es malo,
hay que saber canalizar la energía
hacia un lado que nos guste”.

Dani Martin

“Todos los estudiantes pueden
aprender, pero no todo el mismo
día, ni de la misma manera”.

George Evans

Dedicatoria

Con admiración, dedico este trabajo a todas las madres de mis pacientes por su paciencia y amor incondicional. Son un pilar fundamental en la vida de sus hijos. Gracias por su ejemplo de fortaleza y resiliencia.

Agradecimientos

A Matilda, un ser de luz que ilumina mi camino. Gracias por tu compañía y amor eterno, eres mi inspiración y el pilar que sostiene mi fortaleza.

Índice

	Pág.
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Antecedentes	5
1.2.1. Antecedentes Nacionales	5
1.2.2. Antecedentes Internacionales	7
1.2.3. Fundamentación Teórica	9
1.3. Objetivos	19
1.4. Justificación	19
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	20
II. METODOLOGÍA	22
2.1. Tipo y diseño de Investigación	22
2.2. Ámbito temporal y espacial	22
2.3. Variables de investigación	22
2.4. Participante	23
2.5. Técnicas de evaluación e instrumentos aplicados	23
2.5.1. Técnicas	23
2.5.2. Instrumentos	28
2.5.3. Evaluación psicológica	32
2.5.4. Evaluación psicométrica	39
2.5.5. Informe Psicológico Integrador	45

2.6.	Intervención	49
2.6.1.	Plan de intervención y calendarización	49
2.6.2.	Programa de intervención	51
2.7.	Procedimiento	61
2.8.	Consideraciones éticas	62
III.	RESULTADOS	63
3.1.	Análisis de resultados	63
3.2.	Discusión de resultados	68
3.3.	Seguimiento	69
IV.	CONCLUSIONES	70
V.	RECOMENDACIONES	71
VI.	REFERENCIAS	
VII.	ANEXOS	
	Anexo A. Protocolo del Test de Inteligencia de Wechsler – WISC IV	
	Anexo B. Protocolo del Test Gestáltico Visomotor de Bender	
	Anexo C. Protocolo de la Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad – EDAH	
	Anexo D. Registro semanal línea base de frecuencia de conductas problema del paciente	
	Anexo E. Última semana de registro de frecuencia de conductas problema del paciente con tratamiento cognitivo conductual	
	Anexo F. Registro semanal línea base de duración de conductas problema del paciente	

Anexo G. Última semana de registro de duración de conductas problema del paciente con tratamiento cognitivo conductual

Anexo H. Consentimiento informado para aplicar la intervención en el paciente

Índice de Tablas

Nº	Título	Pág.
Tabla 1	Diagnóstico funcional de la conducta	45
Tabla 2	Análisis funcional de la conducta	47
Tabla 3	Pre test y post test de la Escala de inteligencia	48
Tabla 4	Pre test y post test de la evaluación de edad maduracional	50
Tabla 5	Pre test y post test de la evaluación en la prueba de EDAH	52
Tabla 6	Tabla del plan de intervención y calendarización del caso	54
Tabla 7	Sesiones de la intervención cognitiva conductual del caso	55
Tabla 8	Resultados de los instrumentos aplicados durante el pre test al paciente	55
Tabla 9	Resultados de los instrumentos aplicados durante el post test al paciente	56

Índice de Figuras

Nº	Título	Pág.
Figura 1	Estructura familiar del paciente	45
Figura 2	Resultado de Pre Test y Post Test del caso clínico	47
Figura 3	Duración de la frecuencia de las conductas problema entre la línea base y la intervención cognitivo conductual en el caso clínico	48
Figura 4	Duración de las conductas problema durante la línea base y la intervención cognitivo conductual en el caso clínico	48

Resumen

Objetivo: El presente estudio busca disminuir los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad aplicando un programa cognitivo conductual en un niño de 9 años, **Método:** La investigación fue de tipo ampliada con un diseño experimental de caso único y modelo AB, asimismo, los instrumentos fueron la Escala de inteligencia de Wechsler para Niños, la Escala de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el Test gestáltico visomotor de Bender. **Resultados:** Confirmaron la presunción de TDAH con predominio hiperactivo, después de la evaluación, el niño recibió un tratamiento integral que incluyó terapia cognitivo conductual, además, la terapia cognitivo conductual ayudó al niño a desarrollar las habilidades necesarias para mejorar su atención, concentración, control de impulsos, regulación emocional y habilidades sociales, en esa misma línea, se realizaron evaluaciones periódicas para medir el progreso de Johan, en ese sentido, las evaluaciones mostraron una mejora en los síntomas de inatención e hiperactividad, así como en el rendimiento académico y el comportamiento del niño en la escuela y en el hogar, a través de 16 sesiones con una duración de 50 minutos una vez cada dos semanas. **Conclusiones:** este estudio de caso destaca la importancia de una evaluación integral para el diagnóstico de TDAH, y sugiere que el tratamiento cognitivo conductual puede ser una intervención eficaz para mejorar los síntomas y el funcionamiento global de los niños con este trastorno.

Palabras clave: TDAH, terapia cognitivo conductual, intervenciones

Abstract

Objective: The present study seeks to reduce the symptoms of attention deficit hyperactivity disorder by applying a cognitive behavioral program in a 9-year-old child. **Method:** The research was expanded with a single-case experimental design and AB model, likewise, The instruments were the Wechsler Intelligence Scale for Children, the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Assessment Scale and the Bender Visuomotor Gestalt Test. **Results:** They confirmed the presumption of ADHD with hyperactive predominance, after the evaluation, the child received a comprehensive treatment that included cognitive behavioral therapy, in addition, the cognitive behavioral therapy helped the child develop the necessary skills to improve his attention, concentration, control of impulses, emotional regulation and social skills, along those same lines, periodic evaluations were carried out to measure Johan's progress, in that sense, the evaluations showed an improvement in the symptoms of inattention and hyperactivity, as well as in academic performance and child's behavior in school and at home, through 16 sessions lasting 50 minutes once every two weeks. **Conclusions:** This case study highlights the importance of a comprehensive evaluation for the diagnosis of ADHD, and suggests that cognitive behavioral treatment may be an effective intervention to improve symptoms and global functioning of children with this disorder.

Keywords: ADHD, cognitive behavioural therapy, interventions

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más comunes en la infancia, afectando a aproximadamente el 5% de los niños. Los síntomas del TDAH generalmente comienzan a manifestarse en la edad preescolar o escolar temprana. Según el DSM-5, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo.

Por su parte, Soutullo y Díaz (2007) señalan que las causas del TDAH no están completamente definidas. Sin embargo, se cree que son una combinación de factores genéticos, ambientales y neuroquímicos. En ese sentido, los factores genéticos se consideran los principales contribuyentes al TDAH. Los estudios de gemelos han demostrado que los niños con un padre o hermano con TDAH tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar el trastorno, también, se encuentran los factores ambientales que juegan un papel en el desarrollo del TDAH. El consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, la exposición a la violencia, el trauma, y la falta de estimulación en el entorno temprano se han relacionado con un mayor riesgo de TDAH, además, están presentes los factores neuroquímicos también se consideran importantes en el desarrollo del TDAH. Los estudios han demostrado que los niños con TDAH tienen niveles anormales de neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina.

Dado que las causas del TDAH no están completamente definidas, es importante realizar estudios de caso para comprender mejor el trastorno, en el presente estudio de caso presentará una descripción detallada de las características, criterios diagnósticos, prevalencias, comorbilidad, evaluación e intervención en un niño de 9 años que presenta síntomas de inquietud motora, desatención e impulsividad en su entorno educativo. Estos síntomas se han asociado con un bajo rendimiento escolar e interfieren significativamente con el desarrollo interpersonal del niño. Por lo tanto, la intervención psicológica basada en el modelo cognitivo-

conductual se centrará inicialmente en la implementación de conductas básicas, seguidas de la regulación de las conductas disruptivas y la atención.

A continuación, se proporciona una descripción detallada del contenido de la investigación, que se presenta de la siguiente manera:

En el primer capítulo, se asignó a la introducción, donde se expone una descripción exhaustiva del problema, incluyendo la magnitud de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los últimos años y su impacto en la salud mental de los niños y niñas en nuestro país. Además, se presentan los antecedentes tanto a nivel nacional como internacional relacionados con investigaciones previas sobre la variable estudiada. Asimismo, se exponen el objetivo general que buscó disminuir los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad aplicando un programa cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida en el ámbito educativo, social y familiar en el paciente de 9 años de edad y los objetivos específicos de la investigación, así como la justificación y los posibles impactos que se esperan obtener a través de este trabajo académico.

En el segundo capítulo, se expone la metodología cuantitativa de manera detallada, abordando el tipo de investigación que fue aplicada y diseño de investigación experimental de caso único siguiendo el modelo AB utilizado, así como la evaluación psicológica llevada a cabo mediante la utilización de instrumentos específicos, además, se describe la intervención realizada a través de un plan y programa de intervención, donde se especifican las técnicas utilizadas y su aplicación mediante un procedimiento riguroso, siempre teniendo en cuenta los principios éticos que rigen la práctica profesional.

En el tercer capítulo, se presentaron los hallazgos mediante el examen y la deliberación de los mismos, revelando la eficacia de las distintas técnicas cognitivo conductuales en el abordaje del trastorno por déficit de atención con predominio hiperactivo-impulsivo, el cual es

causado por la falta de conocimiento, supervisión insuficiente y falta de tiempo de calidad por parte de los padres hacia su hijo menor.

En última instancia, en los capítulos IV, V, VI y VII se presentan las deducciones, sugerencias, citas siguiendo el formato American Psychological Association (APA, 2018) y los apéndices correspondientes, los cuales brindan información adicional al presente análisis de caso psicológico.

La intervención cognitiva conductual fue llevada a cabo en un Centro de Salud Mental Comunitario ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores desde el 18 de abril hasta el 26 de diciembre de 2022 con un total de 16 sesiones con duración de 50 minutos cada 2 semanas, luego, se aplicaron 2 sesiones de seguimiento que fueron desde el 30 de enero hasta el 26 de junio del 2023, finalmente, los hallazgos demostraron una vez más la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en casos de TDAH en niños y adolescentes, en tal sentido, se cumplieron los objetivos trazados satisfactoriamente.

1.1. Descripción del problema

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad tiene origen neurobiológico que inicia en la infancia y que se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que dificulta considerablemente la vida cotidiana, el rendimiento escolar, social y laboral de quienes lo padecen.

En el contexto internacional, Aguirre et al., (2022) la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es de un 5.3 % a nivel mundial. Esto significa que, aproximadamente, 392 millones de personas en el mundo tienen TDAH, asimismo, entre los pacientes que reciben tratamiento multimodal, solo el 23% tiene un apoyo terapéutico psicosocial y el 7 % tratamiento farmacológico adecuado. Esto significa que la mayoría de las personas con TDAH en Latinoamérica no reciben el tratamiento que necesitan para controlar

sus síntomas y mejorar su calidad de vida (Visser et al., 2014).

Durante el tercer consenso latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, se concluyó que el TDAH es uno de los primeros problemas de salud mental que afecta a la población de niños y adolescentes en Latinoamérica. Se estima que existen al menos 36 millones de personas con TDAH en la región, y que menos de un cuarto de los pacientes se encuentran bajo tratamiento multimodal (Catalá-López et al., 2012).

A nivel nacional, el Instituto para el Desarrollo Infantil (2022) manifestó que alrededor de 75 mil niños en el Perú sufren problemas de atención, impulsividad y comportamientos inquietos, síntomas primarios del Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad.

Teniendo en cuenta los datos del Ministerio de Salud (2023) en la actualidad se atiende más 18,000 casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en lo que va del presente año. Por su parte, el Instituto Nacional de Salud del Niño (2020) mencionó que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el segundo diagnóstico más frecuente en el Perú, siendo el primero los trastornos del espectro autista, en ese sentido, atendió a 5850 niños y adolescentes con TDAH, lo que representa el 14,3% del total de casos atendidos en el año. La prevalencia estimada del TDAH en el Perú es de entre el 5 y el 10%, lo que significa que entre 250 mil y 500 mil peruanos podrían tener el trastorno.

El presente estudio de caso clínico describe la intervención cognitivo conductual en un niño de 9 años con diagnóstico de TDAH. El niño presentaba dificultades significativas para mantener la atención, concentrarse en las tareas escolares, seguir instrucciones y completar las tareas de manera organizada. También presentaba comportamiento de inquietud motora excesiva, dificultad para permanecer sentado e interrumpía las conversaciones de los adultos cercanos a él. Estas dificultades han tenido un impacto directo en el rendimiento académico, sus calificaciones y logros escolares son inferiores a su potencial debido a la dificultad para

mantenerse enfocado, completar tareas y organizar su trabajo, así como también ha afectado negativamente su interacción social.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Bernardo (2022) desarrollo un programa de intervención en autorregulación de un niño con TDAH de una institución de salud de Lima. El objetivo de la intervención es mejorar el puntaje de la regulación emocional y conductual en un niño con TDAH por medio de la aplicación un programa de intervención basado en un enfoque cognitivo conductual. Para la recopilación de datos se emplearon: la entrevista psicológica con el niño y los padres de familia, pruebas neuropsicológicas, lista de chequeos, registro de frecuencia de conducta e informe de incidencia conductual de la maestra. Al final de la intervención se evidenció un aumento del autocontrol. A nivel conductual, se observó que el niño logra disminuir las conductas impulsivas como: interrumpir al hablar, tirar objetos y quitar las cosas, mientras que, a nivel emocional, el niño logra identificar y expresar sus emociones, así como controlar de manera adecuada las emociones negativas (enojo), a través de diferentes estrategias que fueron brindadas en las sesiones. Esto significa que la intervención con el niño fue favorable ya que se consiguió mejorar el puntaje de la autorregulación emocional y conductual.

Según Sáenz et al. (2022) elaboraron una investigación sobre intervenciones cognitivo conductuales para niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): una revisión narrativa. El objetivo fue revisar las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El método utilizado fue la revisión narrativa de guías de práctica clínica sobre tratamiento de TDAH, investigaciones sobre intervención terapéutica, estudios experimentales en los principales buscadores bibliográficos de referencia. Resultados: Se encontraron 8 investigaciones entre ensayos clínicos aleatorizados (5 de los estudios) y programas de intervención psicológica (3

de los estudios) que implementan y recomiendan el uso de las técnicas cognitivo-conductuales como las auto instrucciones, la técnica de modificación de conducta, entre otras, en el tratamiento de niños con déficit de atención e hiperactividad. Conclusiones: La intervención psicológica cognitivo-conductual es una propuesta eficaz y eficiente en el tratamiento para niños diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, las investigaciones revisadas hacen énfasis en su uso y su práctica constante.

Asimismo, Aguirre et al. (2022) realiza una investigación acerca de la eficacia de la intervención cognitivo conductual en niños con TDAH. Una revisión sistémica. tuvo como objetivo revisar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en niños con TDAH, los hallazgos indican que se identificó las intervenciones cognitivo conductual en niños con TDAH, correspondiente a un total de 9 de las bases dialnet, redalyc, Taylor y Francis online, y scielo, que cumplen con el criterio de alta calidad, donde el 78% se publicaron hace menos de 5 años, asimismo el 66.6% se ejecutaron en muestras de caso único, y el 100% son de tipo experimental, asimismo al analizar la temática de intervención cognitivo conductual en niños con TDAH, se observa que el desarrollo de programas inicia con sesiones que realizan técnicas de psicoeducación en un 66.6%, las sesiones centrales presentan que un 55.5% utiliza la técnica economía de fichas, y en las últimas sesiones, en un 66.6% se trabaja con el entrenamiento para la prevención de recaídas con el niño, un 33.4% retoma nuevamente la psicoeducación en un proceso de entrenamiento con los padres, por último, se destaca la eficacia de la intervención cognitivo conductual en niños con TDAH, acorde a los resultados el 100% de los estudios presentan cambios significativos, según la evaluación pretest post test, presentando un aporte a la práctica, teoría y metodología de la investigación.

Por su parte, Natividad (2020) en su trabajo académico para optar el título de segunda especialidad realizo una intervención cognitivo conductual en un niño de 6 años con déficit de atención e hiperactividad, cuyo objetivo fue regular las conductas perturbadoras y la

desatención del evaluado logrando un mejor desempeño escolar, desarrollo social y convivencia familiar empleando un plan de intervención cognitivo conductual en la que se trabajó con el evaluado, docente y padres de familia. La intervención se realizó con un total de 20 sesiones con una duración por cada sesión de 45 minutos obteniendo como resultado disminución de las conductas en exceso; como, por ejemplo, pegar al hermano, los berrinches, levantarse del asiento y caminar de un lugar a otro, mejoro sus habilidades sociales con su entorno, así como también se logró potenciar los niveles de atención y comprensión mejorando su fluidez verbal.

También, Villanueva y Kruger (2019) realizaron una investigación sobre los efectos de la aplicación del programa de conciencia plena en el control inhibitorio de niños entre 9 y 12 años diagnosticados con TDAH pertenecientes a un colegio privado de Lima (total = 11 estudiantes). cuyo objetivo fue determinar los efectos de la aplicación del programa conciencia plena. Los resultados encontrados evidencian que sí se logró mejorar el control inhibitorio en la población con la que se trabajó demostrando tener un impacto estadísticamente significativo en el control inhibitorio en niños con TDAH entre 9 y 12 años al medirse con la prueba GO/NO-GO.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Bielsa (2021) Elabora una investigación sobre la intervención psicológica en niño con TDAH y trastorno de conducta en España. Con el objetivo de conocer la eficacia del tratamiento multimodal para la intervención en trastorno por déficit de atención-hiperactividad en comorbilidad con trastorno de conducta, concretamente, trastorno negativista-desafiante. Se seleccionó un sujeto en edad escolar (11 años), estudiante de 6º de primaria de una zona urbana. Perteneciente a una familia desestructurada, con un nivel económico medio-bajo, de población española. Este estudio tiene un diseño de caso único, utilizando para su evaluación la comparación de medidas pretratamiento y post tratamiento (en este caso, se usaron los datos

del seguimiento a los 6 meses). Las pruebas de evaluación son 4: SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes, WISC-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para niños, CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias Revisado y EMAY. Escala Magallanes de atención visual. Los resultados a los 6 meses muestran la eficacia del tratamiento multimodal, a partir de una mejora en los resultados obtenidos en las pruebas de evaluación. Es necesario finalizar el tratamiento para ver si se consiguen cumplir todos los objetivos de la intervención.

Avilés (2018) realizó una investigación Intervención psicoterapéutica basada en mindfulness (TCC) en la disminución de síntomas de inatención en niños con diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) entre 7-9 años en la Caja del Seguro Social. En Panamá. Con el objetivo Planificar estrategias psicoterapéuticas basadas en Mindfulness (TCC) para disminuir los signos de inatención del TDAH y reconocer la validez del tratamiento utilizado, en los estudiantes de 7 a 9 años. Esta intervención se realizó a través de diez sesiones grupales programadas una vez a la semana, durante 45 minutos. Antes de iniciar las sesiones de la intervención psicoterapéutica y después de finalizar la misma, se aplicaba la prueba EDAH (Escala para evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad) para medir la atención, de cada niño. Al realizar el análisis estadístico de los resultados del pretest y post test, resultó una disminución de los síntomas de inatención. En el estudio se diseñó una sesión educativa después de la última sesión con los niños, para dar herramientas a los maestros, explicando qué es el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y la implementación de estrategias de manejo de conductas en el aula.

En palabras de Sales (2018) realizó un estudio en España respecto a la intervención cognitivo conductual en un caso de TDAH, llevado a cabo con un alumno de tercero de educación primaria diagnosticado con TDAH y trastorno negativista desafiante con el objetivo de aumentar las habilidades básicas, como son la percepción, la atención, la memoria y el

razonamiento. Los instrumentos utilizados para la recogida de la información han sido entrevistas y cuestionarios estandarizados. Los resultados obtenidos tras la intervención cognitivo conductual han sido positivos, ya que el alumno ha aprendido a poner en práctica técnicas de organización escolar y técnicas de relajación, además, ha mejorado su comportamiento y sus relaciones sociales.

