



**UNIVERSIDAD LAICA VICENTE ROCAFUERTE
DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

CASO DE ESTUDIO

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN NIÑO CON
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**

AUTORES

GABRIELA GISEL ORELLANA DEL PEZO

GUAYAQUIL

2023

CERTIFICADO DE SIMILITUD

TDAH			
INFORME DE ORIGINALIDAD			
5%	5%	1%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
FUENTES PRIMARIAS			
1	view.genial.ly Fuente de Internet	3%	
2	Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana Trabajo del estudiante	1%	
3	Submitted to Fundación Universitaria Fray Francisco Jiménez de Cisneros Trabajo del estudiante	1%	
4	repositorio.ulvr.edu.ec Fuente de Internet	1%	
Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Activo		

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
CERTIFICADO DE SIMILITUD	ii
ÍNDICE GENERAL.....	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción del caso.....	3
1.2 Contexto Personal	3
1.3. Contexto Escolar	4
1.4. Contexto Familiar.....	5
1.5. Objetivo general:.....	5
1.6. Objetivos específicos:.....	5
II. ANÁLISIS.....	6
2.1. Metodología.....	6
2.2. Evaluación	7
III. PROPUESTA.....	10
Tabla 1. Actividades de intervención psicológica en el caso M.....	11
IV. CONCLUSIONES	13
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
VI. ANEXOS.....	19

I. INTRODUCCIÓN

En niños y adolescentes, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una enfermedad del neurodesarrollo bastante frecuente. Consiste en un trastorno neurobiológico, originado en el cerebro, que altera la capacidad del niño, adolescente o adulto para concentrarse, controlar su comportamiento (impulsividad) y regular su actividad motora (hiperactividad). Tiene importantes efectos conductuales, intelectuales, psicológicos y sociales que repercuten negativamente tanto en la calidad de vida de la víctima como en la de su familia. (Nicolau, R., Díez, A. & Soutullo, C., 2014).

Se distingue no sólo por cambios afectivos significativos, tanto emocionales como motivacionales, sino también por disfunciones cognitivas.

Cuando un niño presenta un patrón de conductas persistentes que son más frecuentes y graves de lo que es típico para su edad y etapa de desarrollo, se dice que tiene TDAH. Además, estos comportamientos dificultan gravemente las tareas cotidianas, así como el rendimiento académico o profesional, según el Manual Diagnóstico DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

Los niños hiperactivos se mueven con frecuencia (inquietud psicomotriz), lo que los demás consideran una actividad excesiva. También les cuesta estarse quietos, se retuercen en la silla, se ponen de pie y modifican la postura. (American Psychiatric Association, 2013). A nivel académico, hablan con frecuencia de forma excesiva e inadecuada, les cuesta calmarse y relajarse y tienen muchos problemas para jugar al juego normativo.

La falta de atención dificulta centrar la atención, mantenerla a lo largo del tiempo o emplear su capacidad adaptativa de forma productiva. Estos problemas de atención pueden darse no sólo en personas con TDAH, sino también en personas con otras enfermedades. (Quintero Gutierrez del Alamo, Correas Lauffer, & Quintero Lumbreras, 2009).

Muestran una alta capacidad de distracción en su trabajo académico, por lo

que es fácil que cualquier factor inusual capte su atención. No parecen prestar atención cuando se les habla, lo que les dificulta comprender las directrices de padres y profesores y, en consecuencia, provoca su incumplimiento. Como las tareas complejas y los deberes escolares les parecen monótonos y aburridos, les cuesta prestar atención y mantener la concentración. En consecuencia, muchos de ellos necesitan ayuda externa para completar estas tareas. A menudo, la escritura les resulta difícil y mediocre. La motivación a largo plazo para realizar tareas es un reto para ellos, especialmente cuando no hay un refuerzo instantáneo. Esto da lugar a quejas y a la búsqueda de atención por parte de adultos y compañeros.

La interacción social con los compañeros se ve frecuentemente obstaculizada por el subdesarrollo común de las habilidades sociales. En algunos casos, la impulsividad y la hiperactividad, así como la falta de atención, son las causas de estos problemas. Algunos niños con TDAH pasan mucho tiempo solos, se sienten excluidos de su grupo de edad o prefieren jugar con niños más pequeños que puedan tolerar más fácilmente sus síntomas. También tienen problemas importantes para adaptarse a los cambios de rutina, sobre todo al volver de vacaciones. (McCormick, 2000). La autoestima de estos pacientes es especialmente frágil debido a la combinación de sus dolencias.

De este modo, en relación con el paciente infantil, el presente estudio de caso pretende mejorar sus recursos cognitivos como medio para mantener e incrementar la atención necesaria en las tareas académicas. Este fin general se concreta en los siguientes objetivos: a) disminuir el porcentaje de error registrado en los ejercicios y actividades escolares que requerían atención sostenida, y mejorar su ejecución hasta un nivel similar o superior en las condiciones evaluadas, y b) motivar al paciente para que aplique técnicas cognitivas de resolución de problemas en un esfuerzo por disminuir el déficit atencional que le caracteriza.

El objetivo de este trabajo es dejar constancia del procedimiento terapéutico seguido en un caso relacionado con un menor de la ciudad de Guayaquil, a quien denominaremos Mario, género masculino de 7 años diagnosticado con TDAH. Para ello, se facilitan datos relativos a la evaluación mediante una batería de pruebas psicométricas administradas al niño, así como mediante entrevistas y cuestionarios a

los padres y al profesor del centro, diagnóstico e intervención del niño.

1.1 Descripción del caso

Los padres traen a consulta a su hijo a quien llamaremos por la inicial de su nombre: M, de 7 años, que va a empezar el 2º año de EGB y es el mediano de 3 hermanos. No ha tenido que repetir curso. M tuvo inconvenientes para seguir el ritmo de la clase de 1º año. En educación inicial era bastante inquieto en clase. Ha tenido que acudir en muchas ocasiones al servicio de urgencias por consecuencias de caídas, cortes y algunos accidentes de bicicleta, porque hace las cosas sin pensar.