Ortiz y Jaimes (2016) desarrollaron una investigación en la región de Murcia – España a cerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la estrategia del refuerzo positivo. El objetivo fue conocer la eficacia del programa cognitivo conductual en un niño con TDAH que presenta conductas inadecuadas, a través de una de las estrategias de intervención específica, el refuerzo positivo para mejorar su comportamiento. los instrumentos utilizados fueron: entrevistas, cuestionarios, escalas de apreciación/evaluación, registro de observación y pruebas psicométricas clínicas. el programa de intervención constará de tres sesiones de 60 minutos durante cinco semanas y se desarrollaran en sesiones individuales y grupales. Como resultado se ha podido comprobar que la intervención conductual mediante técnicas del comportamiento (refuerzo positivo) resulta ser uno de los tratamientos no farmacológicos más eficaces para el TDAH.

1.2.3. Fundamentación Teórica:

Etiología

En los diversos estudios acerca de las causas que producen el TDAH no se ha logrado encontrar una sola explicación sino más bien han sido múltiples.

El Instituto Nacional de la Salud (INSN, 2020) publicó una guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En esta guía, afirma que la causa del TDAH es multifactorial y que se considera un trastorno heterogéneo, asimismo, señala que los factores genéticos y ambientales parecen jugar un papel en el

desarrollo del TDAH. Los factores genéticos contribuyen aproximadamente en un 76% al desarrollo del trastorno, en esa misma línea, los factores ambientales que se han asociado con el TDAH incluyen:

Prenatales: Exposición a toxinas ambientales, como el plomo, el alcohol y la marihuana.

Perinatales: Nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones durante el parto.

Postnatales: Traumatismo craneal, infecciones cerebrales y exposición a ciertos medicamentos.

El INSN (2020) indica que la interacción de los factores genéticos y ambientales puede dar lugar a diferentes subtipos de TDAH. Por ejemplo, los niños con TDAH con una fuerte base genética pueden presentar síntomas más graves y persistentes que los niños con TDAH con una base genética más débil. Los niños con TDAH que han estado expuestos a factores ambientales adversos, como la exposición a toxinas o el consumo de drogas durante el embarazo, también pueden presentar síntomas más graves.

a) Factores ambientales

Entre los factores ambientales que podrían contribuir al desarrollo de TDAH sumado al riesgo hereditario son los antecedentes pre, peri y posnatales del niño, como son: la prematuridad, bajo peso al nacer, encefalopatía hipóxico-isquémica, consumo de tabaco y alcohol durante la gestación, Además de exposición intrauterina a metales pesados como el plomo, zinc entre otros, pueden condicionar a la aparición del TDAH.

También es importante resaltar que en el periodo posnatal y primera infancia, los traumatismos encéfalo craneanos moderados a graves, infecciones del SNC son también factores de riesgo para el TDAH. Así como también se ha observado que la historia materna de trastorno depresivo mayor, obesidad, ansiedad, hipotiroidismo también están asociados.

b) Factores Hereditarios

El TDAH tiene un factor hereditario importante. Presenta una heredabilidad aproximada del 76%, padres con TDAH tienen más de 50% de probabilidad de tener un hijo con el mismo diagnóstico.

Definiciones

Natividad (2020) El TDAH es un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan. Según Soutullo y Díaz (2007) consideraron el TDAH como una enfermedad neurológica que no se debe a la mala crianza, sino que más bien es producto de una herencia biológica o de una lesión al momento del nacimiento. Caracterizado por comportamiento agresivo, desinhibición, problemas en la atención sostenida y conductas opuestas a las reglas.

En la edición del DSM 5 (2014) el TDAH este clasificado como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad - impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo.

En la undécima revisión del CIE 11 (2022) el TDAH aparece dentro de la categoría general de los trastornos del neurodesarrollo. Los síntomas principales siguen siendo la inatención. La hiperactividad y la impulsividad.

Características de los tres patrones de conducta del TDAH

Ortiz y Jaimes (2016) menciona que las personas con inatención tienen dificultades para mantenerse atentas en una misma actividad que les supone un esfuerzo mental durante un tiempo prolongado y cometen errores por descuido.

Los niños con hiperactividad están en movimiento constante, tienen muchas dificultades para permanecer sentados durante mucho tiempo según las situaciones que lo

requiera. Evidencian impulsividad cuando actúan en una forma no planificada, sin reflexión previa y sin considerar las consecuencias.

a) Muestran Actividad excesiva e inadecuada relación con la tarea (hiperactividad).

- Mientras está sentado juega con algo, dan golpecitos, mueve las piernas y manos.
- Se sienta mal, cambia constantemente de postura.
- La actividad que tiene el niño se hace muy evidente en el aula.

b) Poca atención sostenida

- Se distrae con facilidad por cosas irrelevantes.
- Se cansa rápidamente en las tareas largas.
- Parece que solo está atento a las cosas que le gustan.
- Desobedece porque olvida las ordenes o no se entera de ellas
- Pierde cosas importantes.
- Su rendimiento en el trabajo es variable e inconsistente.

c) Impulsividad

- Interrumpe a los otros.
- No espera turnos.
- Es poco reflexivo: responde y actúa sin pensar, no valora distintas alternativas.
- Dice lo primero que se le ocurre.
- No hace caso de las advertencias, poca conciencia del peligro.
- Los castigos producen poco efecto en su comportamiento, así como las recompensas a largo plazo.

Enfoques teóricos del TDAH

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una condición compleja y multifactorial, en el presente su origen no se comprende completamente.

A lo largo del tiempo varios modelos explicativos han sido propuestos para intentar comprender mejor las causas del TDAH. La investigación reciente sobre las causas y tratamiento del trastorno de hiperactividad ha evidenciado que nos encontramos ante un síndrome heterogéneo, de etiología diversa y abordaje multicomponente (Bielsa, 2021).

A continuación, se presentan algunos de los modelos científicos (explicativos y de evaluación e intervención) del TDAH, de los cuales el multifactorial es el más respaldado hoy día por la comunidad científica.

Modelo biológico

Este modelo se enfoca en los factores orgánicos y hereditarios, su teoría de la transmisión genética señala que hay más trastornos psicopatológicos (incluido el TDAH) en padres y hermanos de niños con trastorno hiperactivo. Así también la teoría de las funciones ejecutivas de Barkley menciona al TDAH como un problema de regulación de la conducta (un síndrome de la disfunción ejecutiva) con base en un funcionamiento cerebral poco eficaz.

Modelo contextual

Este modelo se centra en entender como los factores del entorno y las interacciones sociales pueden influir en el desarrollo y las manifestaciones del TDAH en un individuo. Este enfoque reconoce que el TDAH no es simplemente una cuestión de disfunciones biológica, sino que también está influenciado por el contexto en que vive las personas (contexto familiar, escolar y social). Se plantea una relación entre los estilos educativos parentales y el análisis funcional del comportamiento del alumno con TDAH en el aula.

Como explica Balbuena (2016) las madres de niños con TDAH pueden llegar a ser más controladoras, optando por un estilo educativo más restringido y con frecuencia se dan a conocer como menos reactivas ante los comportamientos positivos o neutrales de sus hijos. Además, otra característica que pueden asumir las madres de los niños diagnosticados con

TDAH es la sobreprotección, así como se preocupan tanto por que sus hijos obtengan éxito desde etapas preescolares, que tienden a llevar a una comunicación e interacción excesivamente pasiva y permisiva.

Modelo Multifactorial

Por último, el modelo multifactorial sugiere que esta condición es el resultado de la naturaleza dinámica, interactiva y multidimensional del trastorno. Este enfoque reconoce que no hay una sola causa que explique completamente el TDAH, sino que es una combinación de diferentes factores lo que contribuye a su desarrollo y manifestaciones. Esta perspectiva ayuda a comprender la complejidad del TDAH y subraya la importancia de un enfoque integral en el diagnóstico y tratamiento del trastorno.

Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Según el DSM-5 es un Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad – impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas laborales:
 - a. Con frecuencia falla en prestar debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades.
 - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
 - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d. Con frecuencia no sigue instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.

- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
- i. Con frecuencia olvida actividades cotidianas.

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

- Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”
- Con frecuencia habla excesivamente
- Con frecuencia responde inesperadamente o antes que se haya concluido la pregunta.
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.

B. Algunos de los síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos.

D. Existen pruebas claras que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se aplican mejor por otro trastorno mental.

Especificar si:

- Presentación combinada: Si se cumplen el criterio A1 (inatención) y el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el criterio A1 (inatención) pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad -impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

- Se encuentra en remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios, pero no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académicamente laboral.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Poco o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas solo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

- Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Clasificación del CIE 11

El Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) aparece en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud, dentro de la categoría general de `Trastornos del Neurodesarrollo`.

Los síntomas principales siguen siendo la inatención, la hiperactividad y la impulsividad.

Inatención/ déficit de atención

- a. Dificultad para prestar atención a tareas que no proveen alto nivel de estimulación o recompensa inmediata y que requieren un esfuerzo mental sostenido; poca atención a los detalles; cometer errores por descuido en las tareas o trabajos escolares; no completar las tareas asignadas.
- b. Fácil distraibilidad por estímulos o pensamientos no relacionados con la tarea; parecen no escuchar cuando se les habla directamente; usualmente se observan ensoñadores o con su mente divagando.
- c. Pérdida de objetos útiles; olvidadizo para las tareas diarias; dificultad para recordar los pasos a seguir para completar una tarea; dificultad en la planificación y organización de las tareas escolares, trabajos u otras tareas.
- d. La inatención puede no ser evidente cuando el individuo está enganchado en tareas que proveen estimulación intensa y frecuentes recompensas.
- e. Tenemos entre CIE-11 y DSM-5 mucha similitud en la conceptualización y caracterización del TDAH, esto es muy beneficioso en cuanto conduce al mejor entendimiento en la

terminología y en la definición, algo que redundará en diagnósticos precisos y mayor beneficio para el paciente. En cualquiera de los dos sistemas (DSM-5 o CIE-11) se utiliza el mismo acrónimo: TDAH.

- f. No se exige el cumplimiento de un determinado número de criterios dentro de este listado o descripción de conductas observables. La novedad que se presenta dentro de CIE-11 es que aparecen criterios aplicables para adolescentes y adultos, algo que no se había formulado previamente y a lo que ha contribuido la claridad del conocimiento en cuanto a la persistencia de las manifestaciones propias del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en el tiempo.

Hiperactividad/impulsividad

- a. Actividad motriz excesiva; abandona su asiento cuando se espera que permanezca en el mismo; usualmente corre; dificultad para mantenerse sentado sin inquietarse (niños) o sensación de inquietud física, incomodidad al tener que permanecer quieto (adolescentes y adultos).
- b. Dificultad para involucrarse en actividades tranquilamente; habla mucho.
- c. Se apresura a dar respuestas o comentarios; dificultad para esperar su turno en conversaciones, juegos o en otras actividades; interrumpe o se entromete en las conversaciones o juegos de los demás.
- d. Tendencia a responder inmediatamente sin detenerse a considerar riesgos o consecuencias (actividades con riesgo de daño físico, decisiones impulsivas, conducción temeraria).

El cuadro general puede presentarse de tres formas, de acuerdo a los criterios que propone CIE-11:

- TDAH con predominio de inatención en la presentación.
- TDAH con predominio de hiperactividad/impulsividad en la presentación.

- TDAH con combinación de los síntomas-signos en su presentación

1.3. Objetivos

Objetivo general

Disminuir los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad aplicando un programa cognitivo conductual para mejorar la calidad de vida en el ámbito educativo, social y familiar en el paciente de 9 años de edad.

Objetivos específicos

- a. Lograr que el paciente mantenga contacto visual con la terapeuta durante el entrenamiento de habilidades sociales.
- b. Reducir la conducta de moverse de un lugar a otro e instaurar conductas adecuadas.
- c. Lograr que el usuario solicite permiso antes de coger objetos que no le pertenecen instaurando conductas positivas.
- d. Disminuir la conducta de ira y frustración cuando no puede obtener las cosas u objetos que solicita en el momento por medio del entrenamiento auto instructivo.
- e. Aumentar la capacidad de atención y la concentración dentro del aula de clase.
- f. Modificar las creencias irracionales cuando se presentan situaciones de rechazo o desaprobación ante sus demandas o requerimientos por parte de sus padres.

1.4. Justificación

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un problema de salud mental que afecta a millones de niños y niñas en todo el mundo. El trastorno se caracteriza por síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Tiene su inicio en la infancia temprana y puede tener un impacto significativo en el desarrollo social, emocional y académico

de los niños.

Los estudios de neuroimagen han demostrado que hay varias regiones cerebrales afectadas en los niños con TDAH; estas regiones incluyen el córtex frontal, el núcleo caudatus y el globus pallidus, y el vermis cerebeloso. Las alteraciones en estas regiones pueden explicar los síntomas del TDAH, como la dificultad para concentrarse, la hiperactividad y la impulsividad.

Las investigaciones sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad han evidenciado que la causa del trastorno es multifactorial, es decir, que se debe a una combinación de factores genéticos y ambientales. La presencia de este tipo de trastorno en los niños puede tener consecuencias significativas en su aprendizaje, convivencia, relación social con los compañeros y profesores, y en su futuro laboral.

La detección de muchos casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se produce en la escuela, debido a los problemas de atención, impulsividad, inquietud motora y conductas disruptivas que presentan los niños con este trastorno.

La detección temprana del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es fundamental para que los niños con este trastorno reciban el apoyo terapéutico y tratamiento médico necesarios.

En consecuencia, se propone implementar un programa de intervención basado en el enfoque cognitivo conductual, el cual involucra la participación activa del evaluado, los docentes y los padres de familia. Este programa constará de un total de 16 sesiones, cada una con una duración de 50 minutos, y se centrará en alcanzar el objetivo general y específicos establecidos en el plan de trabajo. Es fundamental destacar que, al lograr estos objetivos de intervención, se podrán mitigar las dificultades que el niño enfrenta en su desempeño escolar, social y familiar.

1.5.Impactos esperados del trabajo académico

Se espera alcanzar que el niño mejore en sus relaciones familiares estableciendo relaciones de confianza y respeto con sus padres y hermana, así también lograr que experimente una mayor satisfacción en su vida y se sienta más competente, capaz y que alcance sus metas de desarrollo de manera adecuada tanto a nivel académico como social.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de Investigación

El presente estudio de caso corresponde a una investigación de tipo aplicada, en palabras de Hernández-Sampieri y Montero (2018) su fin es tener propósitos prácticos, inmediatos y bien definidos para actuar, transformar y modificar cambios en un determinado sector, en cuanto al diseño, fue experimental porque intenta producir cambios en algunos de los hechos, para así percibir más claramente las influencias que pueden ejercerá, asimismo, fue de tipo caso único siguiendo el modelo AB porque en este tipo de diseño se establece primero la línea base sin tratamiento y una vez establecida, se produce la intervención y la medida de la nueva serie (León y Montero, 2003).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El presente trabajo académico se llevó a cabo en la el distrito de San Juan de Miraflores, ciudad de Lima, Perú, durante los meses de abril a diciembre del año 2022.

2.3. Variables de Investigación

Variable independiente

Intervención cognitivo conductual en un caso de niño con TDAH

La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en instruir a los progenitores o tutores en técnicas diseñadas para alterar el comportamiento del niño, lo cual implica fomentar una mayor autonomía en el paciente para regular su conducta y ajustarse a las normas establecidas. Estas técnicas incluyen pautas de obediencia, refuerzo positivo, disminución de conductas indeseables y la implementación de períodos de tiempo de retiro o reflexión (Ramírez, 2015).

Variable dependiente

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Sáenz y San Miguel (2022) indica que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se conceptualiza como una condición de origen neurobiológico, que se manifiesta a través de dificultades en el funcionamiento cognitivo y conductual. Se ha observado que existen niveles elevados de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina en individuos con TDAH. Además, se ha identificado que las áreas cerebrales implicadas en el procesamiento deficiente son la corteza cerebral, los ganglios basales y el cerebelo, las cuales presentan un desarrollo más lento en aquellos que padecen esta condición.

2.4. Participante / Sujeto

El presente estudio de caso se trata de un niño de 9 años, es natural de Lima, procedente de san Juan de Miraflores, vive con padres y hermana de 18 años, está cursando el 3er grado.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

Psicoeducación en TDAH

Teniendo en cuenta a Colom (2011) definió la psicoeducación como un proceso mediante el cual se proporciona información y apoyo a los individuos, familias y grupos para ayudarles a comprender y afrontar los problemas de salud mental. Es una técnica de intervención psicológica que se centra en proporcionar información y apoyo a las personas que padecen trastornos psicológicos o problemas de salud mental. La psicoeducación puede ayudar a las personas a comprender su trastorno, a desarrollar estrategias de afrontamiento y a mejorar su calidad de vida.

Las auto instrucciones

El concepto de las auto instrucciones implica que la técnica se base en la idea de que las personas pueden aprender a controlar su comportamiento a través de sus propios pensamientos. Se desarrolla un programa de entrenamiento en auto instrucciones que consta de tres etapas:

1. Modelado: El terapeuta o instructor modela el comportamiento que el paciente desea aprender.
2. Diálogo dirigido: El terapeuta o instructor guía al paciente a través de un proceso de auto instrucción, proporcionando instrucciones explícitas y refuerzo.
3. Auto instrucción independiente: El paciente practica la auto instrucción de forma independiente.

Técnica de detención del pensamiento

La técnica de detención del pensamiento fue desarrollada por Mitjana (2019) en este punto observó que las personas con trastornos psicológicos a menudo tienen pensamientos negativos automáticos que se producen de forma automática e inconsciente y son perjudiciales para la salud mental y el bienestar de las personas. Es un método para ayudar a las personas a identificar y detener los pensamientos negativos automáticos. Para utilizar esta técnica, las personas deben aprender a reconocer sus pensamientos negativos automáticos y a utilizar un "interruptor" para detenerlos. El interruptor puede ser una palabra, frase o imagen que ayude a la persona a concentrarse en el presente y a evitar y/o sustituir el pensamiento negativo automático.

Reforzamiento positivo

Un reforzador positivo es un evento que, cuando se presenta inmediatamente después

de una conducta, provoca que aumente la frecuencia de dicha conducta. Este concepto fue desarrollado por el psicólogo estadounidense (Ruiz, 2021).

Procedimiento:

1. Especificar con precisión la conducta a modificar
2. Identificar y seleccionar reforzadores eficaces.
3. Administrar inmediatamente los reforzadores
4. Aplicar contingentemente los reforzadores, controlando posibles contingencias competidoras.
5. Utilizar varios reforzadores de los que carezca el sujeto para evitar la saciedad.
6. Estimar la cantidad optima de reforzadores.
7. Ajustarse al programa de reforzamiento fijado
8. Diseñar el paso a paso de unos programas de reforzamiento a otros con el fin de maximizar la probabilidad de generalización de los efectos del tratamiento.

Modelamiento

El modelamiento es una técnica especialmente útil que se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura que sostiene que la mayor parte del aprendizaje humano se produce a través de la observación y la imitación de los demás.

Procedimiento

1. El modelo a de gozar de prestigio reconocido por el observador
2. El modelo ha de ser mayor que el observado
3. Compartir alguna experiencia con el modelo aumenta las posibilidades de imitación.
4. Tanto la conducta del observador como del modelo han de ser reforzadas

Role Playing

Es una técnica que se utiliza para ayudar a las personas a aprender nuevas habilidades

y a cambiar su comportamiento.

Para Mitjana (2019) la inversión de roles permite al protagonista ver la situación desde los ojos del otro, verse a sí mismo desde la perspectiva del otro, material para entrar en el personaje que debe representar. A veces basta con una inversión de roles para captar en profundidad la situación. Por su parte, Pineda y Puentes (2013) sugieren cinco propósitos específicos de la inversión de roles: a) Desarrollar la empatía, b) Mejorar la comunicación, c) Resolver conflictos, d) Desarrollar la comprensión cultural: La inversión de roles puede ayudar a los participantes a desarrollar una mejor comprensión de las diferentes culturas. Al ponerse en la piel de alguien de una cultura diferente, los participantes pueden aprender sobre los valores, creencias y comportamientos de esa cultura y e) Desarrollar la autoconciencia.

Entrenamiento en autocontrol

Con el entrenamiento en autocontrol se le enseña al sujeto a observar con precisión su conducta (auto observación), a establecer criterios para evaluarla (autoevaluación) y a reconducir su conducta (plan de acción), y a auto administrarse una recompensa (auto refuerzo) (Kendall, 1991).

El programa de Kendall ha sido evaluado en una serie de estudios y se ha demostrado que es eficaz para mejorar el autocontrol en niños de todas las edades. El programa también se ha utilizado para tratar una variedad de problemas, incluyendo el TDAH, la ansiedad y la depresión.

Entrenamiento en habilidades sociales

Otras áreas que presentan dificultades los niños con TDAH, son las relaciones sociales. Como dice Balbuena (2016) las habilidades sociales son importantes para el desarrollo social y emocional de los niños y los adolescentes. Los niños con TDAH a menudo tienen dificultades para desarrollar estas habilidades, lo que puede llevar a problemas sociales y emocionales (Barraca, 2014).

Mindfulness

Según Vásquez-Dextre (2016) la atención plena, o mindfulness, es una práctica que se centra en el momento presente. Se trata de cultivar la capacidad de prestar atención a las experiencias sin juzgarlas, con curiosidad y aceptación.

La atención plena (mindfulness) se puede practicar en cualquier momento y en cualquier lugar. Algunas formas de practicar la atención plena en la vida cotidiana incluyen:

- Comer con atención plena: Centrarse en la experiencia de comer, desde el olor y el sabor de la comida hasta las sensaciones físicas de masticar y tragar (Soutullo y Díaz, 2007).

Técnicas de relajación

El origen de las técnicas de relajación y respiración se sitúa en la cultura oriental vinculado a las prácticas religiosas del hinduismo que pretenden a través de la meditación conseguir la contemplación, la sabiduría, la calma mental y la relajación corporal unidas al control respiratorio. La técnica de relajación es una herramienta o procedimiento que se utiliza para reducir el estrés, la ansiedad y la tensión. se basan en la idea de que cuando nos sentimos estresados o ansiosos, nuestro cuerpo entra en un estado de alerta. Esto puede provocar una serie de cambios físicos y emocionales, como aumento de la frecuencia cardíaca, respiración rápida y superficial, y tensión muscular. Las técnicas de relajación ayudan a reducir estos cambios físicos y emocionales, lo que puede conducir a una sensación de calma y relajación (Hainbuch, 2006).

Técnicas de respiración

La respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo, en palabras de Hainbuch (2006) afirma que la respiración profunda es una técnica segura y eficaz que puede ser utilizada por personas de todas las edades y condiciones para ayudar a controlar sus impulsos, a dominar su cuerpo y sus pensamientos. Las técnicas del control de la respiración constituyen el procedimiento más antiguo conocido para reducir los

niveles de activación. Tiene como objetivo enseñar a las personas a mejorar la capacidad funcional de sus pulmones, al tiempo que regulan su ritmo natural respiratorio. Se trata de que la persona aprenda el control voluntario de su respiración, de forma que lo pueda aplicar en las situaciones donde la respiración se encuentra alterada. Al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica, suscitándose una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar (Vásquez-Dextre, 2016).

2.5.2 Instrumentos

Los instrumentos usados para el caso clínico tienen La finalidad de realizar un diagnóstico diferencial ya que WISC- IV como la prueba Bender- Gestal son herramientas complementarias que nos permitirán obtener una evaluación integral de las funciones cognitivas del paciente y serán de gran utilidad para la evolución del trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

a. Escala de Inteligencia WISC IV – Wechsler.

Ficha técnica

Nombre del test	: Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños - (WISC-IV)
Autor	: David Wechsler
Editorial	: Pearson
Año de publicación	: 2003
Edad de aplicación	: 6 a 16 años y 11 meses
Tiempo de aplicación	: Entre 60 y 80 minutos
Formato	: Test de lápiz y papel
Objetivo	: Medir la inteligencia general de los niños y adolescentes.

Escalas:

- Cociente general de inteligencia (CI)
- Cociente de comprensión verbal (CIV)

- Cociente de razonamiento perceptivo (CRP)
- Cociente de memoria de trabajo (CMT)
- Cociente de velocidad de procesamiento (CVP)

Propiedades psicométricas

La muestra de estandarización del WISC-IV está compuesta por 2.200 niños y adolescentes de Estados Unidos, en cuanto a Latinoamérica, Brenlla (2013) reportó evidencias de validez basadas en la estructura interna del WISC-IV en una muestra de 1437 niñas y niños argentinos. El análisis factorial confirmatorio mostró que el modelo de cuatro factores del WISC-IV se ajustaba bien a los datos de la muestra argentina, independientemente del grupo de edad.

Por otra parte, El WISC-IV tiene una fiabilidad interna alta, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,90 para todas las escalas y subescalas. La fiabilidad test-retest del WISC-IV es también alta, con coeficientes de correlación superiores a 0,80 para todas las escalas y subescalas.

b. Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Ficha técnica

Nombre	: El Test Gestáltico Visomotor de Bender para niños
Nombre original	: The Bender Gestalt Test for young children
Autora	: Elizabeth Münsterberg Koppitz
Año de la edición	: 1960
Traducción	: Jaime Bernstein, Ediciones Paidós traducido al español
Administración	: Individual
Duración	: No hay tiempo límite de tiempo

Aplicación : Para niños y niñas entre 5 y 10 años de edad cualquiera sea su inteligencia o el tipo de problema que presenten.

Significación : Técnica psicométrica útil para el diagnóstico de problemas de aprendizaje, perturbaciones emocionales y disfunciones neurológicas.

Baremos : Edad de Maduración Perceptivo-motor

Material : Papel blanco, lápiz y borrador.

Escalas:

- Maduración: Incluye la capacidad de copiar las figuras con exactitud, la capacidad de mantener la atención durante la tarea y la capacidad de coordinar los movimientos.
- Aspectos emocionales: Incluye la presencia de distorsiones y alteraciones en las figuras, que pueden ser interpretadas como indicadores de problemas emocionales.

Propiedades psicométricas

La muestra de estandarización del Test Gestáltico Visomotor de Bender está compuesta por 1.000 niños de Estados Unidos.

El Test Gestáltico Visomotor de Bender tiene una validez convergente alta, correlacionando positivamente con otras medidas de madurez visomotora. El Test Gestáltico Visomotor de Bender también tiene una validez discriminante alta, correlacionando negativamente con medidas de retraso mental.

El Test Gestáltico Visomotor de Bender tiene una fiabilidad interna alta, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,90 para todas las escalas. La fiabilidad test-retest del Test Gestáltico Visomotor de Bender también es alta, con coeficientes de correlación superiores a 0,80 para todas las escalas.

c. Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - EDAH.

Ficha técnica

Nombre : Escala de Evaluación de Trastorno por Déficit de Atención

Autor : Anna Farré y Juan Narbona

Año de publicación : 2003 (5ta. Edición)

Procedencia : TEA S.A. Ediciones

Administración : Individual (para el profesor del sujeto a evaluar)

Duración : De 5 a 10 minutos

Aplicación : Niños y adolescentes de 6 a 12 años de edad

Significación : Rasgos del TDAH y Trastornos de Conducta que coexistir con el síndrome.

Baremos : Centiles para las cuatro subescalas de 1º de primaria a 6º de primaria.

Materiales : Hoja de anotación autocopiativa que contiene el cuestionario para el profesor.

Objetivo : Evaluar los síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes.

Escalas:

- Inatención: Incluye los síntomas de inatención, como dificultad para mantener la atención, dificultad para seguir instrucciones, dificultad para organizarse y dificultad para terminar las tareas.
- Hiperactividad: Incluye los síntomas de hiperactividad, como inquietud motora, dificultad para permanecer sentado, hablar demasiado y dificultad para esperar su turno.
- Impulsividad: Incluye los síntomas de impulsividad, como hablar sin pensar, interrumpir a los demás y actuar sin pensar en las consecuencias.

Propiedades psicométricas

La muestra de estandarización de la EDAH está compuesta por 1.000 niños y adolescentes de España, Urzúa et al. (2010) reportaron evidencias de validez vinculadas a la estructura interna y evidencias de validez vinculadas a la relación con otras variables; así como evidencias de confiabilidad. Este estudio se llevó a cabo en Chile con 612 tutores y 82 profesores de 640 niños y niñas. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio a fin de estudiar la estructura interna del EDAH. La muestra está estratificada por edad, género, nivel socioeconómico y zona geográfica.

La EDAH tiene una fiabilidad interna alta, con coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,90 para todas las escalas. La fiabilidad test-retest de la EDAH también es alta, con coeficientes de correlación superiores a 0,80 para todas las escalas.

2.5.3. Evaluación psicológica

Observación psicológica

El usuario es un niño de sexo masculino, de contextura y talla promedio para su edad cronológica; su presentación personal denotaba orden e higiene. Durante las sesiones, el usuario evidencio las siguientes dificultades, como, mantener la postura, se distrae con facilidad, toma objetos de la oficina sin permiso, interrumpe en las conversaciones, baja tolerancia a la frustración, por ejemplo, cuando no lograba armar el rompecabezas, se frustraba, tiraba las piezas del rompecabezas y lloraba.

Motivo de consulta

El usuario expresa: “no me gusta ir al colegio, cuando estoy en clase, me cuesta prestar atención cuando mi profesora está explicando, me es difícil quedarme sentado, a veces me levanto sin permiso para ir al baño, cuando estoy jugando con mis amigos no me es fácil esperar mi turno”. También menciona que suele ser desordenado y que a veces lastima a sus compañeros sin querer.

Descripción actual del problema

Usuario, de 9 años de edad fue traído por sus padres debido a los constantes reportes de la profesora, quien ha informado que parece que no escucha cuando le están hablando, no presta atención, le dificulta terminar las fichas de trabajo, comete errores por descuido, no sigue instrucciones, pide permiso para ir al baño constantemente y así evitar permanecer en el aula, se levanta de su asiento cuando debería estar sentado, molesta a sus compañeros quitándole los lápices para luego esconderlo en sus pantalones.

Estos problemas vienen ocurriendo desde el inicio del año escolar. Los padres del usuario están preocupados por el bajo rendimiento académico y por el mal comportamiento que presenta. Además, señalan que suele estar cansado para hacer las tareas escolares, pero no lo observan cansado cuando está jugando.

La madre ha mencionado que en casa presenta un comportamiento caracterizado por la inquietud, la desorganización, la falta de atención y la impulsividad. Tiene dificultades para seguir las instrucciones, guardar sus juguetes y controlar sus impulsos. Por ejemplo, salta en la cama, coge las cosas de su hermana sin permiso y juega con los cubiertos mientras come. Además, tiene problemas para controlar sus emociones, lo que a menudo lo lleva a tener rabietas y comportamientos agresivos. Por ejemplo, cuando no entiende una tarea, dice que es lento y se resiste a hacerla. Si sus padres no le permiten salir a jugar, siente mucha frustración e ira (10/10) y piensa “yo quiero ir a jugar”, “me aburre hacer las tareas” “todo lo que hago está mal”, “nadie me quiere”. En estos casos puede tirarse al piso, llorar e insultar.

Las rabietas de Johan suelen durar entre 15 y 20 minutos, y se repiten todos los días, principalmente cuando tiene que cumplir con sus obligaciones o cuando no lo dejan salir a jugar.

Los padres de Johan han intentado conversar con él y llegar a acuerdos, pero cuando no los cumple, le gritan y en ocasiones lo castigan físicamente. Los padres están preocupados por el comportamiento de su hijo y desean que lleve terapias psicológicas para que mejore las

relaciones familiares e interactúe adecuadamente en la escuela.

Entrevista

HISTORIA CLÍNICA

1. Datos de filiación

a. Nombres	: Johan
b. Edad	: 9 años
c. Lugar y Fecha de nacimiento	: Lima, 6 de enero 2013
d. Grado de instrucción	: 3° de Primaria
e. Ocupación	: Estudiante
f. Lugar de la entrevista	: Centro de Salud Mental Comunitario
g. Fecha de evaluación	: 02, 09, 16 y 23 de abril de 2022
h. Examinador	: Psi. Marcela Huiza Nuñez

Historia personal

HISTORIA PERSONAL

Desarrollo cronológico del problema

A los 9 años la profesora informa que presenta dificultades al escribir o transcribir textos, por momentos prolongados no presta atención y se queda mirando el techo, se traba para leer, olvida pronto lo que la profesora le indica aun repitiéndole con frecuencia. En casa no quiere hacer las tareas y solo quiere salir a jugar con sus amigos, cuando la madre no lo deja salir a jugar, hace sus berrinches, grita, pateo e insulta. A los 7 y 8 años, en clases virtuales le era difícil prestar atención y concentrarse, no seguía instrucciones y hacia berrinches continuamente. A los 6 años, los padres reciben informe de la escuela indicando que Johan presenta dificultades para la atención, concentración y la conducta. A los 5 años, cuando los padres se iban a atender su negocio, el menor salía sin permiso a la cabina de internet para jugar con otros niños. A la edad de 3 años, presento caídas de la cama al piso, lastimándose la cabeza y haciéndose chichones, la más importante fue la caída de la escalera causándole

una fractura en la clavícula. En la misma edad fue diagnosticado con anemia, la madre señala que a Johan no le gustaba comer. A la edad de 2 años, le gustaba morder las piernas de las señoras, causando asombro, malestar y en algunas ocasiones risas.

Desarrollo inicial

La madre refiere que quedó embarazada a los 33 años, él bebe fue planificado, los padres reaccionaron felices ante la noticia, durante el embarazo se presentaron algunos problemas familiares que ocasionaron preocupación y tristeza en la madre. El Parto fue normal, a término, el recién nacido no demoró en llorar, peso 4 kg y talla de 45 cm. La madre señala que a partir de los 2 años observó que su hijo mordía las piernas de las clientas que iban a su restaurante, hacía rabietas, cuando le llamaban la atención, lloraba, gritaba, asimismo, se distraía con facilidad por cualquier estímulo externo, como, un insecto volando.

Educación

Asistió a la cuna al año y medio, la adaptación fue regular porque le gustaba morder a sus compañeros. A los 4 y 5 años asistió al nido, presentó dificultad para adaptarse, se distraía con facilidad, le dificultaba seguir indicaciones, interrumpía en clases, salía del aula corriendo y su aprendizaje fue lento. A los 6 años, debido a problemas familiares, no pudo completar el primer grado de primaria. A los 7 años realiza el primer grado, la enseñanza fue virtual por el COVID – 19, los padres refieren que, era difícil apoyar a Johan porque no entendían la metodología de la enseñanza. A los 8 años realiza el segundo grado, la modalidad de enseñanza fue virtual, no lograba prestar atención y seguir las instrucciones de la docente a pesar de que tenía el apoyo de la hermana, su rendimiento fue bajo. A los 9 años, hace el 3° primaria, modalidad presencial, presenta dificultades en la atención, concentración, aprendizaje y conducta.

Desarrollo psicosexual

No refiere

Actitudes y preferencias religiosas

Nació en una familia católica y fue bautizado a los 8 años.

Relaciones Interpersonales

Amistades: Es un niño extrovertido, le gusta estar con amigos y jugar Free Fire con ellos, a veces repite palabras soeces que ha aprendido en el grupo, sin embargo, no es consciente de que estas palabras son ofensivas, y no tiene intención de ofender a otros.

Hábitos e intereses

Jugar video juegos en el celular

Enfermedades y accidentes

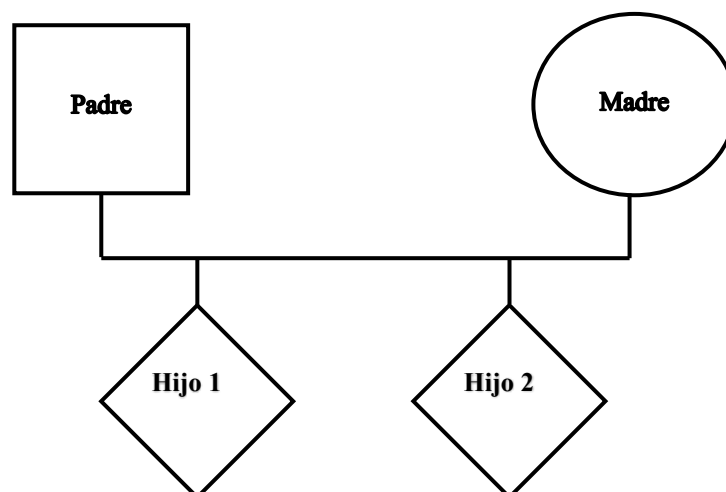
A los 3 años fue diagnosticado con anemia, además, a los 3 años presentó fractura de la clavícula.

Historia familiar

a. Diagrama familiar

Figura 1

Estructura familiar del paciente



En la figura 1, se puede evidenciar como está constituida la familia del usuario. Fuente: Elaboración propia.

b. Relación entre los padres:

Padre: Fidel, 43 años, cocinero, refiere que es una persona extrovertida, conversador, se siente preocupado por su hijo, aunque es consciente que no le dedica el tiempo suficiente para establecer un vínculo adecuado. En algunas ocasiones ha castigado físicamente.

Madre: María, 40 años, cocinera, señala que es una persona exigente, nerviosa y preocupada por la conducta de su menor hijo, a veces se siente frustrada y con deseos de castigar físicamente.

Hermana: Milagros, 16 años, estudiante, considera que es una persona irritable y poco tolerante.

Diagnóstico funcional

Tabla 1

Diagnóstico funcional de la conducta

Exceso	Debilitamiento	Déficit
Se distrae con facilidad en el aula por cosas insignificantes, como por un insecto en el techo.	Nivel de atención	Pobre autocontrol
No se mantiene en su asiento, se levanta constantemente y camina por el aula.	Nivel de concentración	Seguir indicaciones
Molesta a sus compañeros cogiendo sus lápices sin permiso.	Nivel de comprensión	Resolver conflictos
Pide permiso para ir al baño, varias veces al día para evitar permanecer en el aula de clases.		Hacer amigos
Hace berrinches cuando no lo dejan salir a jugar.		
Insultos cuando no le dejan salir o no le dan lo que él quiere (celular).		

Análisis funcional

Tabla 2

Análisis funcional de la conducta

Estímulo Antecedente	Conducta	Estímulo Reforzador
Externos: Cuando quiere salir a jugar y la madre le dice que termine sus tareas.	Cognitivo: “Nadie me quiere”, “quiero ir a jugar” Fisiológico: Tensión corporal (8/10) Emocional: Colera (10/10) y frustración (9/10) Motor: Patea a su mamá y hermana, Corre y salta queriendo salir de casa. Hace berrinches.	Externos: La madre lo calma, abraza y deja salir. Interno: “Cuando juego con mis amigos me siento bien ya no estoy cansado”
En la hora de clase no copia las fichas de trabajo.	Cognitivo: “Esto aburre, no entiendo, me cansa escribir”. Fisiológico: sensación de miccionar. Emoción: Ansiedad Motor: Se levanta de su asiento. Molesta a sus compañeros	Externos: La profesora le presta atención y le dice que si se mantiene sentado podrá terminar la tarea en su casa. Interno: Ya pronto termina la clase y saldré al recreo a jugar.
Cuando no encuentra sus juguetes.	Cognitivo: “por culpa de mi madre, no encuentro mi pelota” Fisiológico: Tensión corporal (10/10) Emoción: Colera (10/10), Ira (10/10) Motor: Actúa pateando y gritando	Externo: La madre busca la pelota. Internos:

Diagnostico Tradicional

Según el DSM-V el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad - Presentación combinada (314.01)

En cuanto al CIE- 10 [F90.0] Trastorno de la actividad y de la atención.

2.5.4 Evaluación Psicométrica

INFORME PSICOLOGICO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WISC IV

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	: Ll. R. J
Edad	: 9 años 4 meses
Grado de instrucción	: 3° de primaria
Ocupación	: Estudiante
Lugar de procedencia	: Lima
Psicóloga	: Marcela Huiza Núñez

II. Instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Escala de Inteligencia de Wechsler WISC IV

Observaciones generales:

Respecto a las actividades desarrolladas dentro de esta prueba, se observa que es necesario repetir varias veces las indicaciones para que comprendiera debido a que se distraía con facilidad con cualquier objeto que llamaba su atención en el consultorio. Sin embargo, luego de generar el rapport aparentaba cooperar y estar concentrado realizando las tareas encomendadas por corto tiempo.

En la segunda evaluación mostraba mayor disposición para trabajar, preguntaba cuando no entendía y trataba de responder lo más rápido sin embargo cuando no acababa el ejercicio, demostraba fastidio, se reclinaba sobre la mesa con sus hombros caídos y decía “ya estoy cansado”.

En la última evaluación participo en un inicio motivado, conforme iba avanzando, evidenciaba cansancio, se movía de la silla constantemente, miraba la hora y pedía ir al baño, su grado de atención disminuía ya que se lentificaba en las tareas demandadas así mismo preguntaba por ruidos que escuchaba fuera del consultorio.