El motivo de consulta fue la dificultad para seguir el ritmo de la clase en el aula y una excesiva inquietud psicomotriz. En casa evita hacer deberes, debiendo obligarlo a terminarlos, caso contrario los hace rápido sin importarle hacerlos mal. En las actividades de su vida diaria le cuesta seguir instrucciones que tienen varios pasos (como «ponte el pijama» y «ven a cenar»), frecuentemente la madre lo encuentra realizando otra actividad porque ha olvidado lo que se le ha solicitado.

Adicionalmente, se mueve constantemente, se levanta de su asiento, se distrae fácilmente en clases, interrumpe, contesta sin dejar que se termine la pregunta y es muy impaciente. Sus notas están bajando y seguir el ritmo de la clase es cada vez más difícil como consecuencia de estos problemas en casa y en la escuela.

1.2 Contexto Personal

Como datos de su nacimiento, se ha recabado la siguiente información: Nació a las 40 semanas, pesó 3.300 g la madre tuvo un parto vaginal normal; no necesitó reanimación ni incubadora y el embarazo fue normal. Aprendió inglés rápidamente y es muy comunicativo con todos los que le rodean. El desarrollo del área de lenguaje sin ninguna dificultad y su capacidad de lectura está mejorando. Los padres informan de que no es tímido, que suele llevarse bien con otros niños, que duerme bien, que no tiene miedo a la oscuridad, a dormir solo o a estar solo en su habitación y que no

llora excesivamente cuando va al colegio. Puede quedarse en casa de su abuela o con un cuidador si sus padres tienen que salir a cenar, por ejemplo.

1.3. Contexto Escolar

Se lleva bien con los demás niños del colegio, aunque no mantiene amistades a largo plazo; pasa de un grupo a otro; de estar en el equipo de fútbol a apuntarse a judo y, al cabo de unas semanas, suplica que le cambien al grupo de atletismo. Se frustra cuando no le hacen caso o no juegan lo que él dice o como él quiere, se irrita y puede gritar o insultar.

La docente tutora de curso, demanda ayuda explícitamente debido a los problemas y dificultades que observa en el niño durante las clases.

Según sus informes existen alteraciones del comportamiento y rendimiento académico. A juicio de la maestra, M pierde fácilmente el control, «es explosivo» e irritable, tiene dificultades para controlar su comportamiento, tolera con dificultad los retrasos a sus demandas y exigencias. Se muestra agresivo física y verbalmente contra sus compañeros y el instructor, a los que culpa de no prestarle atención o de no hacerle caso. Con los compañeros de clase son habituales las peleas físicas en situaciones de juego y los insultos.

En cuanto a los retos y déficits académicos, se ha observado que el niño tiene dificultad para mantener la concentración y falta de perseverancia en la realización de las actividades escolares que debe completar regularmente. M se fatiga con regularidad y abandona las actividades, dejándolas sin culminar. Del mismo modo, tiene dificultades para seguir la lectura y comete varios errores de escritura, incluso al copiar un texto. Se distrae fácilmente ante cualquier ruido, comentario o imprevisto que tenga lugar. En general, trabaja menos y de forma menos continua que sus compañeros, siendo su rendimiento académico muy bajo. Su ritmo de aprendizaje es lento y requiere supervisión continua por parte de la profesora, quien además le ayuda a persistir en la realización de los ejercicios proporcionándole explicaciones y aclaraciones personalizadas de las actividades y tareas escolares comunes.

1.4. Contexto Familiar

Los problemas conductuales y déficits de atención detectados en la escuela también se observan en casa. Tiene dificultades para cumplir las normas que rigen la vida familiar y son continuas las disputas y conflictos con los hermanos. Los padres, para controlar su comportamiento, suelen recurrir a castigos desmesurados que habitualmente incumplen. Se quejan, asimismo, de la atención y dedicación

Debido a lo mencionado, se plantean los siguientes objetivos:

1.5. Objetivo general:

Proponer un programa de intervención psicológica para la atención a un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

1.6. Objetivos específicos:

Identificar las áreas afectadas en el estudiante con Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad.

Proponer una intervención que conlleve a la solución de este caso

Se plantan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las dificultades en los ejercicios y actividades escolares que requieren mayor atención y de qué manera podemos mejorar su ejecución hasta un nivel superior en las condiciones evaluadas?

¿Cómo podemos fomentar en el paciente el empleo de estrategias cognitivas de solución de problemas, a fin de aminorar el déficit atencional que le caracteriza?

II. ANÁLISIS

2.1. Metodología

Este caso, dadas las características y forma de manifestación, así como la situación en la que se emite la conducta objeto de modificación (ejecución del paciente en tareas académicas que exigen atención sostenida), se seleccionó, teniendo en cuenta que esta conducta deja un resultado, un producto duradero de su emisión, el porcentaje de errores que cometía el individuo como parámetro para registrar dicha conducta y a partir del cual determinar la eficacia del tratamiento.

Las observaciones conductuales permiten diferenciar que los comportamientos problemáticos del caso originan frecuentes llamadas de atención de la profesora, y en ocasiones, risas de los compañeros. En ocasiones, la maestra lo castiga, quedando comprobado que durante el tiempo de castigo los comportamientos problemáticos permanecen controlados. Sin embargo, las deficiencias atencionales, características de los niños hiperactivos, no parecen asociadas a circunstancias ambientales, si bien el rendimiento, ejecución y concentración del niño en las tareas escolares se ven afectados de forma adversa cuando anteriormente se han producido episodios conflictivos entre M y sus compañeros (especialmente después del recreo).