III. Resultados

Tabla 3

Pre test y post test de la Escala de inteligencia

Pre test	PC	Percentil	Categoría
Comprensión verbal (ICV)	81	10	Promedio Bajo
Razonamiento perceptivo (IAP)	88	21	Promedio Bajo
Memoria de trabajo (IMT)	80	9	Promedio Bajo
Velocidad de procesamiento (IVP)	88	21	Promedio Bajo
CI total (CIT)	80	9	Promedio Bajo
Post test	PC	Percentil	Categoría
Comprensión verbal (ICV)	86	10	Promedio Bajo
Razonamiento perceptivo (IAP)	88	21	Promedio Bajo
Memoria de trabajo (IMT)	80	9	Promedio Bajo
Velocidad de procesamiento (IVP)	87	21	Promedio Bajo
CI total (CIT)	89	9	Promedio Bajo

A la fecha el evaluado presenta los siguientes resultados: En el área intelectual, inicialmente obtuvo un CI total de 80 y luego del post test calificó con 89, lo ubica en la categoría “promedio bajo”.

IV. Interpretación de resultados

Memoria operante, la capacidad de lograr secuencia y desarrollar la memoria auditiva

y de trabajo se encuentra por lo debajo de lo medio, ya que no logra desarrollar mecanismo para comprender y aprender mejor un tema. La función mental para procesar información en la lectura y el cálculo se encuentra por debajo de lo esperado; por tal motivo puede presentar dificultades en esas áreas e evidenciarlas en el aula de clases, sin embargo, en habilidad mental y razonamiento numérico se encuentra dentro de lo esperado para su edad.

Velocidad de procesamiento, la capacidad de aprendizaje se encuentra por debajo de lo medio y por ello hace que ha Johan. no le guste hacer sus tareas por lo tanto no logra cumplir las metas escolares. La habilidad de concentración y atención se encuentra por debajo del promedio normal, implicando en las dificultades en su aprendizaje; de igual forma la habilidad para encontrar estrategias y así resolver problemas, se encuentra por debajo de lo normal ocasionando en su entorno con sus pares y en la convivencia familiar.

Razonamiento perceptivo, la habilidad para el análisis y síntesis se encuentra por debajo de lo medio, ya que se centra en los detalles menos obvio y no es capaz de ver el panorama general, así mismo la capacidad para comprender conceptos abstractos está por debajo de lo esperado para su edad. Esto se debe a que sus padres no han podido proporcionarle el apoyo necesario para desarrollar esta área. Además, el menor no recibió el apoyo adecuado para aprender de manera efectiva durante los dos años que recibió clases virtuales. Por último, el menor no desarrolló las habilidades de atención y discriminación necesarias para el aprendizaje.

Comprensión verbal, el nivel de pensamiento es concreto, es decir que solo relaciona las cosas según su utilidad, por ello su nivel de palabras complejas son escasas, no logra entender con claridad; esto se debe a que no lee cuentos, ni libros.

La función mental requerida para expresarse con facilidad haciendo uso de palabras adecuadas para su edad se encuentran por debajo de lo esperado, Johan. señala que solo conversa

con los amigos de la cabina de internet.

La capacidad mental para establecer un juicio social haciendo uso de un sentido común, se encuentra por debajo de lo esperado, ya que ante algún problema actúa por impulso.

Recomendaciones:

- Terapia de atención y concentración.
- Terapia de aprendizaje.

INFORME PSICOLOGICO DE TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombres : Johan

Edad : 9 años 4 meses

Grado de instrucción : 3° de primaria

Ocupación : Estudiante

Lugar de procedencia : Lima

Psicóloga : Marcela Huiza Núñez

II. Instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Test Gestáltico Visomotor

III. Resultados

Tabla 4

Pre test y post test de la evaluación de edad maduracional

Puntaje	Edad cronológica	Edad maduracional
11	9 años 4 meses	5 años y 4 meses

Puntaje	Edad cronológica	Edad maduracional
6	10 años	7 años y 0 meses

IV. Interpretación de Resultados

Presenta una madurez visomotora correspondiente a un niño de 5 años y 4 meses y luego calificó con una edad de 7 años y 0 meses, asimismo, presentó rasgo de inestabilidad con tendencia a la impulsividad e inestabilidad emocional.

V. Recomendaciones

- Evaluación por neuropsiquiatría.
- Continuar trabajándola motricidad fina realizando ejercicios de trazos, colorear, recortar y dibujar tratando de empezar de lo más fácil a lo más complejo. Todo lo trabajado ayudara a mejorar su coordinación visomotora.
- Revaluación psicológica al finalizar la intervención cognitivo conductual.

INFORME PSICOLOGICO DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD - EDAH

I. Datos de filiación

Apellidos y Nombres	: Johan
Edad	: 9 años
Grado de instrucción	: 3° de primaria
Ocupación	: Estudiante
Lugar de procedencia	: Lima
Psicóloga	: Marcela Huiza Núñez

II. Instrumentos aplicados

- Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - EDAH

III. Resultados

Tabla 5

Pre test y post test de la evaluación en la prueba de EDAH

	Hiperactividad	Déficit de Atención	Trastorno de Conducta	Hiperactividad más Déficit de Atención
Puntaje pre test	14	12	23	26
Puntaje post test	7	10	12	17

IV. Interpretación de los resultados

El usuario obtuvo una puntuación en la prueba inicial de 26, indicando Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, luego, puntuó con 17 lo que significa que a pesar de que la calificación fue positiva con referencia a sus resultados, mantiene el Déficit de atención, pero sin hiperactividad.

V. Recomendaciones

- Evaluación por neuropsiquiatría
- Terapia cognitivo conductual
- Mantener controles regulares con Neuropsiquiatría, según indique el médico.
- Reevaluación psicológica al finalizar la intervención cognitivo conductual.

2.5.5 Informe psicológico integrador

INFORME PSICOLÓGICO

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y Nombres : Ll.R. J.

Edad : 9 años 4 meses

Grado de instrucción : 3° de primaria

Ocupación : Estudiante

Lugar de procedencia : Lima

Psicóloga : Marcela Huiza Núñez

MOTIVO DE CONSULTA

a) **Motivo de consulta:**

El usuario expresa: “no me gusta ir al colegio, cuando estoy en clase, me cuesta prestar atención cuando mi profesora está explicando, me es difícil quedarme sentado, a veces me levanto sin permiso para ir al baño, cuando estoy jugando con mis amigos no me es fácil esperar mi turno”. También menciona que suele ser desordenado y que a veces lastima a sus compañeros sin querer.

b) **Descripción o presentación actual del problema**

Johan, de 9 años de edad fue traído por sus padres debido a los constantes reportes de la profesora, quien ha informado que parece que no escucha cuando le están hablando, no presta atención, le dificulta terminar las fichas de trabajo, comete errores por descuido, no sigue instrucciones, pide permiso para ir al baño constantemente y así evitar permanecer en el aula, se levanta de su asiento cuando debería estar sentado, molesta a sus compañeros quitándole los lápices para luego esconderlo en sus pantalones.

Estos problemas vienen ocurriendo desde el inicio del año escolar. Los padres de Johan

están preocupados por el bajo rendimiento académico y por el mal comportamiento que presenta su hijo. Además, señalan que Johan suele estar cansado para hacer las tareas escolares, pero no lo observan cansado cuando está jugando.

La madre de Johan menciona que en casa presenta un comportamiento caracterizado por la inquietud, la desorganización, la falta de atención y la impulsividad. Tiene dificultades para seguir las instrucciones, guardar sus juguetes y controlar sus impulsos. Por ejemplo, salta en la cama, coge las cosas de su hermana sin permiso y juega con los cubiertos mientras come. Además, tiene problemas para controlar sus emociones, lo que a menudo lo lleva a tener rabietas y comportamientos agresivos. Por ejemplo, cuando no entiende una tarea, dice que es lento y se resiste a hacerla. Si sus padres no le permiten salir a jugar, siente mucha frustración e ira (10/10) y piensa “yo quiero ir a jugar”, “me aburre hacer las tareas” “todo lo que hago está mal”, “nadie me quiere”, “te voy a pegar si no me dejas salir a jugar”. En estos casos puede tirarse al piso, llorar e insultar.

Las rabietas de Johan suelen durar entre 15 y 20 minutos, y se repiten todos los días, principalmente cuando tiene que cumplir con sus obligaciones o cuando no lo dejan salir a jugar.

Los padres han intentado conversar con él y llegar a acuerdos, pero cuando no los cumple, le gritan y en ocasiones lo castigan físicamente. Los padres están preocupados por el comportamiento de su hijo y desean que lleve terapias psicológicas para que mejore las relaciones familiares e interactúe adecuadamente en la escuela.

Análisis e interpretación de resultados

En el área intelectual, obtuvo un CI total de 80 y luego 89 que lo ubica en la categoría “promedio bajo”. Según lo evaluado la capacidad de lograr secuencia, desarrollar la memoria auditiva, procesar información en las lecturas y el cálculo se encuentra en proceso por ello ha presentado dificultades en clases para comprender y aprender mejor un tema sin embargo en

la habilidad para el razonamiento numérico y la capacidad para repetir de manera mecánica algunos dígitos que le fueron previamente mencionados en el orden inicial e inverso se encuentra dentro de lo esperado, el menor expresa su interés en ayudar con las cuentas del negocio de sus padres.

En la escala de velocidad de procesamiento y en los ejercicios de búsqueda de símbolos se encuentra por debajo de lo esperado para su edad cronológica, presenta dificultad para prestar atención y concentrarse, esto hace que le resulte aburrido y desmotivador hacer sus tareas, lo que a su vez le impide alcanzar sus metas escolares.

En la escala de Comprensión Verbal, demuestra un pensamiento concreto, lo que significa que solo relaciona las cosas según su utilidad. Esto se refleja en su vocabulario limitado, ya que no comprende bien las palabras complejas. Esto puede deberse a que no tiene el hábito de leer.

También se evaluó su destreza analógica y abstracción verbal, que son habilidades necesarias para razonar a partir de pistas. En este caso, también obtuvo un rendimiento bajo, debido a sus dificultades para concentrarse.

En la segunda prueba, Johan obtuvo un puntaje de maduración visomotora correspondiente a un niño de 5 años y 4 meses y luego su edad de maduración de relacionó con 7 años y 0 meses, en ese sentido, la edad cronológica durante el pre test fue de 9 años y 4 meses y luego de la aplicación del post test presentó la edad cronológica de 10 años y 2 meses, lo que representa un retraso de maduración de 3 años y 2 meses en el post test. Además, en el pre test, se identificaron dos indicadores de posible retraso madurativo cognitivo (LC). Emocionalmente, Johan presenta rasgos de inestabilidad, con tendencia a la impulsividad e inestabilidad emocional.

En la siguiente prueba, Johan obtuvo un puntaje 26 que indica una sospecha de riesgo moderado de TDAH tipo combinado y luego puntuó con 17 lo que significa que presenta posible Déficit de Atención, pero sin Hiperactividad. Las conductas que observa el profesor con mayor frecuencia son: no presta atención en clase, y se queda mirando el techo o distrayéndose con otros objetos, se frustra con facilidad cuando no logra lo que quiere, tiene dificultad para escribir al dictado o transcribir textos, olvida pronto lo que le dicen, se levanta frecuentemente de la silla, Mueve constantemente los pies, le es difícil jugar en actividades tranquilas, y prefiere correr por el aula de clase.

La madre de Johan expresó su preocupación por la conducta de su hijo. Reconoce que no le dedicó suficiente tiempo de calidad en su infancia, ni estableció límites claros en el hogar. Sin embargo, está decidida a apoyarlo para que mejore en su aprendizaje y conducta. Aunque no sabe cómo hacerlo, está dispuesta a aprender las herramientas necesarias.

Presunción diagnóstica

Con base en la información recabada, Johan tiene un Coeficiente intelectual de 80, que lo ubica en la categoría promedio bajo y se presume (presenta características para) un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tipo combinado.

Los resultados de la evaluación del niño, que incluyó observación de la conducta, aplicación de pruebas psicológicas y entrevistas a los padres y docente-tutor, indican que Johan presenta los siguientes síntomas:

- Dificultades para prestar atención sostenida.
- Inquietud motora.
- Poca tolerancia a la frustración.

- Dificultades para controlar sus impulsos.
- Dificultades para seguir pautas.
- Dificultades para empezar y terminar las actividades.

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

Tabla 6*Tabla del plan de intervención y calendarización del caso*

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participantes	Técnicas de tratamiento
1	10/05/2022	50	Cada dos semanas	Padres e hijo	Psicoeducación
2	24/05/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Modelado y habilidades sociales
3	07/06/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Moldeamiento
4	21/06/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Entrenamiento en auto instrucciones
5	05/07/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Mindfulness
6	19/07/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Moldeamiento
7	02/08/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Reconocimiento de emociones
8	16/08/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Reconocimiento de emociones
9	30/08/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Autorregulación emocional
10	06/09/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Técnica de la tortuga
11	20/09/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Técnica de respiración y relajación
12	04/10/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Entrenamiento en auto instrucciones
13	18/10/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Entrenamiento en auto instrucciones
14	08/11/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Entrenamiento en auto instrucciones
15	22/11/2022	50	Cada dos semanas	Usuario	Reestructuración cognitiva
16	06/12/2022	50	Cada dos semanas	Padres y docente	Pautas e instrucciones para mantener las conductas en el paciente.

2.6.2. Programa de intervención

Tabla 7

Sesiones de la intervención cognitiva conductual del caso

Sesión	Objetivo	Técnicas	Procedimiento	Actividad
1	Instruir al niño y a sus padres acerca del modelo cognitivo y de su trastorno.	Psicoeducación	Paso 1. Se inicia la sesión creando un ambiente de confianza y apertura desde un inicio. Paso 2. La psicóloga explicó el programa de terapia cognitivo conductual (TCC) al niño y a los padres. Se les dice que la TCC se centra en cambiar los pensamientos, sentimientos y comportamientos que contribuyen a los problemas que presenta. Luego brinda un ejemplo de cómo la TCC podría ayudarlo a cambiar su comportamiento. Se explica: cuando la madre no le deja salir a jugar con sus amigos, él piensa "Ella es mala, no me quiere, la odio". Estas creencias negativas le hacen sentir mucha ira. Se explica al niño que, si pudiera cambiar sus pensamientos negativos, también podría cambiar su comportamiento. Por ejemplo, si pudiera creer que su madre lo ama y que solo quiere protegerlo, es más probable que se sienta triste o decepcionado, pero no tan enojado. Paso 3. Educar al niño sobre su trastorno de TDAH y sus implicaciones en el aprendizaje y las relaciones sociales. Se le pregunta al niño ¿muchas veces te cuesta concentrarte en una cosa durante mucho tiempo? ¿te aburres fácilmente? ¿te es difícil quedarte quieto? ¿o tener paciencia para esperar tu turno? bien, eso es porque tienes TDAH, que es un trastorno del cerebro que afecta la atención, la hiperactividad y la impulsividad. El TDAH no es una enfermedad. No es algo malo. Es simplemente una forma diferente de funcionar. Hay muchas personas con TDAH que son muy inteligentes y exitosas. Paso 4. Se hace un resumen de lo tratado. Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando.	Revisar el folleto de TDAH y las notas de la terapia. Pensar en una actividad deportiva que te gustaría hacer.

2	Lograr que es paciente mantenga contacto visual con la terapeuta durante el entrenamiento de habilidades sociales	Dinámica de espejo Técnica de modelado	Paso 1. Se presenta un video corto con contenido de personas realizando la dinámica del espejo. Paso 2. Se le explica en que consiste la dinámica, para lo cual, se necesita un espejo o un marco de cartón con forma de espejo. Paso 3. Se muestra un video corto sobre niños conversando entre sí. La finalidad del video consiste en lograr la reflexión en el paciente sobre lo importante de mantener contacto visual con sus pares y otras personas cuando se dialoga. Paso 4. Se le pide al niño que haga todos los gestos que el terapeuta está realizando con la finalidad de que se concentre en la indicación. Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño expresa como se ha sentido durante la sesión.	Se le indico a los padres de familia que realicen el juego imitaciones de caras o de mimo, que se pueden crear máscaras de papel con diferentes tipos de emociones.
3	Reducir la conducta de moverse de un lugar a otro e instaurar conductas adecuadas.	Moldeamiento	Paso 1. Se realiza breve control del estado de ánimo y posteriormente se hace la revisión de la sesión anterior y se pregunta cómo le fue con las tareas para la casa. Paso 2. Se explica al niño lo importante que es permanecer sentado cuando se está realizando alguna actividad que amerite en la escuela o cuando está sentado en la mesa de su casa almorzando. Se comienza mostrando al niño permanecer sentado por 30 segundos, luego 1 minutos, 2 minutos ya si sucesivamente y posteriormente él va imitando la conducta. Paso 3. Se hace un resumen de lo tratado. Paso 4. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando.	Practicar en casa permanecer sentado a la hora del almuerzo.

4	Reducir la conducta de moverse de un lugar a otro e instaurar conductas adecuadas.	Entrenamiento de auto instrucciones	Paso 1. Se inicia la sesión con una revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior. Paso 2. Explicamos a Johan que cuando tratamos de solucionar un problema seguimos unos pasos. Se le pide que verbalice sus pensamientos mientras resuelve alguna tarea. Por ejemplo, se presenta la ficha 1, que consiste en localizar los tres trozos que faltan en cada recuadro y unirlos con una flecha. Paso 3. Se pide que realice la tarea en voz alta intentando darse cuenta de cómo lo estás haciendo. Paso 4. se le pide que piense como lo ha hecho. Paso 5. se le dice al niño que vamos hacer una lista de los pasos que vamos a utilizar para resolver el problema de moverse de un lugar a otro. a) ¿Qué es lo que tengo que hacer? (“debo mantenerme sentado en mi asiento, mi profesora está explicando la clase”). b) ¿Cómo lo voy hacer? (“pienso que si me quedo sentado voy a terminar mi tarea”). c) Tengo que estar atento y ver todas las posibilidades (“pienso en que pasaría si me levanta muchas veces de mi asiento”). d) Doy una respuesta (“yo puedo, intentare quedarme sentado”). e) Me felicito porque me ha salido bien. Paso 6. Se hace un breve resumen de lo tratado. Paso 7. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando.	Practicar en casa el ejercicio de permanecer sentado cuando realice sus actividades escolares.
5	Reducir la conducta de moverse de un lugar a otro e instaurar conductas adecuadas.	Mindfulness	Paso 1. Se realiza breve control del estado de ánimo y posteriormente se hace la revisión de la sesión anterior y se pregunta cómo le fue con las tareas para la casa. Paso 2. Se explica sobre la sesión a trabajar. Paso 3. Se pide al niño que se siente cómodamente y que se concentre en su respiración. Puede contar sus respiraciones o imaginar que su respiración es un globo que se infla y se desinfla. Luego de unos minutos se le pide que preste atención a su cuerpo contra la silla, el peso de sus brazos, piernas y perciba la temperatura del ambiente y de su cuerpo. Se le pide que siga inhalando y exhalando, prestando atención a su cuerpo por unos minutos. Paso 4. Se hace un breve resumen de lo tratado.	Practicar antes de dormir la técnica de Mindfulness.

			Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión.	
6	Lograr que el niño solicite permiso antes de coger objetos que no le pertenecen instaurando conductas positivas	Entrenamiento de auto instrucciones	Paso 1. Se inicia la sesión con una revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior. Paso 2. Explicamos a Johan que cuando tratamos de solucionar un problema seguimos unos pasos. Se le pide que verbalice sus pensamientos mientras resuelve alguna tarea. Paso 3. Se solicita que realice la tarea en voz alta intentando darse cuenta de cómo lo está haciendo. Paso 4. Se le pide que piense como lo ha hecho Paso 5. Se le dice al niño que vamos a realizar una lista de pasos que vamos a utilizar para resolver el problema de tomar objetos que no le pertenecen: a) ¿Qué es lo que tengo que hacer? (“quiero coger los colores nuevos de mi hermana”) b) ¿Cómo lo voy hacer? (“le voy a preguntar si me los puede prestar”) c) Tengo que estar atento y ver todas las posibilidades (“pienso en las respuestas que me puede decir”) d) Doy una respuesta (“le pregunto si me puede prestar sus colores”). e) Al finalizar la tarea, me felicito porque me ha salido bien. Paso 6. Se hace un breve resumen de lo tratado. Paso 7. Se finaliza con la retroalimentación, el niño expresa como se ha sentido en la sesión.	Practicar las auto instrucciones en una actividad cotidiana como limpiar su habitación. Se le brinda un ejemplo de cómo realizarlo. 1) "Voy a empezar por recoger la ropa sucia y doblarla. Luego, barreré el suelo y haré la cama." 2) "Si me siento cansado, tomaré un descanso de 5 minutos y luego seguiré trabajando." 3) "Si me distraigo, volveré a la tarea en 5 minutos."
7	Disminuir la conducta de ira y frustración cuando no puede obtener las cosas u objetos que solicita.	Reconocimiento de emociones	Paso 1. Recordamos lo que se realizó en la sesión anterior. explica cuáles fueron los descubrimientos hechos en la sesión precedente. Paso 2. Se le brinda la ficha de trabajo “emociones o no emociones”, se explica, como realizarlo y a reconocer cuales son emociones y cuáles no, coloreando el casillero con palabra de una emoción, luego se le pide que en otra ficha una con flechas la emoción con la cara que expresa esa emoción. Paso 3. Se explica al usuario que todas las emociones tienen una duración algunas duran más tiempo y otras menos, pero toda una vez que inician, terminaran. Paso 4. Se hace un breve resumen de lo tratado	A lo largo del día, cada vez que sientas una emoción, regístrala en un cuaderno o en un diario de emociones.

			Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando	
8	Disminuir la conducta de ira y frustración cuando no puede obtener las cosas u objetos que solicita.	Reconocimiento de emociones	Paso 1. Recordamos lo que se realizó en la sesión anterior. Explica cuáles fueron los descubrimientos hechos en la sesión precedente. Paso 2. Se trabaja la ficha de trabajo “ahora te toca a ti” tendrás que dibujarte como eres cuando estas contento, triste, preocupado, enojado y si te animas escribes que situaciones te ponen así. Paso 3. Se hace un breve resumen de lo tratado Paso 4. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando.	A lo largo del día, cada vez que sientas una emoción, regístrala en un cuaderno o en un diario de emociones.
9	Disminuir la conducta de ira y frustración cuando no puede obtener las cosas u objetos que solicita.	Autorregulación emocional	Paso 1. Recordamos lo que se dialogó en la sesión anterior. El niño comenta cuáles fueron los descubrimientos hechos en la sesión precedente. Paso 2. Se le pide al usuario que dibuje la cara de una persona enojada, luego se le pide todas las palabras para describir al enojo. Paso 3. Se explica que es normal que todas las personas nos enojemos de vez en cuando, el problema está cuando no controlamos nuestro enojo y terminamos lastimando a otras personas. Paso 4. Se narra al usuario el cuento “el que se enoja pierde”. En este cuento, el rey es un ejemplo de cómo el enojo puede ser una fuerza destructiva. El rey es malvado y usa su poder para castigar a sus empleados. Los empleados saben que, si se enojan, perderán, por lo que tratan de controlarse. Uno de los empleados, sin embargo, es diferente. Este empleado es paciente y tolerante. No se deja llevar por el enojo, incluso cuando el rey lo trata injustamente. Al final, el rey pierde su control y pierde su reino. Esto se debe a que el enojo lo cegó y lo llevó a tomar decisiones equivocadas. Paso 5, En modo de reflexión se pregunta al niño porque se enojó el rey. Luego se explica que la historia nos enseña lo importante que es aprender a controlar nuestro enojo. Cuando podemos controlar nuestro enojo, somos más capaces de tomar decisiones racionales y de resolver los problemas de manera pacífica. Paso 6. Se hace un breve resumen de lo tratado.	Escribir una breve descripción de cómo te sientes y qué pensamientos o conductas están asociados a la emoción de la ira y frustración Al final del día, revisa tus registros y reflexiona sobre tus emociones

			Paso 7. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión.
10	Disminuir la conducta de ira y frustración cuando no puede obtener las cosas u objetos que solicita	Técnica de la tortuga	Paso 1. Se inicia la sesión con una revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior. Paso 2. Para ayudar al niño a identificar y expresar sus emociones, se le pide que dramatice la historia de la tortuga. El niño se pegará la barbilla al pecho, colocará los brazos a lo largo del cuerpo y presionará fuertemente hasta contar hasta diez, respirando lentamente. Esto le ayudará a comprender, que, cuando la tortuga se siente enojada o con miedo, esconde su cabecita para controlarse. Paso 3. Se hace un breve resumen de lo tratado Paso 4. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando.
11	Disminuir la conducta de ira y frustración cuando no puede obtener las cosas u objetos que solicita.	Técnica de respiración y relajación	Paso 1. Recordamos lo que se dialogó en la sesión anterior. Se explica cuáles fueron los descubrimientos hechos en la sesión precedente. Paso 2. Se le pide al niño que camine presurosamente alrededor del consultorio. Cuando observamos que su respiración esta agitada le pedimos que se acueste en la colchoneta, cierre los ojos y sienta su cuerpo y se centre en su respiración. Se le explica que, cuando estamos nerviosos o molestos cuando no nos dan lo que pedimos, como una pelota o no nos compran unos chocolates, los músculos se ponen tensos y la respiración se acelera. Paso 3. Se le pide que compare la expresión de una cara de una persona enfadada con otra cara relajada y se explica que, cuando estamos nerviosos o enfadados queremos gritar, golpear o salir corriendo del lugar. Nuestro cuerpo se prepara para ello, estando alerta y acelerando la respiración. Si no deseamos sentirnos tensos y actuar de manera impulsiva debemos de aprender a relajarnos y calmarnos utilizando la técnica de respiración. Paso 4. Se continúa practicando la respiración, sin moverse y tratando de no gesticular. Inspiramos, retenemos el aire hasta contar hasta 3 y lo dejamos partir suavemente. Antes de volver a tomar aire se debe también contar hasta 3. Paso 5. Se hace un breve resumen de lo tratado.

Practica la técnica de la tortuga en situaciones que te provoquen ira o frustración.

Practica técnicas de respiración durante 5 minutos al día durante una semana.

12	Aumentar la capacidad de atención y la concentración dentro del aula de clase	Entrenamiento en auto instrucciones	Paso 6. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando Paso 1. Se procede a revisar las tareas asignadas de la sesión anterior. Paso 2. Se trabaja con el niño la ficha de atención y concentración, se le pide al niño que con la vista lleve cada letra a su sitio procurando no seguir la línea con el dedo o con el lápiz pues se trata de ejercitar la vista. A partir de esta sesión se comienza a susurrar las auto instrucciones en lugar de hablar en voz alta. Paso 3. Luego se pregunta al niño: "¿Por qué crees que fallaste aquí?" para los ítems incorrectos, o bien, "¿porque te salió bien?" para los ítems correcto. Paso 4. Se hace un breve resumen de lo tratado. Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando. Practicar las auto instrucciones cognitivas como: un ejercicio de matemáticas. Se le brinda una ficha con ejemplos: Antes de la tarea: "Voy a respirar profundamente y contar hasta 10 para calmarme." " leeré cuidadosamente el enunciado del problema." "Voy a dividir la tarea en pasos más pequeños." Durante la tarea: "seguiré las instrucciones paso a paso." "revisare mi trabajo para asegurarme de que es correcto." "Si me equivoco, no me voy a rendir. Voy a intentarlo de nuevo." Después de la tarea: "Me siento orgulloso de mí mismo por haber completado la tarea".
----	---	-------------------------------------	---

13	Aumentar la capacidad de atención y la concentración dentro del aula de clase.	Entrenamiento en auto instrucciones	Paso 1. Se procede a revisar las tareas asignadas de la sesión anterior. Paso 2. Se le entrega la ficha de “búsqueda de diferencias entre dos dibujos”. Paso 3. El terapeuta verbalizara las auto instrucciones como ejemplo correcto para que lo repita con las fichas de trabajo. El niño dirá: “levanto la ficha, observo a la primera mariposa, luego observo a la otra mariposa y buscare las diferencias de los dibujos, si me equivoco lo volveré a intentar, yo puedo”. Paso 4. Se hace un breve resumen de lo tratado Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión.	Escribir las auto instrucciones que seguiste al realizar una tarea escolar.
14	Aumentar la capacidad de atención y la concentración dentro del aula de clase.	Entrenamiento en auto instrucciones.	Paso 1. Se procede a revisar las tareas asignadas de la sesión anterior. Paso 2. Se le pide al niño aplicar las auto instrucciones a una tarea de ordenación de historias temporales. Paso 3. Se le facilita un ejemplo de cómo realizarlo. Auto instrucciones: ¿Cómo lo voy hacer? - Coloco las viñetas en fila. - A medida que lo estoy haciendo, las observo y digo todo lo que veo. - Me fijo en los detalles. - De todas elijo la que creo que puede ser la primera - Elijo la que creo es la segunda y me aseguré que realmente pueda colocarla detrás de la primera elegida. - Al terminar compruebo si la historieta tiene sentido. Paso 4. Se hace un breve resumen de lo tratado. Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando.	Practica libre en auto instrucciones en tareas escolares.

15	Modificar las creencias irracionales cuando se presentan situaciones de rechazo o desaprobación ante sus demandas o requerimientos por parte de sus padres.	Reestructuración cognitiva	Paso 1. Se procede a revisar las tareas asignadas de la sesión anterior. Paso 2. Se trabaja con la ficha para identificar situaciones, pensamientos emociones y conductas, se le explica que en la ficha hay diferentes elementos y él tiene que mencionar que sucede en cada componente de: situaciones (a) pensamientos (b) emoción (c) y conducta). Paso 3. Se explica al usuario que una vez que se han identificado los componentes de la situación, se puede empezar a trabajar en cambiar los pensamientos y comportamientos negativos que pueden estar contribuyendo a la dificultad. Paso 4. Se hace un breve resumen de lo tratado. Paso 5. Se finaliza con la retroalimentación, el niño cuenta como se ha sentido en la sesión, lo puedo expresar con palabras, escribiendo o dibujando.	Realizar un dibujo de alguna situación en la que se sintió triste o enojado, luego identificar que pensamientos y emociones presentaba.
16	Brindar pautas e instrucciones a los cuidadores para mantener las conductas que se lograron reducir durante la aplicación de TCC.	Pautas e instrucciones y estilos de crianza.	Paso 1. Detallar a los padres de familia y cuidadores los logros que se consiguieron durante la aplicación de la intervención cognitivo conductual. Paso 2. Se presenta las pautas e instrucciones a seguir por medio de una lista de actividades en una hoja impresa. Paso 3. Se realiza ejemplos de las pautas e instrucciones para los cuidadores, tales como, dedicarle una hora diaria al usuario, llevarlo a realizar actividad física incluyendo correr y moverse como le plazca en la hora de recreación hasta que se agote, permitir que el niño juegue con sus juguetes mientras se le lee un cuento o historia infantil corta, no forzarlo a mantenerse sentado todo el tiempo, ya que los menores tienden a aburrirse muy rápido, es decir, no es lo mismo tener hiperactividad que ser inquieto, fomentar la autoestima a través de juegos o actividades en las que el niño sea el centro de atención y ganador, explicarle que es normal estar enojado, molesto, triste, frustrado o desanimado de vez en cuando, pero que hay solución a esas emociones que puede presentar en el hogar o la escuela. Paso 4. Para la docente se le da la indicación de sentarlo adelante o muy cerca de ella para que tenga un mayor control sobre su comportamiento, asimismo, se le sugiere sentarlo con niños que comprenden la clase diaria para que pueda despejar las dudas que pueda presentar sobre alguna indicación sobre las tareas.	Salir a recrearse en familia al parque, jardín, loma deportiva, playa, cine, etc. Matricularlo en un deporte de le exija un desgaste elevado de energía. Registrar las conductas que el menor pudiese estar presentando nuevamente o alguna nueva. Asistir a los talleres que se realizan en la institución educativa si tratan el tema de TDAH u otra que se relacione con el caso del menor.

2.7 Procedimiento

El caso fue admitido en un establecimiento de atención de salud mental comunitaria ubicado en la zona metropolitana de Lima. Posteriormente, se llevó a cabo una entrevista inicial, comenzando con la madre y luego con el menor. A continuación, en las primeras cuatro sesiones, se realizaron las evaluaciones psicológicas pertinentes, las cuales desempeñaron un papel fundamental en el proceso de diagnóstico del menor.

Luego de varias sesiones, se logró detectar y registrar las conductas, frecuencia y duración de estas para poder diseñar un programa de intervención desde la terapia cognitivo conductual, asimismo, se recopiló toda la información necesaria a través del paciente, padres de familia y docente del usuario, en ese sentido, se aplicaron pruebas psicológicas que fueron de gran ayuda para corroborar el diagnóstico presuntivo del caso, luego de emplear una línea base de referencia se aplicó la intervención psicoterapéutica en 16 sesiones con una duración de 50 minutos aplicado una vez cada dos semanas, a continuación, se presentan los registros de las conductas problemas.

La duración total del proceso terapéutico abarcó aproximadamente un lapso de siete meses, desde el momento inicial de la demanda hasta la evaluación final. Durante este período, las sesiones se dividieron en diferentes etapas, comenzando con la evaluación pretratamiento, seguida por el proceso de intervención en sí mismo. Este último incluyó la recopilación de la historia psicológica del individuo, la exploración del problema actual, el análisis cronológico del desarrollo del problema, la indagación en la historia personal, la aplicación de pruebas psicométricas y el diagnóstico en sus diversas modalidades. Finalmente, se llevó a cabo la intervención terapéutica propiamente dicha. Todos estos procedimientos y actividades fueron meticulosamente registrados en tablas estadísticas que reflejaban la frecuencia y duración de cada uno. Además, se programaron tres sesiones de seguimiento, con una frecuencia de cada

dos meses, para evaluar la evolución y mantener un monitoreo continuo del progreso del individuo.

2.8 Consideraciones éticas

Durante el proceso terapéutico llevado a cabo con una menor de edad, se procedió a explicar detalladamente a la madre y obtener su consentimiento informado. Se le transmitió verbalmente que dicho tratamiento no causaría ningún perjuicio a la menor y que se preservaría el anonimato de sus datos, así como cualquier información que pudiera identificarla. Además, se dejó claro que no se ofrecería ningún beneficio económico y que la madre tenía la opción de interrumpir el tratamiento en cualquier momento que lo considerara necesario. También se mencionó que la información recopilada durante esta intervención terapéutica se utilizaría con fines de investigación, lo cual contribuiría con datos científicos y evidencia para la comunidad académica.

III. RESULTADOS

3.1 Análisis de Resultados

Según los objetivos planteados inicialmente y las evaluaciones realizadas, se presentan los hallazgos:

Tabla 8

Resultados de los instrumentos aplicados durante el pre test al paciente

Instrumento	Puntaje pre test	Diagnóstico
WISC IV	80	Promedio bajo
BENDER	11	Edad maduracional inferior para su edad (5 años y 4 meses).
EDAH	26	Déficit de atención con hiperactividad.

En la tabla 8, se percibe que durante la aplicación de los instrumentos en el pre test, el paciente obtuvo un CI de 80 en el test de inteligencia lo cual lo categoriza como promedio bajo, asimismo, demostró una edad maduracional de un infante con edad de 5 años y 4 meses y finalmente, en la prueba de TDAH calificó con una puntuación de 26, indicando el diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad.

Tabla 9

Resultados de los instrumentos aplicados durante el post test al paciente

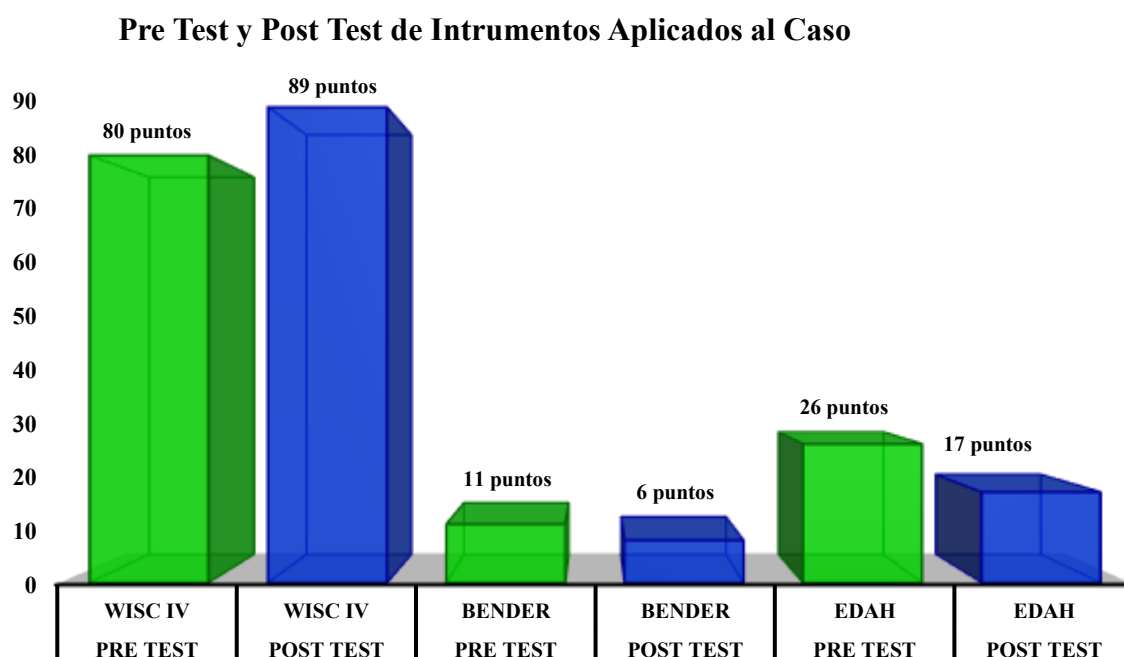
Instrumento	Puntaje post test	Diagnóstico
WISC IV	89	Promedio bajo
BENDER	6	Edad maduracional inferior para su edad (7 años y 0 meses).
EDAH	17	Déficit de atención sin hiperactividad.

En la tabla 9, se percibe que durante la aplicación de los instrumentos en el post test, el paciente obtuvo un CI de 89 en el test de inteligencia lo cual lo sigue categorizando como

promedio bajo, aunque, su puntuación incremento, asimismo, demostró una edad maduracional de un infante con edad de 7 años y 0 meses y finalmente, en la prueba de TDAH calificó con una puntuación de 17, indicando que sigue manteniendo el diagnóstico de déficit de atención sin hiperactividad, pero grado menor a la inicial.

Figura 2

Resultado de Pre Test y Post Test del caso clínico



En la figura 2, se puede evidenciar que durante el post test el instrumento que midió inteligencia obtuvo mejores resultados (89 puntos) pero continuó calificando como promedio bajo, por otra parte, el test que evaluó madurez emocional durante la etapa final corroboró un incremento positivo en los resultados del paciente (6 puntos), pues, inicialmente presentaba un índice maduracional de 5 años y 4 meses, por último, la escala que midió posible TDAH, demostró que el diagnóstico inicial (26 puntos, es decir, TDAH) se modificó cuando se volvió a aplicar la prueba, pues, arrojó el diagnóstico de TDA sin rasgos de hiperactividad.

Fuente: Elaboración propia.