Las deficiencias y problemas atencionales influyen de forma adversa en la ejecución escolar diaria del niño, que va retrasado respecto a sus compañeros, y en consecuencia perjudican su rendimiento académico e interfieren en su adaptación social. M interactúa con sus pares sin dificultad hasta que tiene episodios de frustración, puesto que, si no quieren jugar como él quiere o hacer lo que le gusta lo dejan al margen de los juegos y actividades grupales por su comportamiento problemático. Son habituales los enfados por su negativa a aceptar las normas del juego, circunstancias que originan frecuentes disputas y conflictos.

Las dificultades académicas evidentes unidas a los problemas de comportamiento que provocan castigos, riñas y reproches diarios, tanto por parte de sus padres como de la profesora, influyen en la baja autoestima y pésimo concepto que tiene el niño de sí mismo. Al indagar sobre el tema, M se considera torpe al

compararse con los niños de su mismo grupo de edad y escolaridad, de ahí su interés por mejorar que manifiesta al explicarle los beneficios académicos y sociales que el tratamiento le generará.

2.2. Evaluación

El proceso de evaluación comprende una batería de pruebas psicométricas aplicadas a M, entrevista y cuestionario a los padres y cuestionario a la docente tutora del colegio.

Pruebas psicométricas administradas a M:

En una primera fase, se realiza una evaluación de su capacidad intelectual, a continuación, se recoge información sobre un posible TDAH mediante cuestionarios a los padres y evaluación de las funciones ejecutivas, y después se mide la autoestima mediante un cuestionario.

Capacidad intelectual

Para evaluar la capacidad intelectual se utiliza la batería WISC-IV (Wechsler, 2005), que proporciona información sobre la capacidad intelectual general del niño (CI TOTAL), así como sobre su funcionamiento en las principales áreas específicas de la inteligencia (comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento).

Como resultado M obtuvo un CI total de 94 teniendo una puntuación media en inteligencia. Comparando los resultados obtenidos en las diferentes escalas se observan puntuaciones medio-bajas.

Funciones ejecutivas y cuestionario TDAH

El objetivo es recoger datos sobre memoria, impulsividad y atención. Además de las aportaciones de padres y docentes.

CSAT (Servera, 2004)

El objetivo de esta prueba es evaluar la capacidad de atención sostenida del niño mediante una tarea de vigilancia.

Los resultados de la prueba de M. muestran que tiene una baja capacidad atencional y discriminativa, ya que comete errores debido a su impulsividad.

MFF-20 (Cairns, 2002)

El *MFF-20* evalúa el constructo Reflexividad-Impulsividad, que se refiere a la forma en que el niño aborda tareas caracterizadas por la incertidumbre, es decir, la presencia de varias opciones de respuesta, de las cuales sólo una es correcta. Esto permite situar al joven evaluado en una escala que va de la reflexividad a la impulsividad. Esta característica es fundamental para evaluar el rendimiento académico del niño, así como su adaptación personal y social.

Según las puntuaciones obtenidas, en esta situación son evidentes los problemas de impulsividad (centil 90).

EDAH (García, Anna Farré i Riba y Juan Narbona, 2013).

Su objetivo es recoger datos sobre el comportamiento habitual del niño para diagnosticar un trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Proporciona un enfoque de observación sistemática para los profesores, que consta de 20 elementos sencillos de aprender y que requieren poca inversión de tiempo. Las puntuaciones se calculan utilizando cuatro escalas: hiperactividad (H), déficit de atención (DA), hiperactividad con déficit de atención (DA+DA) y trastorno de conducta. Se han creado puntos de corte basados en parámetros estadísticos y epidemiológicos para ayudar al evaluador a emitir juicios diagnósticos. Estos puntos deciden si la afección presenta dos categorías de riesgo: riesgo moderado y riesgo alto.

El cuestionario se aplicó, por una parte, al profesor y, por otra, a la madre y al padre de forma independiente. Las respuestas a cada ítem se valoraron en una escala de 0 a 3 sobre 19, según el grado de frecuencia con que se percibía la conducta descrita: Nada=0, Poco=1, Bastante=2 y Mucho=3.

Basándose en los resultados, se concluye que M. tiene puntuaciones altas en (H) según sus padres, así como puntuaciones altas en (DA) según su docente tutor. En resumen, la madre de M. le ha dado una puntuación alta en H+DA, mientras que

tanto el padre como el tutor de M. le han dado una puntuación límite (de sin riesgo a riesgo moderado).

Autoestima

AF5 (García, F.; & Musitu, G., 1999).

Es un cuestionario que examina el autoconcepto social, académico/profesional, emocional, familiar y físico. M tiene un autoconcepto bajo sobre su aspecto físico, pero un buen autoconcepto sobre su vida social y familiar, según los datos.

Tras las pruebas psicométricas y las entrevistas clínicas realizadas a lo largo de numerosas sesiones, se determinó que M tenía una capacidad intelectual media en comparación con la población de características similares. Por otra parte, las entrevistas con M, los cuestionarios cumplimentados tanto por los padres como por el profesor, y los resultados de las pruebas psicométricas, concuerdan con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según los criterios diagnósticos del DSM-IV (Frances, A., First, M. B., & Pincus, H. A., 1997)

III. PROPUESTA

En el caso de M., se decidió llevar a cabo una intervención en la que participaron la familia, la escuela y el niño. Se realizan reuniones periódicas con el tutor del colegio como parte del proceso terapéutico para recabar información e intentar alinear los objetivos establecidos desde el punto de vista psicológico y académico.

M. se mostraba agresivo en el ámbito familiar, insultando y cometiendo importantes faltas de respeto. Desobedecía a sus profesores y no hacía las tareas que le solicitaban en el colegio. En consecuencia, los objetivos terapéuticos se centraron en mejorar la autoestima y disminuir las conductas disruptivas. La instrucción de este caso se basó en enfoques cognitivo-conductuales.

Al inicio, se utilizaron técnicas para fomentar el comportamiento deseable tanto en el aula como en casa: los profesores y los padres utilizaron el refuerzo positivo (elogios, atención, recompensas, etc.) con él, lo que requería que M. hiciera algo que no le gustaba como condición para obtener algo que le gustaba, con resultados positivos en ambos contextos.