Línea Base de la frecuencia de conductas problema (A)

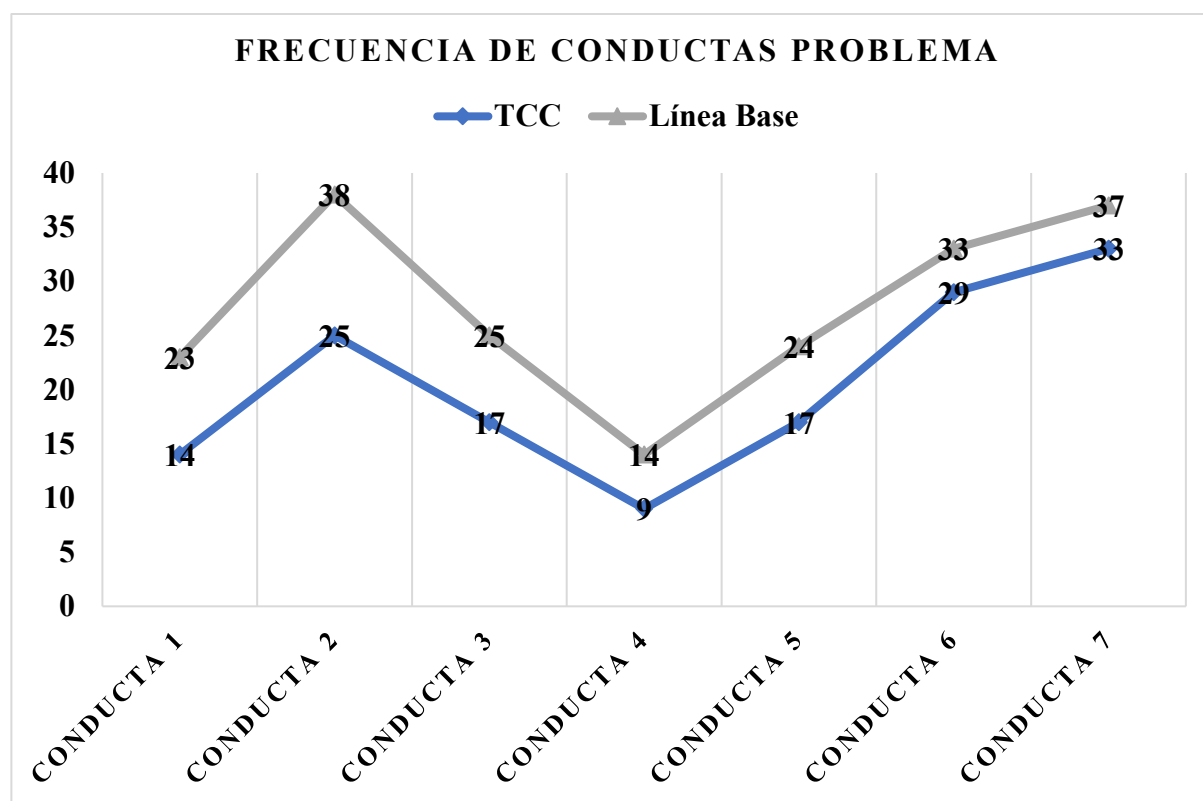
Basado en una puntuación del 1 como la nota mínima y 10 la nota máxima, se registró la frecuencia e intensidad de cada uno de los comportamientos del niño.

Tratamiento sobre la frecuencia de conductas problema (B)

Basado en una puntuación del 1 como la nota mínima y 10 la nota máxima, se registró la frecuencia de cada uno de los comportamientos del niño.

Figura 3

Duración de la frecuencia de las conductas problema entre la línea base y la intervención cognitivo conductual en el caso clínico



En la figura 3, se puede evidenciar que la frecuencia de conductas problema en el paciente se lograron reducir, con respecto a no mantener contacto visual al dialogar disminuyó de 23 puntos a 14 puntos, asimismo, el comportamiento de levantarse de su asiento sin permiso en hora de clase en el colegio bajó de 38 a 25 puntos, en ese sentido, la conducta de moverse

de un lado a otro constantemente sin permanecer en un lugar específico se redujo de 25 a 17 puntos, con relación al comportamiento de coger objetos ajenos sin pedir permiso disminuyó de 14 a 9 puntos, además, el comportamiento de desatención recurrente en el hogar y la escuela se redujo de 24 a 17 puntos, en esa misma línea, la conducta de no seguir instrucciones bajo de 33 a 29 puntos y finalmente, el comportamiento de realizar pataletas cuando las personas se niegan a satisfacer sus demandas disminuyó de 37 a 33 puntos. Demostrando que la intervención cognitivo conductual tuvo éxito en cuanto a reducir la frecuencia de las conductas problemas.

Línea Base de la duración de conductas problema (A)

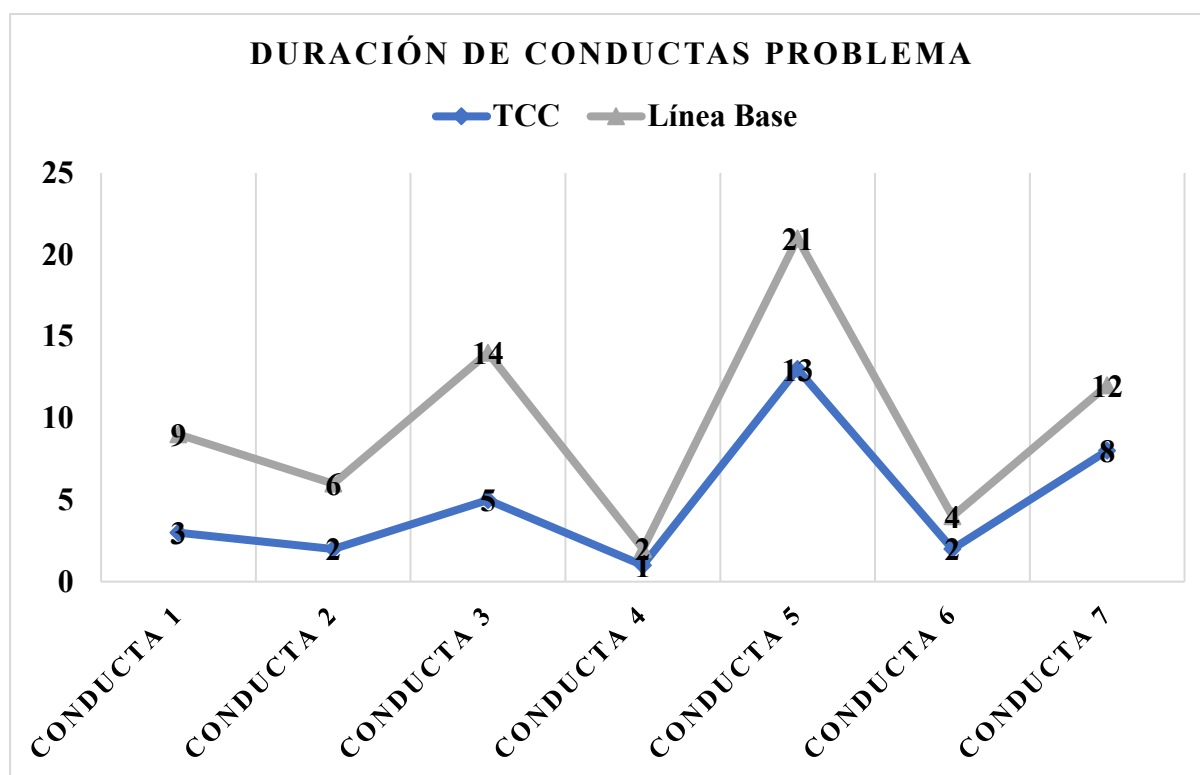
Basado en una puntuación del 1 como la nota mínima y 10 la nota máxima, se registró la duración de cada uno de los comportamientos del niño.

Tratamiento en cuanto a la duración de conductas problema (B)

Basado en una puntuación del 1 como la nota mínima y 10 la nota máxima, se registró la duración de cada uno de los comportamientos del niño.

Figura 4

Duración de las conductas problema durante la línea base y la intervención cognitivo conductual en el caso clínico



En la figura 4, se puede evidenciar que la duración de conductas problema en el paciente se lograron reducir, con respecto a no mantener contacto visual al dialogar disminuyó de 9 a 3 horas, asimismo, el comportamiento de levantarse de su asiento sin permiso en hora de clase en el colegio bajo de 6 a 2 horas, en ese sentido, la conducta de moverse de un lado a otro constantemente sin permanecer en un lugar específico se redujo de 14 a 5 horas, con relación al comportamiento de coger objetos ajenos sin pedir permiso disminuyó de 2 a 1 hora, además, el comportamiento de desatención recurrente en el hogar y la escuela se redujo de 21 a 13 horas, en esa misma línea, la conducta de no sigue instrucciones bajo de 4 a 2 horas y finalmente, el comportamiento de realizar pataletas cuando las personas se niegan a satisfacer sus demandas disminuyó de 12 a 8 horas. Evidenciando una vez más que la intervención cognitivo conductual tuvo éxito en cuanto a reducir la frecuencia de las conductas problemas, por tal motivo, se cumplió con el objetivo general y específicos.

3.2 Discusión de Resultados

Antes de iniciar el tratamiento, el usuario no mantenía contacto visual al dialogar con las personas, también, se levantaba de su asiento sin permiso en hora de clase en el colegio, además, se movía de un lado a otro constantemente sin permanecer en un lugar específico, asimismo, cogía objetos ajenos sin pedir permiso, en esa misma línea, presentaba la conducta de desatención recurrente en el hogar y la escuela, otra dificultad que presentó fue la de no seguir instrucciones y finalmente, realizaba pataletas cuando las personas se negaban a satisfacer sus demandas. Es decir, el paciente llegó a consulta por presentar dificultades de conducta en el hogar y la escuela, además, según la docente y los padres de familia mencionaron que constantemente se movía de un lugar a otro, incomodaba a sus compañeros, no prestaba atención a la clase, conversaba mucho en horas de clase, como también, el comportamiento de no mantener contacto visual, al igual que otras conductas problemáticas más, en ese sentido, Pineda y Puentes (2013) comenta que aunque las causas exactas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad no están completamente definidas, se cree que su origen radica en una combinación de factores genéticos, ambientales y neuroquímicos. Los factores genéticos se consideran los principales contribuyentes al TDAH, como lo demuestran los estudios en gemelos que muestran un mayor riesgo de desarrollar el trastorno en niños con un padre o hermano afectado. Además, los factores ambientales también desempeñan un papel importante en el desarrollo del trastorno, asimismo, el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, la exposición a la violencia y el trauma, así como la falta de estimulación en el entorno temprano, se han asociado con un mayor riesgo de presentar el trastorno, por último, los factores neuroquímicos también se consideran relevantes en el desarrollo del trastorno. Estudios han revelado que los niños con déficit de atención presentan niveles anormales de neurotransmisores como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina. En conclusión, después de la terapia la madre manifestó que el paciente empezó a dormir mejor, ahora se levanta de su

sitio pero pide permiso a la docente antes hacerlo, asimismo, demuestra contacto visual con las personas cuando le hablan, aunque de vez en cuando realiza pataletas pero luego comprende que su actitud no es la adecuada, por todo lo argumentado antes, se logró demostrar una vez más que la intervención con terapia cognitivo conductual es pertinente y efectiva para tratar casos de Trastorno con Déficit de Atención e Hiperactividad en niños.

3.3 Seguimiento

A lo largo de la presente investigación, se llevaron a cabo dos sesiones de seguimiento, siendo la primera de ellas programada un mes después y la última sesión de psicoterapia se llevó a cabo tras transcurrir tres meses. Durante estas sesiones, se procedió a entrevistar a la figura materna, quien ejercía el rol de adulto cuidador, y posteriormente se entrevistó al menor. Durante estas interacciones, se implementaron estrategias con el propósito de fortalecer el conjunto de respuestas del menor frente a los desafíos asociados al déficit de atención y ciertas conductas problemáticas, las cuales lograron disminuir, aunque no se erradicaron por completo. Además, se proporcionaron a la madre estrategias para continuar aplicando estilos de crianza apropiados y se le brindó capacitación para que pudiera ofrecer el apoyo emocional necesario al paciente, incluyendo la dedicación de tiempo de calidad para el menor.

IV. CONCLUSIONES

- a. El tratamiento cognitivo conductual ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad.
- b. Las conductas de exceso se lograron disminuir; como, por ejemplo, moverse de un lugar a otro, hacer berrinches, coger objetos sin permiso previo.
- c. Se logró instaurar la conducta de solicitar permiso antes de coger objetos y antes de levantarse de su asiento en horas de clase.
- d. Se logró disminuir y controlar las expresiones emocionales de ira y frustración por medio de técnicas de autorregulación emocional.
- e. Se logró mejorar o potencializar sus niveles de atención y concentración, logrando de este modo mejorar su capacidad atencional, verbal y visual.
- f. Se instauró las conductas de seguimiento de instrucciones, se mejoró sus habilidades sociales logrando una relación adecuada con sus entornos familia, escuela y pares.

V. RECOMENDACIONES

- a. En relación al paciente sometido a evaluación, se sugiere llevar a cabo un seguimiento a los seis meses, con el propósito de evaluar el grado de reducción alcanzado en el porcentaje de conductas excesivas.
- b. Se recomienda continuar implementando el enfoque terapéutico cognitivo-conductual en situaciones de esta naturaleza, aunque se sugiere adoptar un nuevo modelo de caso único ABA para evaluar la eficacia del programa de intervención.
- c. Es necesario seguir implementando estrategias de divulgación y educación psicológica dirigidas a los progenitores y al cuerpo docente de las instituciones educativas cercanas al Centro de Salud Mental Comunitario.
- d. Es esencial continuar explorando y actualizando la literatura pertinente en relación al enfoque terapéutico basado en la terapia cognitivo conductual para individuos que presentan trastornos caracterizados por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad.
- f. Comenzar a participar en actividades deportivas que se centren en inculcar valores como la disciplina, la organización, el respeto a los turnos y la interacción con otros niños.
- g. Continuar con la terapia psicoterapéutica individual centrada en la modulación emocional, específicamente en la regulación de emociones como la frustración, la tolerancia, la tristeza y el desarrollo de auto instrucciones para controlar las conductas de levantarse o moverse de su lugar sin previa autorización, con el objetivo de lograr una ejecución efectiva de dichas habilidades.

VI. REFERENCIAS

- Aguirre, M., Sidera, F., Rostan, C. y Onandia, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 9(1), 9-19. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2022.09.1.1>
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª. ed.)*. Médica Panamericana.
- Avilés, L. (2018). *Intervención psicoterapéutica basada en mindfulness (TCC) en la disminución de síntomas de inatención en niños con diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) entre 7 - 9 años en la caja de seguro social, Lima* [Tesis de maestría en Psicología Clínica, Universidad de Panamá]. Repositorio de la Universidad de Panamá. http://up-rid.up.ac.pa/6516/1/lourdes_aviles.pdf
- Bernardo, R. (2022). *Programa de intervención en autorregulación en un niño con TDAH de una institución de salud de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12967/Programa_BernardoAyuque_Rosmery.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Balbuena, F. (2016). La elevada prevalencia del TDAH: posibles causas y repercusiones socioeducativas. *Psicología Educativa*, 22(2), 81–85. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.12.002>
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. Síntesis. <https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/40798>

Brenlla, M. (2013). Interpretación del WISC-IV. Puntuaciones compuestas y modelos CHC.

Ciencias Psicológicas, 7(2), 9–14.

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200007)

[42212013000200007](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200007)

Bielsa, E. (2021). *Intervención Psicológica en niño con TDAH y Trastorno de Conducta*

[Tesis de Maestría en Psicología General Sanitaria, Universidad Europea de Madrid].

Repositorio de la Universidad.

Europea.[https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2141/B](https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2141/BIELSA%20DALILIA%20Eva.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[IELSA%20DALILIA%20Eva.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2141/BIELSA%20DALILIA%20Eva.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Catalá-López, F., Peiró, S., Ridao, M., Sanfélix, G., Génova, R y Catalá, M. (2012). Prevalence

of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a

systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*,

12(12): 168-173. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23057832/>

Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre

su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de*

Psiquiatría, 40(5), 147S-165S. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80622316010.pdf>

Hainbuch, F. (2006). *Relajación muscular de Jacobson*. Edimat

Hernández-Sampieri, R. y Montero, C. (2018). *Metodología de La Investigación: Las Rutas*

Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. MC Graw Hill.

Instituto para el Desarrollo Infantil [ARIE]. (2022). *Claves para lograr una familia saludable*

con niños que padecen TDAH. [https://revistaganamas.com.pe/claves-para-lograr-una-](https://revistaganamas.com.pe/claves-para-lograr-una-familia-saludable-con-ninos-que-padecen-tdah/#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20hay%20alrededor,del%20Infantil)

[familia-saludable-con-ninos-que-padecen-](https://revistaganamas.com.pe/claves-para-lograr-una-familia-saludable-con-ninos-que-padecen-tdah/#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20hay%20alrededor,del%20Infantil)

[tdah/#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20hay%20alrededor,del%20Infantil](https://revistaganamas.com.pe/claves-para-lograr-una-familia-saludable-con-ninos-que-padecen-tdah/#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20hay%20alrededor,del%20Infantil)

%20Excepcional%20(ARIE).

Instituto Nacional de Salud del Niño [INSN]. (2020). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_477_TDAH_AIAQS_compl.pdf

León, O. y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación de Psicología y Educación*.

MC Graw Hill.

Mitjana, L. (2019). *Técnica de detención del pensamiento: características y uso en terapia*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnica-detencion-pensamiento>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2023). *Minsa atiende más 18 000 casos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en lo que va del 2023*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/797274-minsa-atiende-mas-18-000-casos-de-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-en-lo-que-va-del-2023>

Natividad, B. (2020). *Intervención cognitivo conductual en un niño con déficit de atención e hiperactividad* [Tesis para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal. https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4571/Natividad_Toribio_Brenda_Laurie_Segunda_Especialidad_2020.pdf?sequence=6

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades (11ª ed.)*. Médica Panamericana.

- Ortiz, S. y Jaimes, A. (2016). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*, 59(5), 6–14.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500006
- Pineda, W. y Puentes, P. (2013). Estudio Ex-postfacto de la teoría de la mente en niños y niñas escolarizados diagnosticados con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Revista Tesis Psicológica*, 8(2), 144-161.
- Ramírez, M. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14-14_0.pdf
- Ruiz, L. (2021). *B.F. Skinner: El padre del conductismo operante*. Psyciencia.
<https://www.psyciencia.com/b-f-skinner-el-padre-del-conductismo-operante/>
- Sáenz, J. y San Miguel, A. (2022). *Intervenciones cognitivo conductuales para niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Una revisión narrativa* [Tesis para Optar por el Título de Segunda Especialidad en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Peruana Unión]. Repositorio de la Universidad Peruana Unión.
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6257/Joe_Trabajo_Especialidad_%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sales, B. (2018). Intervención cognitivo-conductual en un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad*, 86(4), 144-150.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6407336>

Soutullo C. y Díaz, A. (2007). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Médica Panamericana.

Urzúa, A., Domic, M., Ramos, M., Cerda, A. y Quiroz, J. (2010). Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escolares chilenos. *Rev Panam Salud Publica*;27(3), 10-20.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/9715>

Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006

Villanueva, R. y Krüger, P. (2019). *Efectos de la aplicación del programa Consciencia Plena en el control inhibitorio de niños entre 9 y 12 años diagnosticados con TDAH* [Tesis de maestría, Universidad Antonio Ruiz de Montoya]. Repositorio de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya.
https://repositorio.uarm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12833/2046/Kr%C3%BCger%20Dextre%2C%20Paloma_Villanueva%20G%C3%B3mez%2C%20Renzo%20Rodrigo_Tesis_Maestr%C3%ADa_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Visser, J. y Jehan, Z. (2014). ¿A scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of attention deficit hyperactivity disorder. *Emot Behav Diffic*, 14(2): 127-140.

VII. ANEXOS

Anexo A. Protocolo del Test de Inteligencia de Wechsler – WISC IV



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Sur

Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria



**Test de Inteligencia de Wechsler
para niños - Cuarta edición**

Nombre: _____ Sexo: _____

Escuela o Centro: _____ Grado/Año: _____

Examinador: _____ Lateralidad: _____

	Año	Mes	Día
Fecha del test			
Fecha de nacimiento			
Edad a la evaluación			

	Todos los 10 subtest*	Tres subtest de CV	Tres subtest de AP
Puntajes escalares			
Número de subtests	+10	+3	+3
Puntaje promedio			

* El promedio total se calcula a partir de los 10 subtest obligatorios.

Subtest	Puntaje directo	Puntaje escalares				
Construcción con cubos						
Analogías						
Relación de dígitos						
Razonamiento con figuras						
Clasos						
Vocabulario						
Serie de números y letras						
Matrices						
Comprensión						
Búsqueda de símbolos						
(Completamiento de figuras)						
(Registros)						
(Información)						
(Actividad)						
(Inferencias)						
Suma de puntajes escalares		CV	AP	MO	VP	Escala total

	Puntaje	Índice comp.	Per-centil	Intervalo de confianza %
Comprensión verbal				
Análisis perceptual				
Memoria operante				
Velocidad de procesamiento				
Escala total				

Puntajes de los subtests

	Comprensión verbal					Análisis perceptual				Memoria operante			Velocidad de procesamiento		
	Ana	Voc	Com	(Inf)	(Itr)	CC	RF	Mat	(CF)	RD	NL	Ari	Cla	BS	Reg
19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
18	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
17	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
16	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
14	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
13	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
12	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
10	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Puntajes compuestos

	ICV	iAP	IMO	IVP	CIT	
160						MS
150						
140						S
130						
120						MA
110						
100						P
90						
80						MB
70						
60						L
50						
40						ID
30						

1. Construcción con cubos



INVERTIR

Edades 8-16: puntaje de 0 a 1 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

Después de 3 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUAR

Ítems 1-3: puntaje de 0, 1 ó 2 puntos.
Ítems 4-8: puntaje de 0 a 4 puntos.
Ítems 9-14: puntaje de 0 o el puntaje apropiado de bonificación por tiempo.
Sin bonificación por tiempo:
Ítems 1-3: puntaje de 0, 1 ó 2 puntos.
Ítems 4-14: puntaje de 0 a 4 puntos.