La extinción, el tiempo fuera y el coste de respuesta, por otro lado, fueron las estrategias utilizadas para minimizar la conducta inadecuada. La combinación de estas estrategias para mejorar la conducta de M. dio lugar a la creación de un sistema de economía de fichas, que se utilizó para mejorar su comportamiento en las clases de inglés y música, en las que tenía que anotar los deberes en su agenda al final de cada sesión y comportarse en clase.

En la intervención psicológica se implementó el programa para mejorar la autoestima PIELE (Hernández, P., & García, M. D., 2004). Este programa mejora el autoconcepto, corrige los modelos cognitivos, regula las reacciones emocionales y mejora la capacidad de aceptar y superar obstáculos a nivel personal. A nivel social, fomenta la comunicación y la colaboración al tiempo que potencia la noción positiva de los demás. Promueve el desarrollo de excelentes hábitos de trabajo en las escuelas y la adquisición de actitudes de comprensión, autonomía y ayuda en las

familias.

El ambiente familiar se caracterizaba por ausencia de normas claras de disciplina y de pautas conductuales adecuadas, También de cierta flexibilidad respecto a las funciones adoptadas por los distintos miembros de la familia y escasas habilidades limitadas de los progenitores para manejar el comportamiento disruptivo del niño en el contexto familiar. Por estos motivos, el entrenamiento a los padres se desarrolló en torno a tres elementos destacados: a) análisis de las interacciones padres-hijo. Al respecto se describieron y analizaron distintas situaciones problema y se plantearon estrategias y alternativas de solución a los problemas y dificultades que presentaba el niño; b) entrenamiento específico centrado en discriminar las conductas problemáticas de su hijo, haciendo hincapié en los acontecimientos previos y consecuencias posteriores. Se enfatizó la necesidad de establecer reglas explícitas de funcionamiento, formuladas de forma positiva, clara y comprensibles para el niño, y c) también se les enseñó a reforzar comportamientos adaptados e ignorar conductas alteradas.

A continuación, se recomendó el control ambiental y las tareas escolares que M debía realizar, se desarrollaron dos actuaciones que destacaron durante el tiempo que se prolongó la intervención. Por un lado, modificar las circunstancias ambientales relacionadas con las conductas seleccionadas para tratamiento, y por otro, programar las tareas académicas previstas por la profesora, adaptadas según criterios de dificultad progresiva y secuencial, al tiempo que se proporcionó material acorde con las limitaciones señaladas.

Resumen de la propuesta

Tabla 1. Actividades de intervención psicológica en el caso M.

Área Cognitiva	Área Familiar	Área Escolar
Instrucciones y asignaciones adaptadas para su caso.	Reglas explícitas y claras y que sean respetadas por M.	Brindar retroalimentación de manera frecuente en sus actividades.

<p>Cambios en el entorno para prevenir distracciones.</p> <p>Ayuda adicional para que se mantenga organizado en diversas actividades.</p>	<p>Saber ignorar un comportamiento e ignorar conductas inadecuadas o alteradas.</p> <p>Aplicar refuerzo positivo e indicarle que debe de culminar sus actividades asignadas.</p>	<p>Aviso sobre cambios de rutinas con anticipación para evitar reacciones innecesarias.</p> <p>Dejar bien claras las asignaciones de clase y las tareas.</p>
---	--	--

Nota: Resumen de la propuesta del caso M

Elaborado por: Orellana (2023)

Evaluación postratamiento

Una vez concluida la intervención se procedió a evaluar el rendimiento del niño y su ejecución de actividades cotidianas, del aprendizaje académico acumulado durante el período escolar que coincidió con la aplicación del tratamiento descrito anteriormente.

Se observaron mejoras en todas las categorías tras dos años de intervención. Ha mejorado conductualmente tanto en casa como en la escuela, con una disminución significativa de las conductas disruptivas en el aula y de hostilidad en casa.

IV. CONCLUSIONES

Con el desarrollo de este trabajo se han podido trabajar y construir las múltiples competencias especificadas al inicio del mismo, así como crear una propuesta de intervención que se ha llevado a cabo. Como resultado, se han cumplido los objetivos generales y particulares iniciales del trabajo.

Por otro lado, se elaboró una propuesta de intervención centrada en las áreas donde el caso estudiado presenta mayores necesidades, diseñando sesiones adaptadas a las necesidades socioemocionales del niño con TDAH. Esto se ha puesto en práctica, obteniendo resultados satisfactorios.

Se han analizado los efectos del tratamiento administrado a partir de los siguientes criterios:

- 1) Cambios en la ejecución del niño en tareas que requieren atención sostenida, estimados a partir del porcentaje de error observado en las actividades propuestas.
- 2) Mejoría en el comportamiento general del niño observado en el ambiente natural, estimada en función de los informes proporcionados por los adultos (padres, profesora y otros docentes no implicados directamente en la intervención) a través de entrevistas posteriores al fin de la terapia.

Los informes favorables de los adultos señalaban una mejoría general, especialmente en el ámbito de la impulsividad e intolerancia que caracterizaba su comportamiento, efectos probablemente asociados al entrenamiento cognitivo desarrollado. La profesora destacaba un control más eficaz de su conducta en situaciones que anteriormente desencadenaban discusiones e irritabilidad, apreciándose, asimismo, menos signos de oposición respecto a las indicaciones de los profesores y mayor aceptación de las normas escolares y de las consecuencias que seguían a sus conductas.

Los padres, por su parte, hacían hincapié en la mejora de las relaciones con su hijo, observaban más tolerancia, aumento de las posibilidades de aproximar criterios y puntos de vista, y de negociar sobre cuestiones tan relevantes como horario de

trabajo en casa y las actividades de ocio.