EXAMINADO

Diseño	Tiempo límite	Tiempo de ejecución	Diseño correcto	Diseño incorrecto	Puntaje
6-7 1.	30"		S N	Intento 1: Intento 2:	Intento 1: Intento 2: 0 1 2
2.	45"		S N	Intento 1: Intento 2:	Intento 1: Intento 2: 0 1 2
8-16 3.	45"		S N	Intento 1: Intento 2:	Intento 1: Intento 2: 0 1 2
4.	45"		S N		0 4
5.	45"		S N		0 4
6.	75"		S N		0 4
7.	75"		S N		0 4
8.	75"		S N		0 4
9.	75"		S N		0 31-75 21-30 11-20 1-10 4 5 6 7
10.	75"		S N		0 31-75 21-30 11-20 1-10 4 5 6 7
11.	120"		S N		0 71-120 51-70 31-50 1-30 4 5 6 7
12.	120"		S N		0 71-120 51-70 31-50 1-30 4 5 6 7
13.	120"		S N		0 71-120 51-70 31-50 1-30 4 5 6 7
14.	120"		S N		0 71-120 51-70 31-50 1-30 4 5 6 7

EXAMINADOR

Puntaje directo total

(Máximo = 68)

Puntaje directo total sin bonificación por tiempo (CCSR)

2. Analogías

 INVERTIR Edades 9-16: puntaje de 0 ó 1 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.	 INTERRUMPIR Después de 3 puntajes consecutivos de 0.	 PUNTUAR Ítems 1-2: puntaje de 0 ó 1. Ítems 3-23: puntaje de 0, 1 ó 2.
--	--	--

	Ítem	Respuesta	Puntaje
8-16	M. Rojo - Azul		
6-8	*1. Leche - Agua		0 1
	*2. Lapicero - Lápiz		0 1
9-11	3. Gato - Ratón		0 1 2
	4. Manzana - Plátano		0 1 2
12-16	5. Camisa - Zapato		0 1 2
	6. Invierno - Verano		0 1 2
	7. Mariposa - Abeja		0 1 2
	8. Madera - Ladrillos		0 1 2
	9. Enojo - Alegría		0 1 2
	10. Poeta - Pintor		0 1 2
	11. Cuadro - Estatua		0 1 2
	12. Montaña - Lago		0 1 2
	13. Hielo - Vapor		0 1 2
	14. Codo - Rodilla		0 1 2
	15. Mueca - Sonrisa		0 1 2
	16. Inundación - Sequía		0 1 2
	17. Primero - Último		0 1 2
	18. Hule - Papel		0 1 2
	19. Permiso - Prohibición		0 1 2

* Si el examinado no da una respuesta de 1 punto, mencione la respuesta indicada en el Manual.



2. Analogías (continuación)

Ítem	Respuesta	Puntaje
20. Sal - Agua		0 1 2
21. Venganza - Perdón		0 1 2
22. Realidad - Fantasía		0 1 2
23. Espacio - Tiempo		0 1 2

Puntaje directo total
(Máximo = 44)

3. Retención de dígitos



INTERRUMPIR
 Dígitos en Orden directo y en Orden inverso:
 Puntaje de 0 en ambos intentos de un ítem.



PUNTUAR
 Puntaje de 0 ó 1 para cada intento.
 RDD y RDI: Puntaje total para RD en orden directo e inverso, respectivamente.
 RDDI y RDIL: Número de dígitos recordados en el último intento calificado con 1 punto para RD en orden directo e inverso, respectivamente.

Dígitos en orden directo			Dígitos en orden inverso		
Ítem	Intento / Respuesta	Puntaje del intento	Ítem	Intento / Respuesta	Puntaje del intento
6-16 1.	1 2-9	0 1	6-16 M.	1 8-2	
	2 4-6	0 1		2 5-6	
2.	1 3-8-6	0 1	1.	1 2-1	0 1
	2 6-1-2	0 1		2 1-3	0 1
3.	1 3-4-1-7	0 1	2.	1 3-5	0 1
	2 6-1-5-8	0 1		2 6-4	0 1
4.	1 5-2-1-8-6	0 1	3.	1 2-5-9	0 1
	2 8-4-2-3-9	0 1		2 5-7-4	0 1
5.	1 3-8-9-1-7-4	0 1	4.	1 8-4-9-3	0 1
	2 7-9-6-4-8-3	0 1		2 7-2-9-6	0 1
6.	1 5-1-7-4-2-3-8	0 1	5.	1 4-1-3-5-7	0 1
	2 9-8-5-2-1-6-3	0 1		2 9-7-8-5-2	0 1
7.	1 1-8-4-5-9-7-6-3	0 1	6.	1 1-6-5-2-9-8	0 1
	2 2-9-7-6-3-1-5-4	0 1		2 3-6-7-1-9-4	0 1
8.	1 5-3-8-7-1-2-4-6-9	0 1	7.	1 8-5-9-2-3-4-6	0 1
	2 4-2-6-9-1-7-8-3-5	0 1		2 4-5-7-9-2-8-1	0 1
			8.	1 6-9-1-7-3-2-5-8	0 1
				2 3-1-7-9-5-4-8-2	0 1

RDDI (Máximo = 9) 	Puntaje directo de dígitos en orden directo (RDD) (Máximo = 16) 	RDIL (Máximo = 8) 	Puntaje directo de dígitos en orden inverso (RDI) (Máximo = 16)
--	--	--	--

4. Razonamiento con figuras



INVERTIR
Edades 9-16: puntaje de 0 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR
Después de 5 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUAR
Ítems 1-28: puntaje de 0 ó 1 en cada ítem.

Ítem	Respuesta	Puntaje
6-16 A.	1 2 3 4 NS	
B.	1 2 3 4 NS	
6-8 1.	1 2 3 4 NS	0 1
2.	1 2 3 4 NS	0 1
3.	1 2 3 4 NS	0 1
4.	1 2 3 4 NS	0 1
9-11 5.	1 2 3 4 5 6 NS	0 1
6.	1 2 3 4 5 6 NS	0 1
12-16 7.	1 2 3 4 5 6 NS	0 1
8.	1 2 3 4 NS	0 1
9.	1 2 3 4 5 6 NS	0 1
10.	1 2 3 4 5 6 NS	0 1
11.	1 2 3 4 5 6 NS	0 1
12.	1 2 3 4 5 6 NS	0 1

Ítem	Respuesta	Puntaje
13.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
14.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
15.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
16.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
17.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
18.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1
19.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
20.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1
21.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
22.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1
23.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1
24.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1
25.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1
26.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 NS	0 1
27.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1
28.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	0 1

Puntaje directo total
(Máximo = 28)

5. Claves



INTERRUMPIR
Cuando se cumplan los 120 segundos de ejecución.



PUNTUAR
Utilizar la plantilla de calificación correspondiente. Un punto para cada respuesta correcta.

		Parte A						
		Puntaje incluyendo bonificaciones por tiempo por desempeño perfecto						
Tiempo en segundos		116-120	111-115	106-110	101-105	96-100	86-95	≤85
Puntaje		59	60	61	62	63	64	65

	Tiempo límite	Tiempo de ejecución	Puntaje directo total
6-7 Parte A	120"		Mínimo=65
8-16 Parte B	120"		Mínimo=111

6. Vocabulario

 INVERTIR Edades 6-16: puntaje de 0 ó 1 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.	 INTERRUMPIR Después de 3 puntajes consecutivos de 0.	 PUNTUAR Ítems 1-4: puntaje de 0 ó 1. Ítems 5-36: puntaje de 0, 1 ó 2.
--	--	---

Ítem	Respuesta	Puntaje
Ítems con dibujo		
1. Auto (automóvil, carro)		0 1
2. Flor		0 1
3. Tren (ferrocarril)		0 1
4. Balde (cubeta)		0 1
Ítems con verbales		
6-8 *5. Reloj		0 1 2
6. Sombrilla		0 1 2
9-11 7. Ladrón		0 1 2
8. Vaca		0 1 2
12-16 *9. Sombrero		0 1 2
10. Valiente		0 1 2
11. Obedecer		0 1 2
12. Bicicleta		0 1 2
13. Antiguo		0 1 2
14. Abecedario		0 1 2
15. Remedar		0 1 2
16. Fábula		0 1 2
17. Emigrar		0 1 2

* Si el examinado no da una respuesta de 2 puntos consecutivos la siguiente se le da un 0 y se pasa al ítem siguiente.

6. Vocabulario (continuación)

Ítem	Respuesta	Puntaje
18. Isla		0 1 2
19. Absorber		0 1 2
**20. Salir		0 1 2
21. Transparente		0 1 2
22. Molestia		0 1 2
23. Raramente		0 1 2
**24. Preciso		0 1 2
25. Obligar		0 1 2
26. Rivalidad		0 1 2
27. Disparate		0 1 2
28. Previsión		0 1 2
**29. Aflicción		0 1 2
30. Arduo		0 1 2
31. Unánime		0 1 2
32. Dilatorio		0 1 2
33. Enmienda		0 1 2
**34. Inminente		0 1 2
35. Aberración		0 1 2
36. Locuaz		0 1 2

** Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran indicadas en el Manual.

Puntaje directo total
(Máximo = 68)

7. Serie de números y letras



INTERRUMPIR

Interrumpa si el examinado no responde correctamente a cualquiera de los ítems de verificación de aptitudes o en caso que el examinado obtenga puntaje de 0 en los tres intentos de un ítem.



PUNTUAR

Puntaje de 0 ó 1 para cada intento.

Ítems de verificación de aptitudes		Respuesta correcta		Correcto	
6-7	Enumeración	El examinado cuenta hasta tres		S	N
	Abecedario	El niño dice el abecedario hasta la letra C		S	N

Ítem	Intento	Respuesta correcta		Respuesta del examinado	Puntaje del intento	Puntaje del ítem
8-16 M.	1. A - 2	2 - A	A - 2			
	2. B - 3	3 - B	B - 3			
1.	1. A - 3	3 - A	A - 3		0 1	0 1
	Si el examinado responde A - 3, corríjalo inmediatamente como se indica en el manual.					
	2. B - 1	1 - B	B - 1		0 1	
2.	3. 2 - C	2 - C	C - 2		0 1	2 3
	1. C - 4	4 - C	C - 4		0 1	
	2. 5 - E	5 - E	E - 5		0 1	
3.	3. D - 3	3 - D	D - 3		0 1	2 3
	1. B - 1 - 2	1 - 2 - B	B - 1 - 2		0 1	
	2. 1 - 3 - C	1 - 3 - C	C - 1 - 3		0 1	
4.	3. 2 - A - 3	2 - 3 - A	A - 2 - 3		0 1	2 3
	1. D - 2 - 9	2 - 9 - D	D - 2 - 9		0 1	
	2. R - 5 - B	5 - B - R	B - R - 5		0 1	
5.	Si el examinado responde 5 - R - B o R - B - 5 recuérdale que debe decir las letras en orden.					2 3
	3. H - 9 - K	9 - H - K	H - K - 9		0 1	
	1. 3 - E - 2	2 - 3 - E	E - 2 - 3		0 1	0 1
6.	Si el examinado responde 3 - 2 - E o E - 3 - 2 recuérdale que debe decir los números en orden.					
	2. 9 - J - 4	4 - 9 - J	J - 4 - 9		0 1	
	3. B - 5 - F	5 - B - F	B - F - 5		0 1	2 3
7.	1. 1 - C - 3 - J	1 - 3 - C - J	C - J - 1 - 3		0 1	
	2. 5 - A - 2 - B	2 - 5 - A - B	A - B - 2 - 5		0 1	
	3. D - 8 - M - 1	1 - 8 - D - M	D - M - 1 - 8		0 1	2 3
8.	1. 1 - B - 3 - G - 7	1 - 3 - 7 - B - G	B - G - 1 - 3 - 7		0 1	
	2. 9 - V - 1 - T - 7	1 - 7 - 9 - T - V	T - V - 1 - 7 - 9		0 1	
	3. P - 3 - J - 1 - M	1 - 3 - J - M - P	J - M - P - 1 - 3		0 1	2 3
9.	1. 1 - D - 4 - E - 9 - G	1 - 4 - 9 - D - E - G	D - E - G - 1 - 4 - 9		0 1	
	2. H - 3 - B - 4 - F - 8	3 - 4 - 8 - B - F - H	B - F - H - 3 - 4 - 8		0 1	
	3. 7 - Q - 6 - M - 3 - Z	3 - 6 - 7 - M - Q - Z	M - Q - Z - 3 - 6 - 7		0 1	2 3
10.	1. S - 3 - K - 4 - Y - 1 - G	1 - 3 - 4 - G - K - S - Y	G - K - S - Y - 1 - 3 - 4		0 1	
	2. 7 - S - 9 - K - 1 - T - 6	1 - 6 - 7 - 9 - K - S - T	K - S - T - 1 - 6 - 7 - 9		0 1	
	3. L - 2 - J - 6 - Q - 3 - G	2 - 3 - 6 - G - J - L - Q	G - J - L - Q - 2 - 3 - 6		0 1	2 3
10.	1. 4 - B - 8 - R - 1 - M - 7 - H	1 - 4 - 7 - 8 - B - H - M - R	B - H - M - R - 1 - 4 - 7 - 8		0 1	
	2. J - 2 - U - 8 - A - 5 - C - 4	2 - 4 - 5 - 8 - A - C - J - U	A - C - J - U - 2 - 4 - 5 - 8		0 1	
	3. 6 - L - 1 - Z - 5 - H - 2 - W	1 - 2 - 5 - 6 - H - L - W - Z	H - L - W - Z - 1 - 2 - 5 - 6		0 1	2 3

Puntaje directo total

8. Matrices



INVERTIR

Edades 6-16: puntaje de 0 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

Después de 4 puntajes consecutivos de 0 ó 4 puntajes de 0 en cinco ítems consecutivos.



PUNTUAR

Puntaje de 0 ó 1.

Ítem	Respuesta	Puntaje	Ítem	Respuesta	Puntaje	Ítem	Respuesta	Puntaje
6-10	A. 1 2 3 4 5 NS		12.	1 2 3 4 5 NS	0 1	24.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	B. 1 2 3 4 5 NS		13.	1 2 3 4 5 NS	0 1	25.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	C. 1 2 3 4 5 NS		14.	1 2 3 4 5 NS	0 1	26.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	1. 1 2 3 4 5 NS	0 1	15.	1 2 3 4 5 NS	0 1	27.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	2. 1 2 3 4 5 NS	0 1	16.	1 2 3 4 5 NS	0 1	28.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	3. 1 2 3 4 5 NS	0 1	17.	1 2 3 4 5 NS	0 1	29.	1 2 3 4 5 NS	0 1
6-8	4. 1 2 3 4 5 NS	0 1	18.	1 2 3 4 5 NS	0 1	30.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	5. 1 2 3 4 5 NS	0 1	19.	1 2 3 4 5 NS	0 1	31.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	6. 1 2 3 4 5 NS	0 1	20.	1 2 3 4 5 NS	0 1	32.	1 2 3 4 5 NS	0 1
9-11	7. 1 2 3 4 5 NS	0 1	21.	1 2 3 4 5 NS	0 1	33.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	8. 1 2 3 4 5 NS	0 1	22.	1 2 3 4 5 NS	0 1	34.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	9. 1 2 3 4 5 NS	0 1	23.	1 2 3 4 5 NS	0 1	35.	1 2 3 4 5 NS	0 1
	10. 1 2 3 4 5 NS	0 1						
12-16	11. 1 2 3 4 5 NS	0 1						

Puntaje directo total

(Máximo = 35)

9. Comprensión



INVERTIR

Edades 9-16: puntaje de 0 ó 1 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

Después de 3 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUAR

Puntaje de 0, 1 ó 2.

Ítem	Respuesta	Puntaje
6-8	*1. Dientes	0 1 2
	2. Verduras	0 1 2
9-11	3. Cinturón de seguridad	0 1 2
	4. Policías	0 1 2
12-16	5. Cartera	0 1 2
	6. Humo	0 1 2

* Si el examinado no da una respuesta de 2 puntos, mencione la respuesta indicada en el Manual.

9. Comprensión (continuación)

Ítem	Respuesta	Puntaje
7. Pelear		0 1 2
**8. Bibliotecas		0 1 2
9. Inspeccionar		0 1 2
10. Ejercicio		0 1 2
11. Disculparse		0 1 2
**12. Luces		0 1 2
13. Derechos de autor		0 1 2
14. Promesa		0 1 2
**15. Médicos		0 1 2
**16. Periódico		0 1 2
**17. Libertad de expresión		0 1 2
**18. Propietaria		0 1 2
19. Estampillas		0 1 2
**20. Comunicación		0 1 2
**21. Ciencia y tecnología		0 1 2

** Si el examinado responde solamente con un concepto general, pídale una segunda respuesta.

Puntaje directo total
(Máximo = 42)

10. Búsqueda de símbolos

INTERRUMPIR
Luego de 120 segundos.



PUNTUAR
Utilice la plantilla de calificación para calificar las respuestas del niño. Reste el número de respuestas incorrectas al número de respuestas correctas. Si la puntuación total es menor que cero, puntúe entonces 0 puntos.



Tiempo de ejecución

Número de respuestas correctas

—

Número de respuestas incorrectas

=

Puntaje directo total
(Edades 6-7: máxima=35)
(Edades 8-16: máxima=60)

11. Complimentación de figuras

INVERTIR
Edades 9-16: puntaje de 0 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR
Después de 6 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUAR
Puntaje de 0 a 1.



Ítem	Respuesta	Puntaje	Ítem	Respuesta	Puntaje	Ítem	Respuesta	Puntaje
6-16	M. Lápiz		13. Mueble	0 1		26. Perfil	0 1	
6-8	*1. Zorro	0 1	14. Puerta	0 1		27. Árbol	0 1	
	*2. Casaca	0 1	15. Tijera	0 1		28. Puente	0 1	
	3. Gato	0 1	16. Reloj	0 1		29. Sombrilla	0 1	
	4. Espejo	0 1	17. Foco	0 1		30. Supermercado	0 1	
9-11	5. Hoja	0 1	18. Silbato	0 1		31. Tina	0 1	
	6. Campana	0 1	19. Paseo	0 1		32. Enrejado	0 1	
	7. Mano	0 1	20. Cerdo	0 1		33. Termómetro	0 1	
	8. Niña	0 1	21. Dados	0 1		34. Pez	0 1	
	9. Escalera	0 1	22. Fútbol	0 1		35. Casa	0 1	
12-15	10. Mujer	0 1	23. Guitarras	0 1		36. Lancha	0 1	
	11. Correa	0 1	24. Bicicleta	0 1		37. Familia	0 1	
	12. Hombre	0 1	*25. Naranja	0 1		38. Zapatilla	0 1	

* Si el examinado no da una respuesta de 1 punto, mencione la respuesta indicada en el Manual.

Puntaje directo total
(Máximo = 38)

12. Registros

INTERRUMPIR
Después de 45 segundos para cada ítem.



PUNTUAR
Utilice la plantilla de calificación para calificar las respuestas del niño. Reste el número de respuestas incorrectas al número de respuestas correctas. Si la puntuación total es menor que cero, puntúe entonces 0 puntos.
RA y RE: puntaje total para los ítems 1 y 2, respectivamente.



Ítem	Tiempo límite	Tiempo de ejecución	Respuestas correctas	Respuestas incorrectas	Diferencia	Puntos de bonificación	Puntaje total
6-16	1. Aleatorio	45"				Máximo = 4	RegA Máximo = 68
	2. Estructurado	45"				Máximo = 4	RegE Máximo = 68

Puntos de bonificación por tiempo					
Si el examinado termina un ítem antes de 45 segundos y la diferencia es > 60, de puntos de bonificación					
Tiempo en segundos	45	40-44	35-39	30-34	0-29
Puntos de bonificación	0	1	2	3	4

Puntaje directo total
(Máximo = 136)

13. Información



INVERTIR

Edades 6-16: puntaje de 0 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

Después de 5 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUAR

Puntaje de 0 ó 1.