Respecto a la participación e implicación de los padres, ha quedado probado que el entrenamiento individualizado, personalizado en cuanto a las características y demandas explícitas del caso, seguido de controles periódicos de su actuación, contribuyó a incrementar sus resultados. Además de la información detallada del trastorno identificado y del procedimiento terapéutico diseñado, el trabajo específico desarrollado mediante ensayos conductuales y modelado para modificar las interacciones conflictivas con su hijo, unido al control de su actuación respecto al comportamiento del niño, han contribuido a incrementar su motivación y adherirse a las indicaciones terapéuticas recomendadas, circunstancias que repercutieron favorablemente en el comportamiento del paciente. Los cambios observados en la ejecución del niño y en su conducta se vieron influidos por las incidencias ambientales que cursaron durante el desarrollo de la intervención.

El progreso del paciente en el período dedicado a entrenamiento cognitivo ha fluctuado según las circunstancias familiares. Ha quedado de manifiesto que el tratamiento de la hiperactividad supone una actuación coordinada por parte de distintas personas, cuyo interés, motivación y nivel de implicación afectan sensiblemente al desarrollo y efectos del tratamiento. La efectividad del entrenamiento cognitivo inserto en un programa terapéutico que integra además procedimientos operantes de las intervenciones cognitivas, parece estar mediatizado por las características del entorno familiar y escolar en el que el niño se desenvuelve.

Recomendaciones Generales

Se recomienda a nivel psicológico vigilar tanto la conducta como las interacciones sociales. Además, sería ventajoso aumentar el compromiso de los padres a nivel familiar, ya que desempeñan un papel clave en la intervención del niño. Su participación con el tutor escolar es necesaria para llevar a cabo un seguimiento adecuado. Para ello, se recomienda realizar periódicamente una serie de entrevistas y cuestionarios que ofrezcan información sobre los progresos y retos de M., reforzando así la intervención y adaptándose a las nuevas necesidades que puedan surgir.

Sería útil mantener constantes reuniones con los padres para explicarles el curso general de los síntomas del TDAH. Éstas se centrarían especialmente en los cambios que suelen presentarse en la adolescencia, ya que ésta es la siguiente etapa de desarrollo evolutivo de M., y deberían estar preparados frente a los cambios y desafíos que puedan surgir. El aspecto más distintivo de esta fase es una reducción o cambio en los síntomas asociados con la hiperactividad (más inquietud interna que externa).

Los síntomas persisten, principalmente la falta de atención (bajo rendimiento escolar, olvido de tareas y dificultad para completarlas) y la impulsividad, ya que no siguen las normas, tiene una alta tendencia a transgredirlas y presentan un alto riesgo de consumir drogas, alcohol y tabaco. (Quintero Gutierrez del Alamo, Correas Lauffer, & Quintero Lumbreras, 2009)

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Barkley, R., Murphy, K. R. y Baumeister, J. (1998). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (2° ed.). New York: Guilford. https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20e%20hiperactividad.%20Un%20manual%20de%20trabajo%20cl%C3%ADnico&author=R.%20Barkley&publication_year=1998
- Cairns, E. D. (2002). *MFF-20*. https://www.tests-gratis.com/tests_atencion_hiperactividad/mff-20-test-de-emparejamiento-de-figuras-familiares.htm
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. y Reid, R. (1998). *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents*. New Yor: Guilford. <https://www.elsevier.es/pt-revista-neurologia-295-avance-validacion-version-espanol-escala-evaluacion-S0213485317302244>
- Frances, A., First, M. B., & Pincus, H. A. (1997). *DSM-IV*. Masson. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- García, Anna Farré i Riba y Juan Narbona. (2013). *EDAH*. Madrid: TEA. https://web.teaediciones.com/Ejemplos/EDAH_Manual_EXTRACTO.pdf
- García, F.; & Musitu, G. (1999). *AF5*. TEA. https://www.researchgate.net/publication/238727916_AF5_AUTOCONCEPTO_FORMA_5_AF5_Self-concept_form_5
- Hernández, P., & García, M. D. (2004). *PIELE* (Vol. 9). TEA. <https://orientrazos.wordpress.com/2012/03/02/programa-instruccional-para-la>

evaluacion-y-liberacion-emocional-aprendiendo-a-vivir-piele/

- Mateo, V. F. (s.f.). *Recursos para el diagnóstico psicopedagógico del TDAH y*. Electronic Journal of Research in Educational Psychology, <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/1221>
- McCormick. (2000). *LH.Improving social adjustment in children with attention-deficit hyperactivity* . Arch Fam Med. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10693738/>
- Nicolau, R., Díez, A. & Soutullo, C. (2014). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. (L. E. Toro, Ed.) Madrid: Ediciones Pirámide.https://scholar.google.com/scholar?q=related:UHLZ_iZJE_oJ:scholar.google.com/&scioq=Trastorno+por+d%C3%A9ficit+de+atenci%C3%B3n+e+hiperactividad.+nicolau&hl=es&as_sdt=0,5
- Quintero Gutierrez del Alamo, F. J., Correas Lauffer, J., & Quintero Lumbreras, F. (2009). *Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la Vida*. Masson. <https://www.talkingaboutthescience.com/studies/Quintero2009-open.pdf>
- Servera, M. &. (2004). CSAT. TEA. https://www.researchgate.net/profile/Mateu-Servera/publication/237578311_Prueba_ganadora_de_la_VIII_Edicion_del_Premio_TEA_para_la_realizacion_de_trabajos_de_investigacion_y_desarrollo_sobre_tests_i_otros_instrumentos_de_evaluacion/links/0c96052662bf445202000000/Prueba-ganadora-de-la-VIII-Edicion-del-Premio-TEA-para-la-realizacion-de-trabajos-de-investigacion-y-desarrollo-sobre-tests-i-otros-instrumentos-de-evaluacion.pdf
- Wechsler, D. (2005). *WISC-IV: escala Wechsler de inteligencia para niños-IV: manual técnico*. Manual moderno. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47193651/11_Cap._WISC_Mexico-libre.pdf?1468346006=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstandarizacion_del_WISC_4_en_Mexico.pdf&Expires=1690446042&Signature=ePsNUgAH0EeMQbnwbANdqxNSt6F~E5PxS5vD4y2Un6tCFaAE-D9y3B8xXOkI4Wjn82R9xb55uoJeQxCIF18jH68xQa5GJHzycg~69xZMIzzCpbSDWoO90Fc~jkBNbhv4X0WmZuFVm1HfRksVT29wKe2p0IQoZQ96srLxl1QKG6fRu-g4OLVr9z5h7bIUtmwvOF6jzDb2~hrzPiClrqpp0h7fbaZePBTgsjMt-lwSRSIEWmc297pJ5~66EqnaAivUHUHrx4rf2mtojeDIVvtJxlqP9F7m4ikcx3Sz9JcbJ4UWYIFCbyGQmVpGb0lcRr1gmBdYxAHyXDevu4a53Jp-wA__&Key-

Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Desarrollo curricular de aprendizaje.

Áreas	2021	2022	2023 (I Quimestre)
Lengua y Literatura	-	PAAR	AAR
Matemáticas	-	PAAR	AAR
Ciencias Naturales	-	AAR	AAR
Estudios Sociales	-	AAR	AAR
Educación Cultural y Artística	-	DAR	DAR
Educación Física	-	DAR	DAR
Idioma Extranjero	-	PAAR	AAR

Utilice simbología.

Escala de calificaciones

Escala de calificaciones

Escala cualitativa	Simbología aprendizaje requeridos	Escala cuantitativa
Domina los aprendizajes requeridos.	DAR	10
Alcanza los aprendizajes requeridos.	AAR	9
Está próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos.	PAAR	7 - 8
No alcanza los aprendizajes requeridos.	NAAR	6 -

Análisis curricular del Aprendizaje. -

El estudiante M alcanza los aprendizajes requeridos, manteniendo el nivel de calificaciones del año pasado y en otras mejorando en la escala; mejoró en sus notas en las materias: Lengua y Literatura e Idioma Extranjero. En la cual ascendió de próximo a alcanzar los aprendizajes requeridos a alcanza los aprendizajes requeridos.

Problemas de Aprendizaje detectados.

	SI	NO
Dislexia	_____	<u> X </u>
Disortografía	_____	<u> X </u>
Disgrafía	_____	<u> X </u>
Discalculia	_____	<u> X </u>
Dislalia	_____	<u> X </u>
Hiperactividad (Déficit de Atención)	<u> X </u>	_____
Disfunción cerebral mínima (DCM)	_____	_____
Aprendizaje lento	_____	<u> X </u>

8.- Problemas de comportamientos o trastornos de conducta

Indicadores cualitativos literales

Simbología

Siempre

S

Generalmente

G

A veces

AV

Nunca

N

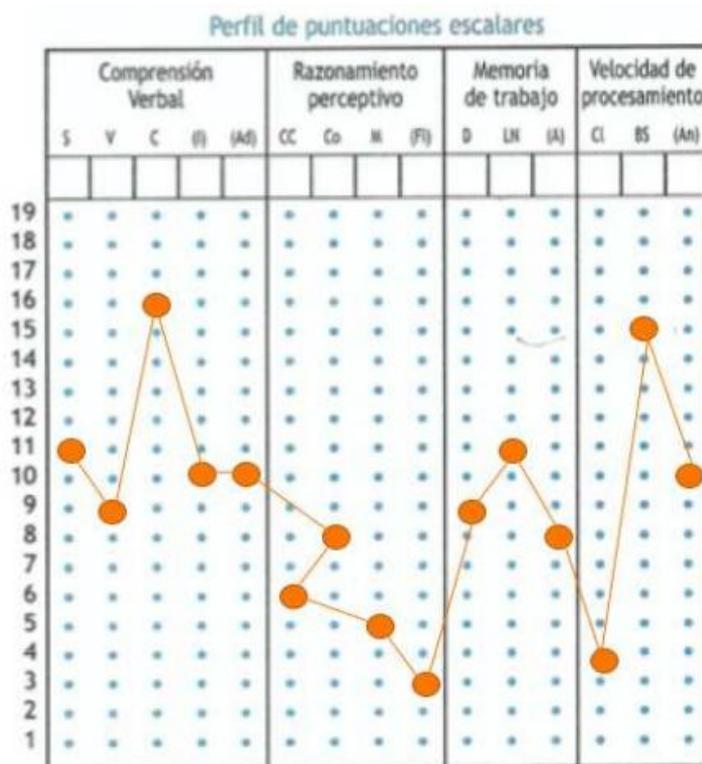
CONDUCTAS	FRECUENCIAS
Rabietas frecuentes	AV
Mentiras continuadas	N
Actitudes violentas con hermanos o compañeros de clase	N
Exceso de frustración, no acepta un no por respuesta	G
Rebeldía excesiva ante las normas, desobediencia tanto en casa como en el colegio	AV

ANEXO 2. Resultados de las evaluaciones

Test WISC-IV

INDICE	Suma de puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Percentil
Comprensión verbal	36	113	80
Razonamiento perceptivo	19	77	7
Memoria de trabajo	20	99	48
Velocidad de procesamiento	19	99	47
CI. TOTAL	94	94	33