Ítem	Respuesta	Puntaje
*1. Pie		0 1
*2. Nariz		0 1
3. Comida		0 1
**4. Orejas		0 1
6-8 5. Años		0 1
6. Patas		0 1
**7. Jueves		0 1
**8. Monedas		0 1
9. Marzo		0 1
9-11 10. Hierve		0 1
**11. Semana		0 1
12-16 12. Año		0 1
13. Colón		0 1
**14. Estaciones		0 1
**15. Docena		0 1
16. Estómago		0 1

Ítem	Respuesta	Puntaje
17. Mes		0 1
**18. Fósil		0 1
19. Ozono		0 1
20. Oxígeno		0 1
21. Jeroglíficos		0 1
**22. Población		0 1
23. Grecia		0 1
**24. Oxidación		0 1
25. Hojas		0 1
**26. Darwin		0 1
27. Diamantes		0 1
28. Confucio		0 1
29. Solsticio		0 1
30. Barómetro		0 1
31. Fisión		0 1
**32. Nueva York		0 1
33. Resina natural		0 1

* Si el examinado no da una respuesta de 1 punto, mencione la respuesta indicada en el Manual.

** Las respuestas que requieren interrogatorio específico están indicadas en el Manual.

Puntaje directo total

(Máximo = 33)

14. Aritmética



INVERTIR

Edades 6-16: puntaje de 0 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

Después de 4 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUAR

Puntaje de 0 ó 1.

Ítem	Respuesta correcta	Respuesta	Puntaje
*1. Pajaros	1, 2, 3		0 1
*2. Puffitos	1, 2, 3, 4, 5		0 1
6-7 3. Árboles	1, 2... 10		0 1
4. Mariposas	9		0 1
5. Nueces	2		0 1
6. Libros	4		0 1
7. Crayolas	5		0 1
8. Galletas	3		0 1
8-9 9. Sales	6		0 1
10. Peduzcos	2		0 1
11. Caramelos	7		0 1
10-16 12. Lápices	6		0 1

Ítem	Respuesta correcta	Respuesta	Puntaje
13. Bicicletas	15		0 1
14. Pelotas	14		0 1
15. Calcomanías	25		0 1
16. Vacas	5		0 1
17. Globos	7		0 1
18. Manzana	9		0 1
19. Lapiceros	20		0 1
20. Puntos	32		0 1
21. Premios	24		0 1
22. Karate	19		0 1
23. Cambio	7		0 1
24. Observación	6		0 1

Ítem	Respuesta correcta	Respuesta	Puntaje
25. Dinero	8.50		0 1
26. Clases	20		0 1
27. Revistas	3		0 1
28. Manejo	60		0 1
29. Carpeta	30		0 1
30. Temperatura	3		0 1
31. Juego	34		0 1
32. Lavado	48		0 1
33. Vuelo	2pm		0 1
34. Trabajo	40km		0 1

Puntaje directo total

(Máximo = 34)

15. Inferencias



INVERTIR

Edades 10-16: puntaje de 0 en cualquiera de los dos primeros ítems dados. Administrar los ítems anteriores en secuencia inversa hasta obtener dos puntajes perfectos consecutivos.



INTERRUMPIR

Después de 5 puntajes consecutivos de 0.



PUNTUAR

Puntaje de 0 a 1.

Ítem	Pista	Respuesta	Correcta	Puntaje
6-16	A. I. Este es un animal que hace "guau".		S N	
	B. I. Esto tiene un palo y una melena (mechas)...		S N	
	II. y sirve para barrer el piso.		S N	
6-9	1. I. Sirve para secarte después de bañarte.		S N	0 1
	2. I. Sirve para oler cosas.		S N	0 1
	3. I. Es un satélite natural...		S N	0 1
	II. y sólo la puedes ver de noche.		S N	
	4. I. Este es un animal con trompa y grandes orejas.		S N	0 1
10-15	5. I. Se pone en la cabeza para protegerse del frío o del sol.		S N	0 1
	6. I. Tiene una perilla o picaporte y la gente puede abrirla para pasar.		S N	0 1
	7. I. Mezcla de tierra con la lluvia...		S N	0 1
	II. y puedes manchar con esto tu ropa o el piso.		S N	
	8. I. Tiene cosas del pasado o antiguas...		S N	0 1
	II. y en este lugar se exhiben cosas interesantes.		S N	
	9. I. Líquido de colores...		S N	0 1
	II. y se usa para poner en las paredes.		S N	
	10. I. Esta es una habitación donde la gente duerme.		S N	0 1
	11. I. Proviene de los charcos/estanques en la costa del mar...		S N	0 1
	II. y se usa para (aderezar, condimentar, sazonar) los alimentos.		S N	
	12. I. Nacen al pie de las montañas...		S N	0 1
	II. y por lo general desembocan en el océano.		S N	
	13. I. Son los responsables de que tu cuerpo funcione...		S N	0 1
	II. y algunos de ellos se pueden transplantar.		S N	
	14. I. Conduce a nuevos descubrimientos...		S N	0 1
	II. y comprende un proceso con una serie de pasos...		S N	
	III. y puede incluir experimentos.		S N	

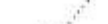


Anexo B. Protocolo del Test Gestáltico Visomotor de Bender

TEST PERCEPTIVO VISOMOTRIZ DE BENDER-KOPPITZ

Nombre del alumno: _____ Sexo: _____
 Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Grupo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Fecha de aplicación: _____ Edad: _____ años _____ meses

Tiempo empleado para completar el test (es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos)		Límite Crítico		
		Edad	Intervalo	
Comienza: _____	Largo: Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar dificultades perceptivo-motoras. Corto: Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento escolar (o alta capacidad).	5 años	3 a 10 min.	
Termina: _____		5 ½ años	4 a 10 min.	
TOTAL: _____ minutos		6 a 8 ½ años	4 a 9 min.	
		9 a 10 años	4 a 8 min.	

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa.	P. D.	INDICADORES DISFUNCIÓN (*) Común. Inmadurez funcional (**) Casi exclusivo de DCM
A 	1. Distorsión forma: 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado.....		* En todas las edades (adición u omisión de ángulos)
	1b. Desproporción (uno es el doble).....		* (> 6 años)
	2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.....		* En todas las edades
1 	3. Integración (separ/solapam. > 3 mm en la unión)...		* En todas las edades
	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....		* En todas las edades
	5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo).....		** En todas las edades
2 	6. Perseveración (> 15 puntos por fila).....		** (> 7 años)
	7. Rotación.....		* (> 8 años)
	8. Integración: Omisión/adición filas. 4 ó + círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....		** (> 6 años)
3 	9. Perseveración (> 14 columnas).....		** (> 7 años)
	10. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....		* (> 6 años)
	11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta).....		* (> 7 años)
4 	12. Integración (forma no conseguida): 12a. Desintegración del diseño.....		* (> 5 años)
	12b. Línea continua en vez de hileras de puntos.....		** En todas las edades
	13. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.....		** En todas las edades
5 	14. Integración (separación o superpos. > 3 mm.).....		* En todas las edades
	15. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....		* (> 8 años)
	16. Rotación 45° o más (total o parcial).....		* En todas las edades
6 	17. Integración: 17a. Desintegración: recta o círculo de puntos (no arco), la extensión atraviesa el arco.....		
	17b. Línea continua en vez de puntos.....		** En todas las edades
	18. Distorsión de la forma: 18 a. Tres o más ángulos en vez de curvas.....		* (> 7 años)
7 	18 b. Líneas rectas.....		** En todas las edades
	19. Integración (cruzan mal).....		* En todas las edades
	20. Perseveración (6 ó + sinusoides completos en cualquiera de las dos líneas).....		** (> 7 años)
8 	21. Distorsión forma: 21 a. Desproporción tamaño (el doble).....		* (> 7 años)
	21 b. Deformación hexágonos (> < n° ángulos).....		* (> 8 años)
	22. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.....		* (> 6 años)
9 	23. Integración (no se superponen o lo hacen demasiado, un hexágono penetra totalmente).....		* (> 6 años)
	24. Distorsión forma (deformada, > < n° ángulos).....		* (> 6 años)
	25. Rotación eje en 45° o más.....		** En todas las edades
P. D. TOTAL (máx. 30): _____		Edad de maduración visomotriz: _____	De _____ años _____ meses a _____ años _____ meses

TEST DE BENDER-KOPPITZ: INDICADORES DE DESAJUSTE EMOCIONAL (Koppitz, 1974)

Los doce indicadores diferencian entre niños con problemas emocionales y sin ellos. Los seis subrayados muestran significación estadística y tienen valor diagnóstico tanto por separado como en número de los mismos presentes en un protocolo: hay significación estadística si aparecen 3 o más indicadores. Más del 50% de niños con 3 indicadores, el 80% con 4 indicadores, y el 100% de los niños con 5 o más, presentan serios desajustes emocionales. Los dos últimos tienen gran significación clínica pero no estadística, por ser poco frecuentes.

I. Orden confuso: Figuras distribuidas al azar, sin ninguna secuencia lógica (y no por falta de espacio).	Falta de capacidad para planificar, ordenar el material. Confusión mental. Común de 5 a 7 años. Significativo a partir de esa edad.	
II. Línea ondulada (Fig. 1 y/o 2): Dos o más cambios en la dirección de la línea de puntos-círculos (No puntúa si es rotación).	Inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad, bien por déficit de CVM o por dificultades de control motor debidas a tensiones emocionales. Puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.	
III. Rayas en lugar de círculos (Fig. 2): La mitad o más de los círculos son rayas (de 2 mm. o más).	Impulsividad, falta de interés o de atención. Niños preocupados por sus problemas o que tratan de evitar hacer lo que se les pide.	
IV. Aumento progresivo del tamaño (Fig. 1, 2 y 3): Los puntos y círculos últimos son el triple que los primeros.	Baja tolerancia a la frustración y explosividad. Normal en niños pequeños. Valor diagnóstico a medida que los niños crecen.	
V. Gran tamaño (macro grafismo): Uno o más de los dibujos es un tercio más grande que el de la tarjeta.	"Acting out" (descarga de impulsos hacia fuera, en la conducta) Dificultades de procesamiento mental.	
VI. Tamaño pequeño (micro grafismo): Uno o más dibujos son la mitad que el modelo.	Ansiedad, conducta retraída, timidez.	
VII. Líneas finas: Casi no se ve el dibujo.	Timidez y retraimiento.	
VIII. Repaso del dibujo o de los trazos: El dibujo o parte está repasado o reformado con líneas fuertes, impulsivas.	Impulsividad, agresividad y conducta "acting out".	
IX. Segunda tentativa: Abandona o borra un dibujo antes o después de terminarlo y empieza de nuevo en otro lugar de la hoja (no se computa si borra y lo hace en el mismo lugar).	Niños que saben que no lo hacen bien, pero son impulsivos y les falta el control interno necesario para borrar y corregir cuidadosamente la parte incorrecta. No termina lo que le resulta difícil, abandona. También se da en niños ansiosos que asocian significados particulares a los dibujos.	
X. Expansión: Empleo de dos o más hojas.	Impulsividad y conductas "acting out". Normal en preescolares, después aparece casi exclusivamente en niños deficientes y perturbados emocionalmente.	
XI. Marco alrededor de las figuras.	Pobre autocontrol, necesitan y quieren límites y controles externos.	
XII. Cambios o añadidos.	Niños abrumados por temores y ansiedades o por sus propias fantasías. Débil contacto con la realidad.	
TOTAL NÚMERO DE INDICADORES EMOCIONALES:		

OBSERVACIONES: Comportamiento, estilo de enfrentar una tarea nueva (marcar lo que proceda):

- ☐ **Niño bien adaptado.** Muestra confianza en sí mismo, pone atención, analiza antes de copiar los dibujos. Buen control del lápiz y trabaja cuidadosamente. Se da cuenta de fallos y trata de corregirlos. Está satisfecho con el resultado.
- ☐ **Niño con dificultades de comportamiento y/o de aprendizaje.** Intenta retardar la tarea. Trabaja deprisa sin mirar previamente las figuras. O bien, trabaja lentamente, recuenta, expresa gran insatisfacción con su trabajo.
- ☐ **Inseguro.** Necesita que constantemente se les anime y se le dé confianza. Pregunta si lo está haciendo bien.
- ☐ **Pobre control interno y/o coordinación visomotriz inmadura.** Se va frustrando, se fatiga, los dibujos van empeorando.
- ☐ **Perfeccionista.** Expresa exigencia, cuando en realidad lo están haciendo bastante bien.
- ☐ **Falta de atención.** Errores por descuido, omite detalles, necesita ayuda para ir más despacio.
- ☐ **Tiempo corto o rápido.** (Promedio: 6' 20". Con problemas: 5' 19". Hiperactivos: 4 minutos 41 segundos).
- ☐ **Obsesivo.** Alinea, numera las figuras... con extrema lentitud, cuidado y esfuerzo.
- ☐ **Se esfuerza en compensar dificultades.** Trabaja de memoria, se ayuda con auto-instrucciones verbal o subverbalmente, traza la figura con el dedo o en el aire, "anclaje", etc.

CONCLUSIONES: De la madurez perceptivo-visomotriz y su relación con: puntuaciones de corte, otros tests (CI, EM), grupo social, rendimiento escolar, trastornos específicos de aprendizaje, ritmo de maduración y aplicaciones anteriores, factores emocionales y posibles indicadores de disfunción.

Puntaje	Edad de maduración	Puntaje	Edad de maduración	Puntaje	Edad de maduración
≥ 21	Menor a 4 años 0 meses	13	5 años 0 meses / 5 años 1 mes	6	7 años 0 meses / 7 años 5 meses
20	4 años 0 meses	12	5 años 2 meses / 5 años 3 meses	5	7 años 6 meses / 7 años 11 meses
19	4 años 1 mes	11	5 años 4 meses / 5 años 5 meses	4	8 años 0 meses / 8 años 5 meses
18	4 años 2 meses / 4 años 3 meses	10	5 años 6 meses / 5 años 8 meses	3	8 años 6 meses / 8 años 11 meses
17	4 años 4 meses / 4 años 5 meses	9	5 años 9 meses / 5 años 11 meses	2	9 años 0 meses / 9 años 11 meses
16	4 años 6 meses / 4 años 7 meses	8	6 años 0 meses / 6 años 5 meses	1	10 años 0 meses / 10 años 11 meses
15	4 años 8 meses / 4 años 9 meses	7	6 años 6 meses / 6 años 11 meses	0	11 años 0 meses / 11 años 11 meses
14	4 años 10 meses / 4 años 11 meses				

Nombre y firma del aplicador: _____

Anexo C. Protocolo de la Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad - EDAH

EDAH

HOJA DE ANOTACIÓN

NOMBRE: _____
 INSTITUCIÓN: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO UN CIRCULO EL GRADO EN QUE EL ESTUDIANTE PRESENTA CADA UNA DE LAS CONDUCTAS DESCRITAS

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3	H
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3	DA
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3	H
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3	DA
5	Exige inmediata solución a sus demandas	0	1	2	3	H
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3	TC
7	Está en las nubes , ensimismado	0	1	2	3	DA
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3	DA
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3	TC
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3	TC
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3	TC
12	Contesta con facilidad. Es irrespetuoso, arrogante	0	1	2	3	TC
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3	H
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3	TC
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3	TC
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3	TC
17	Es impulsivo e irritable	0	1	2	3	H
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3	TC
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, inconstante	0	1	2	3	DA
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3	TC

RESUMEN DE PUNTUACIONES	BAREMO	H	DA	TC	H+DA		H+DA+TC		
	PD								
	CENTIL								

Anexo D. Registro semanal línea base de frecuencia de conductas problema del paciente

Conductas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
No mantiene contacto visual al dialogar.	5	3	4	2	4	2	3	23
Se levanta de su asiento sin permiso en hora de clase en el colegio.	5	4	8	4	9	2	6	38
Se mueve de un lado a otro constantemente sin permanecer en un lugar específico.	2	5	1	5	5	4	3	25
Coge objetos ajenos sin pedir permiso.	2	1	2	2	3	2	2	14
Desatención recurrente en el hogar y la escuela.	4	5	3	1	5	2	4	24
No sigue instrucciones.	5	7	4	3	3	4	7	33
Realiza pataletas cuando las personas se niegan satisfacer sus demandas.	5	2	4	4	6	7	9	37

Fuente: Elaboración propia.

Anexo E. Última semana de registro de frecuencia de conductas problema del paciente con tratamiento cognitivo conductual

Conductas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
No mantiene contacto visual al dialogar.	1	2	4	1	4	2	0	14
Se levanta de su asiento sin permiso en hora de clase en el colegio.	5	2	7	1	7	2	1	25
Se mueve de un lado a otro constantemente sin permanecer en un lugar específico.	2	0	1	5	2	4	3	17
Coge objetos ajenos sin pedir permiso.	3	1	0	2	1	0	2	9
Desatención recurrente en el hogar y la escuela.	4	1	2	1	3	2	4	17
No sigue instrucciones.	3	8	4	1	3	4	6	29
Realiza pataletas cuando las personas se niegan satisfacer sus demandas.	5	2	4	4	8	6	4	33

Fuente: Elaboración propia.

Anexo F. Registro semanal línea base de duración de conductas problema del paciente

Conductas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total Horas
No mantiene contacto visual al dialogar.	2h	1h	1h	1h	1h	2h	0h	9h
Se levanta de su asiento sin permiso en hora de clase en el colegio.	1h	1h	1h	0h	1h	1h	1h	6h
Se mueve de un lado a otro constantemente sin permanecer en un lugar específico.	3h	1h	1h	1h	1h	3h	4h	14h
Coge objetos ajenos sin pedir permiso.	0h	0h	1h	0h	0h	0h	1h	2h
Desatención recurrente en el hogar y la escuela.	4h	2h	4h	3h	1h	3h	4h	21h
No sigue instrucciones.	1h	0h	0h	1h	1h	0h	1h	4h
Realiza pataletas cuando las personas se niegan satisfacer sus demandas.	4h	0h	1h	1h	1h	3h	2h	12h

Fuente: Elaboración propia.

Anexo G. Última semana de registro de duración de conductas problema del paciente con tratamiento cognitivo conductual

Conductas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total Horas
No mantiene contacto visual al dialogar.	0h	1h	1h	1h	0h	0h	0h	3h
Se levanta de su asiento sin permiso en hora de clase en el colegio.	1h	0h	0h	0h	1h	0h	0h	2h
Se mueve de un lado a otro constantemente sin permanecer en un lugar específico.	0h	1h	0h	1h	1h	1h	1h	5h
Coge objetos ajenos sin pedir permiso.	0h	0h	1h	0h	0h	0h	0h	1h
Desatención recurrente en el hogar y la escuela.	1h	2h	4h	3h	0h	1h	2h	13h
No sigue instrucciones.	1h	0h	0h	1h	0h	0h	0h	2h
Realiza pataletas cuando las personas se niegan satisfacer sus demandas.	2h	0h	1h	1h	2h	1h	1h	8h

Fuente: Elaboración propia.

Anexo H. Consentimiento informado para aplicar la intervención en el paciente

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN
PSICOLOGICA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD**

Tengo la plena seguridad que el amparo de la ley N°20733, ley de protección de datos personales y su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°003-2013-JUS resguardan en todo momento la información de enfermedades, creencias, orientación sexual, lo relacionado a la intimidad sexual, religión, hábitos o costumbres culturales y sobre todo la identidad de mi menor hijo, en cumplimiento de las leyes en mención.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 28 marzo del 2022

Hora: 14:00 pm

Quisiera dejar constancia que he tomado conocimiento de la finalidad de su trabajo académico para optar el título de la Segunda Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual, mismo que es realizado por la psicóloga Marcela Natividad Huiza Núñez identificada con DNI N°10092429, en condición de Investigadora de la **Intervención cognitivo conductual aplicado un niño con diagnóstico de TDAH.**

Yo, declaro haber sido informada de los procedimientos de la intervención del trabajo académico y manifiesto que se han resuelto todas mis inquietudes al respecto, consiente de mis derechos y de forma voluntaria, doy mi consentimiento para el uso de información y/o aplicación de instrumentos de recolección de datos que permitirá ratificar la eficacia de la terapia cognitivo conductual mediante una evaluación pre y post tratamiento de mi menor hijo.

.....
Firma o huella del apoderado(a).
DNI:.....

.....
Firma o huella de la psicóloga.
DNI:.....