CI= 94 Media



Cuadro de comparaciones							OPCIONES		
Locales/Tos		Puntuación Matemática 1	Puntuación Lenguaje 2	Diferencia	Valor absoluto	Señala debilidad (SI o NO)	Tos abs		
Locales	CV - RP	CV 113	RP 77	36	12.21	SÍ		MARQUE UNO: <input checked="" type="checkbox"/> MUESTRA TOTAL	
	CV - MT	CV 113	MT 99	14	12.25	SÍ		<input type="checkbox"/> NIVEL DE APTITUD	
	CV - YP	CV 113	YP 99	14	14.47	NO		NIVEL DE CONFIANZA	
	RP - MT	RP 77	MT 99	-22	12.12	SÍ		<input type="checkbox"/> 85%	
	MT - YP	MT 99	YP 99	0	14.39	NO		<input checked="" type="checkbox"/> 95%	
	RP - YP	RP 77	YP 99	-22	14.36	SÍ			
Tos	Dígitos - Letras y números	D 9	LA 11	-2	3,4	NO			
	Claves - Búsqueda de símbolos	D 4	SI 15	-11	3,93	SÍ			
	Semejanzas - Conceptos	S 11	CA 8	-3	3,74	NO			

Cuadro de puntos fuertes y débiles						OPCIONES		
Tos	Pt	Media de Pt	Diferencia + LA - NO	Valor absoluto	Punto fuerte o débil (F) o (D)	Tos abs		
Cubos	6	6.3	- 0.3	2.39			MARQUE UNO: <input type="checkbox"/> MEDIA GLOBAL	
Semejanzas	11	12	- 1	2.45			<input checked="" type="checkbox"/> MEDIAS DE CV Y RP	
Dígitos	9	9.4	- 0.4	3.26			NIVEL DE CONFIANZA	
Conceptos	8	6.3	1.7	2.52			<input type="checkbox"/> 85%	
Claves	4	9.4	- 5.4	3.24	DÉBIL		<input checked="" type="checkbox"/> 95%	
Vocabulario	9	12	- 3	2.44	DÉBIL			
Letras y números	11	9.4	1.6	3.28				
Matrices	5	6.3	- 1.3	2.28				
Comprensión	16	12	4	2.71	FUERTE			
Búsqueda de símbolos	15	9.4	5.6	4.16	FUERTE			

Para rellenar el cuadro de puntos fuertes y débiles, véase la tabla 5.5.

	Tos (ca) tot (10)*	Diferencia (ca) (D)	Reservación (ca) (F)
Suma de punt. escalares	94	36	19
Número de pruebas	+10	-3	+3
Media	9.4	12	6.3

* La media global se calcula con los 10 subtests principales.

Funciones ejecutivas y cuestionario TDAH

Cuestionario de Funciones Ejecutivas en niños (CIFE)

Lorena Canet-Juric, Macarena Verónica del-Valle, Rosario Gelpi-Trudo, Ana García-Coni, Eliana Vanesa Zamora, Isabel Introzzi, María Laura Andrés

A continuación se describen experiencias o conductas que los niños pueden tener en su vida cotidiana. ¿Con qué frecuencia observa usted estos comportamientos en su niño/a? Marque con un círculo su respuesta en la siguiente escala: 1-Nunca, 2-Casi nunca, 3-De vez en cuando, 4-Casi siempre, 5-Siempre.

	Enunciado del ítem	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Casi siempre	Siempre
*1	Cuando le dicen "basta" o "para", deja de hacer rápidamente lo que estaba haciendo	1	2	3	4	5
*2	Es capaz de hacer cosas que requieren esfuerzo mental (ej., hacer cálculos mentales)	1	2	3	4	5
3	Se distrae por cualquier cosa	1	2	3	4	5
*4	Puede calmarse cuando algo le genera temor o ansiedad	1	2	3	4	5
5	Le cuesta adaptarse a situaciones nuevas	1	2	3	4	5
6	Se "pierde" cuando está realizando actividades complejas	1	2	3	4	5
*7	Es capaz de hacer silencio rápidamente si se lo solicitan	1	2	3	4	5
*8	Es capaz de resolver mentalmente distintas actividades (ej., problemas, acertijos)	1	2	3	4	5
9	Si le piden que haga varias cosas, solo recuerda la primera o la última	1	2	3	4	5
*10	Piensa antes de actuar	1	2	3	4	5
11	Cuando hace tareas que tienen muchos pasos, se olvida de alguno	1	2	3	4	5
12	Se distrae hasta cuando "vuela una mosca"	1	2	3	4	5
13	Necesita recordatorios frecuentes en actividades que tienen varios pasos	1	2	3	4	5
*14	Es capaz de prestar atención a una tarea aunque haya personas o cosas a su alrededor	1	2	3	4	5
15	Si algo lo frustra o molesta, se altera desmedidamente	1	2	3	4	5
16	Interrumpe mientras los otros hablan	1	2	3	4	5
*17	Puede prestar atención por mucho tiempo	1	2	3	4	5
*18	Puede detener sus acciones cuando se lo ordenan	1	2	3	4	5
19	Le cuesta recordar instrucciones largas	1	2	3	4	5
20	Cuando está enojado o molesto le lleva mucho tiempo calmarse	1	2	3	4	5

Enunciado del ítem	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Casi siempre	Siempre
*21 Es capaz de concentrarse cuando hace las tareas	1	2	3	4	5
*22 Puede retener información por mucho tiempo	1	2	3	4	5
*23 Puede regular o manejar sus emociones cuando algo lo afecta	1	2	3	4	5
24 A veces parece como que "está en las nubes"	1	2	3	4	5
*25 Si se da cuenta de que está haciendo algo mal, puede dejar de hacerlo	1	2	3	4	5
*26 Puede concentrarse cuando está estudiando, leyendo o haciendo alguna tarea	1	2	3	4	5
27 Cuando se le da una instrucción, recuerda algunos, pero no todos los pasos	1	2	3	4	5
28 Se enoja con facilidad, aunque la situación no sea para tanto	1	2	3	4	5
29 Para realizar una actividad (ej., tarea escolar, juego de mesa) necesita ayuda constante	1	2	3	4	5
30 Se molesta con mucha facilidad por "cualquier pavada"	1	2	3	4	5
31 Insiste en una solución, aunque no le funcione	1	2	3	4	5
32 Se resiste a los cambios por más pequeños que sean	1	2	3	4	5
33 Le cuesta aceptar formas alternativas de resolver un problema	1	2	3	4	5

Nota: * Ítems inversos

Inhibición: 1 - 7 - 10 - 16 - 18 - 25

Flexibilidad y control emocional: 4 - 5 - 15 - 20 - 23 - 28 - 30 - 31 - 32 - 33

Memoria de trabajo: 2 - 3 - 6 - 8 - 9 - 11 - 12 - 13 - 14 - 17 - 19 - 21 - 22 - 24 - 26 - 27 - 29

RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

Índice de validez de los resultados

	PD	T	Valoración
C Estilo de respuesta	0,6446	69	Estilo de respuesta muy conservador. Control motor muy inhibido.

Índices globales de atención

	PD	T	Valoración
A' Capacidad de atención sostenida	0,4102	25	Muy bajo
d' Capacidad de atención sostenida	-0,2404	23	Muy bajo

Puntuaciones generales

	PD	T	%	Valoración
A Aciertos	20	< 33	22	Muy bajo
E Errores de comisión	30	47	30	Medio
TR Tiempo de reacción de aciertos	490	66	-	Alto

Tipo de errores de comisión

	PD	%
Ep Perseveración	9	30
Ed Distracción	6	20
Ei Impulsividad	6	20
Ea Azar	9	30

Observaciones:

Nota: PD: puntuación directa. T: escala típica con M = 50 y Dt = 10.

El porcentaje de aciertos se calcula sobre el total de combinaciones correctas de la prueba (90).

El porcentaje de errores de comisión se calcula con relación a un valor máximo de 100, a pesar de que la puntuación directa (PD) pueda ser superior a esta cifra.

El porcentaje del tipo de errores se calcula sobre el total de errores cometidos por la persona evaluada (errores de comisión).

MFF-20

MFF-20

HOJA DE ANOTACIÓN

Nombre: M Sexo: V M
 Edad: 7 años

ITEM	SOLUCIÓN	ORDEN DE ERRORES	Nº DE ERRORES	LATENCIA
1. Hojalat	2	1,5,6,3,2	4	6,34
2. Tejera	6	6	1	9,09
3. Gafas	3	4,5,6,4,2,1	6	4,10
4. Cowboy	4	4	1	14,33
5. Casa	1	6,5,2,3,4,1	5	3,33
6. Navo espacial	2	1,3,2	2	8,78
7. Hoja (b)	6	6	1	4,80
8. Jirafa	4	2,4	1	4,53
9. Avión	1	1	1	3,56
10. Flor	5	1,5	1	6,35
11. Barco	2	6,1,4,3,5,6	6	9,31
12. Tienda de indios	6	5,6	1	6,41
13. Gato	3	5,3	1	5,37
14. Lancha motora	4	2,5,4	2	5,85
15. Televisión	1	1	1	4,77
16. Pato	5	2,5	1	2,66
17. Lámpara (a)	6	5,3,4,3,5,1	6	2,22
18. Vestido	3	1,2,5,4,6,3	5	3,00
19. Oso	1	2,1	1	2,19
20. Lámpara (b)	5	2,3,4,5	3	3,78

TE - T1 = IMPULSIV
 $1,77 - 0,94 = 2,61$

TE - TL = INCIDENC.
 $1,77 - 0,94 = 0,93$

Total de errores: 45
 Total de latencia: 126,20

Punt. tipo de errores (TE): 1,77
 Punt. tipo de latencia (TL): 0,94

CENTR. IMPULSIVIDAD: 90 85 CENTR. INCIDENCIA

EDAH

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

Análisis de los resultados del EDAH

EDAH	RESULTADOS					
	PAPÁ		MAMÁ		PROF.	
	Centil	Escala	Centil	Escala	Centil	Escala
H	10	S/Moderado	4	S/Riesgo	8	S/Moderado
DA	4	S/Riesgo	3	S/Riesgo	7	S/Riesgo
TC	10	S/Riesgo	6	S/Riesgo	10	S/Riesgo
H-DA	14	S/Riesgo	7	S/Riesgo	15	S/Riesgo

Autoestima AF5

De acuerdo con las dimensiones evaluadas por el cuestionario de personalidad AF5, M obtuvo los siguientes resultados:

Dimensión	Puntuación Directa	Puntuación Centil	Interpretación
Académico/Laboral	07,58	30	Medio bajo
Social	08,75	80	Medio alto
Emocional	05,33	40	Medio bajo
Familiar	09,03	70	Alto
Físico	08,65	99	Alto

Dimensión académica/laboral. M percibe que su desempeño como estudiante es bueno, aunque no dedica mucho tiempo a fortalecer y/o adquirir conocimientos. Considera que sus profesores reconocen y valoran su responsabilidad y capacidades para llevar a cabo sus tareas.

Dimensión social. Su red de apoyo es apropiada, por lo cual la conserva y amplía sin mayores dificultades.

Dimensión emocional. Tiende a tener poco control conductual frente a situaciones que generen ansiedad; sean circunstancias amenazadoras o favorecedoras para él; tales como enfrentarse a un público, ver un partido de fútbol, etc., causándole nerviosismo y reacciones fisiológicas aparentes como sudoración, temblor corporal y en la voz.

Dimensión familiar. Cuenta con la total confianza y apoyo familiar; valoran y retribuyen sus cualidades y logros con satisfacción de necesidades básicas y complementarias y afecto, sintiéndose feliz y agradecido con su incondicional soporte. Las únicas críticas que recibe en ocasiones son por su apariencia física y las decisiones que toma frente a la modificación de esta y pocas veces por alguna decisión de su vida; pero en general la aceptación es positiva.

Dimensión física. M no se siente a gusto con su apariencia y condición física. Percibe que su físico debería tener ciertos cambios propios de la etapa de desarrollo en comparación con sus compañeros y amigos. Por este motivo siempre está participando en algún deporte; logro participar en futbol y actualmente hace parte de un grupo de baile.